



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO-UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO-IE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA- PPGPSI**

DISSERTAÇÃO

**O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS PROCESSOS DE
TRABALHO DE UM CAPSI DA BAIXADA FLUMINENSE: A PERCEPÇÃO
DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SERVIÇO.**

HELOISA MAÇÃO CIAMBARELLA

**Seropédica- RJ
2023**



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS PROCESSOS DE
TRABALHO DE UM CAPSI DA BAIXADA FLUMINENSE: A PERCEPÇÃO
DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SERVIÇO.**

HELOISA MAÇÃO CIAMBARELLA

Sob a orientação da professora
Rosane Braga de Melo

Dissertação submetida como
requisito parcial para obtenção do
grau de **Mestra em Psicologia**, no
Curso de Pós-Graduação em
Psicologia, Área de Concentração
em Psicologia.

Seropédica - RJ
2023

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C565i Ciambarella, Heloisa Mação , 1995-
O impacto da pandemia de COVID-19 nos processos de trabalho de um CAPSi da Baixada Fluminense: a percepção da equipe multiprofissional do serviço / Heloisa Mação Ciambarella. – Rio de Janeiro , 2023. 174 f.

Orientadora: Rosane Braga de Melo .
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Psicologia , 2023.

1. Atenção Psicossocial. 2. Crianças e Adolescentes. 3. Processos de trabalho. 4. CAPSi. 5. Pandemia de COVID-19. I. Braga de Melo , Rosane , 1965-, orient. II Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Psicologia III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

HELOISA MAÇÃO CIAMBARELLA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 31/10/2023

Documento assinado digitalmente
 ROSANE BRAGA DE MELO
Data: 27/07/2024 13:58:35-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª Drª Rosane Braga de Melo – Presidente
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)

Documento assinado digitalmente
 DEBORAH UHR
Data: 16/07/2024 21:05:34-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profº Drª Deborah Uhr – Membro Interno
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)

Documento assinado digitalmente
 ANA PAOLA FRARE
Data: 15/07/2024 19:14:21-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª Drª Ana Paola Frare – Membro Externo
Universidade Federal Fluminense (UFF)

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação ao meu padrinho, por ser minha grande inspiração para seguir na carreira acadêmica. Sou o que sou e almejo muitas outras coisas para ser porque você me mostrou que é possível.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos que proporcionou uma formação acadêmica de qualidade. À Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e aos professores da instituição que muito contribuíram para minha aprendizagem.

À minha orientadora Rosane Melo, que desde o meu estágio ainda na graduação aposta nas minhas ideias e contribui com o seu conhecimento, tornando possível a realização dessa pesquisa. Estamos pesquisando juntas desde o meu Trabalho de Conclusão de Curso e foi um prazer ter você ao meu lado em toda essa trajetória. Você é uma grande fonte de inspiração para mim, obrigada! E também às professoras Deborah Uhr e Ana Paola Frare por aceitarem participar da banca, uma honra tê-las como banca nessa fase.

Aos meus pais e irmã, minha tia Cris, minhas avós e minha dinda e padrinho que me incentivaram e tentaram fazer o possível para que os obstáculos fossem menores. O amor que sinto por vocês é indescritível e essa conquista também é de vocês. Obrigada!

Ao meu marido, Lucas, por ter me encorajado e acreditado tanto nessa realização. Por ter me lembrando quem eu sou nos momentos que me perdi de mim mesma.

Um agradecimento especial a minhas amigas que se mantiveram firme do meu lado ao longo desse percurso doido que foi viver uma pandemia, se formar, começar atuar na profissão e entrar em um mestrado: Aline, Beatriz, Juliana, Maria Laura, Thalita e Thayna. E também aos meus amigos: Gabriel, Letícia, Leonardo, Diego, Jonathan, Thadeu, José, Karine, Luísa Salata, Débora, Matheus e Rebeca. Amigos são família e a nossa é grandona e cheia de amor! Obrigada por tudo.

À minha analista.

E por fim, aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, grandes contribuidores desse estudo.

RESUMO

CIAMBARELLA, H. M. **O impacto da pandemia de Covid-19 nos processos de trabalho de um CAPSi da Baixada Fluminense: a percepção da equipe multiprofissional do serviço.** 2023. 173 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Educação. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ.

O objetivo deste estudo foi analisar os efeitos da pandemia de COVID-19 nas dinâmicas de trabalho de um CAPSi, localizado na Baixada Fluminense, a partir da perspectiva da equipe multiprofissional. Partindo do pressuposto de que esse serviço está situado em uma região caracterizada por diversos desafios socioeconômicos, levou-se em consideração que os profissionais de saúde mental também enfrentaram mudanças significativas em suas vidas pessoais e na forma como o trabalho foi reconfigurado durante o período de crise pandêmica. No Brasil, o ápice da pandemia de COVID-19 foi marcado por uma elevada incidência de casos graves, resultando em leitos e UTIs lotados e uma sobrecarga nos sistemas de saúde, tal como ocorreu em outros países. Os impactos da pandemia ultrapassam o âmbito epidemiológico, especialmente para a população em situação de vulnerabilidade social. Uma estratégia para mitigar os efeitos na saúde mental decorrentes da pandemia foi a abordagem integral fornecida pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial em todo o Brasil. Os profissionais de saúde mental tiveram que se adaptar e enfrentar as demandas que emergiram ao longo dos anos de 2020, 2021 e 2022, incorporando estratégias de enfrentamento em suas práticas de trabalho. Para examinar os impactos da pandemia de COVID-19 nas dinâmicas de trabalho da equipe multiprofissional do CAPSi foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória por meio de entrevistas semiestruturadas com dez profissionais que compõem um CAPSi, localizado em Itaguaí, na Baixada Fluminense do Rio de Janeiro. As entrevistas foram transcritas, analisadas em relação ao seu conteúdo e correlacionadas com as informações obtidas na revisão bibliográfica. Os resultados destacaram que o ano de 2020 foi o que trouxe mais desafios e promoveu mais reorientações, e que os processos de trabalho no início do ano de 2023 ainda permaneciam impactados pela pandemia de COVID-19. A nossa pesquisa no CAPSi corrobora com pesquisas anteriores e indica o estresse dos profissionais e o aumento das crises dos usuários, a sobrecarga de trabalho e a dificuldade de articulação entre os setores como os principais impactos. No CAPSi pesquisado destacam-se ainda a mudança no perfil de atendimento a partir do ano de 2020, a criação de três novos instrumentos no ano de 2021, e o número alto de encaminhamentos que provêm do campo da educação. A finalidade dos processos de trabalho no CAPSi foi uma das dimensões menos afetadas. Esses resultados podem informar o planejamento de ações em situações de emergência de saúde pública e fornecer informações para orientar os serviços durante o período pós-crise.

Palavras-chave: Pandemia de COVID-19. CAPSi. Processos de trabalho. Crianças e adolescentes. Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

CIAMBARELLA, H. M. The impact of the Covid-19 pandemic on the work processes of a CAPSi in Baixada Fluminense: the perception of the multiprofessional team. 2023. 175 p. Dissertation (Master's in Psychology) - Instituto de Educação. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ.

The main objective of this study was to analyze the effects of the COVID-19 pandemic on the work dynamics of a CAPSi located in Baixada Fluminense, from the perspective of the multiprofessional team. Assuming that this service is located in a region characterized by unique socioeconomic challenges, it is considered that mental health professionals will also face significant changes in their personal lives because of the way work was being reconfigured. Brazil, at the height of the COVID-19 pandemic, was marked by a high incidence of severe cases, resulting in hospitalizations and ICUS with so many cases, overloading the health systems, as observed around the world. The impacts go beyond the epidemiological scope and affect the population in different ways, especially those in a situation of social vulnerability. Even though infant mortality was lower compared to adults and the elderly, Brazilian children and adolescents faced psychosocial challenges, especially those living in socioeconomically disadvantaged contexts. A strategy to mitigate the effects on mental health resulting from the pandemic was an approach provided by the services of the Psychosocial Care Network throughout Brazil. Mental health professionals will have to adapt and face the demands that will arise over the two years of 2020, 2021 and 2023, incorporating coping strategies into their work practices. In order to examine the impacts of the COVID-19 pandemic on the work dynamics of the CAPSi multiprofessional team, an exploratory qualitative research was carried out through semi-structured interviews with the 8 professionals who make up the CAPSi located in Itaguaí, in Baixada Fluminense do Rio de Janeiro. The interviews were transcribed, analyzed for their content and correlated with the information obtained in the bibliographic review. The results highlighted that the year 2020 was the year that brought the most challenges and promoted more reorientations, and that work processes at the beginning of 2023 still remained impacted by the COVID-19 pandemic. Our research at CAPSi corroborates previous researches and indicates the stress of professionals and the increase in crises among users, work overload and difficulty in articulation between sectors as the main impacts. In the CAPSi researched, the change in the service profile from 2020, the creation of three new instruments in 2021, and the high number of referrals that come from the field of education also stand out. The purpose of work processes at CAPSi was one of the least affected dimensions. These results can inform action planning in public health emergency situations and provide information to guide services during the post-crisis period.

Keywords: COVID-19 Pandemic. CAPSi. Work Processes. Children and Teenagers. Psychosocial Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Informações sobre os textos da revisão bibliográfica do item 3.1; p. 83.

Tabela 2: Síntese do conteúdo dos artigos selecionados; p. 85.

Tabela 3: Síntese das informações sobre os textos da revisão bibliográficas do item 3.2 e do conteúdo dos artigos selecionados; p. 95.

Tabela 4: Os participantes da pesquisa; p. 112.

Tabela 5: Os impactos da pandemia de COVID-19 nos processos de trabalho do CAPSi; p. 140.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA- Agência de Vigilância Sanitária

AP – Atenção Primária

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS Ad - Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas

CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CF- Constituição Federal

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleos de Apoio Psicossocial

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

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 Urgências

SM – Saúde Mental

SMCA - Saúde Mental de crianças e adolescentes

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRRJ- Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

VD – Visita Domiciliar.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL E OS PROCESSOS DE TRABALHO NO CAPSi	
1.1 A Reforma Psiquiátrica brasileira e as condições de possibilidade para a construção da Política de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência	15
1.2 A atenção psicossocial no contexto da lei 10.216	25
1.3 O CAPSi como ponto estratégico da Saúde Mental Infantojuvenil na Rede de Atenção Psicossocial	39
1.4 Processo de trabalho em saúde.	46
1.5 Processos de trabalho para o CAPSi	53
CAPÍTULO 2 - PANDEMIA DE COVID-19 E A REDE DE SAÚDE MENTAL	
2.1 Cenário pandêmico e saúde mental da população	63
2.2 Saúde mental infantojuvenil e pandemia de COVID-19	75
2.2 Recomendações e orientações gerais no âmbito da saúde mental e atenção psicossocial durante a pandemia de COVID-19	79
CAPÍTULO 3 - IMPACTOS DEIXADOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 NOS CAPS E CAPSIS BRASILEIROS	
3.1 Os efeitos da pandemia de COVID-19 nos CAPS	88
3.2 Os impactos no trabalho dos CAPSis durante a pandemia de COVID-19	100
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA	
4.1 Natureza da Pesquisa	112
4.2 Sobre o CAPSi escolhido	115
4.3 Considerações Éticas	116
4.4 Sobre as entrevistas	117
4.5 Tabela 4: Os participantes da pesquisa	118
4.6 As etapas da análise dos resultados	119
4.7 Análise dos resultados	120
4.7.1 Regras estabelecidas e como foram orientadas	120

4.7.2 O perfil dos usuários do CAPSi durante a pandemia de COVID-19	127
4.7.3 Organização da equipe	133
4.7.4 Articulação entre os setores	137
4.7.5 Os processos de trabalho do início de 2023 e resistências frente às mudanças	143
4.7.6 Síntese dos Resultados	145
5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	148
CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	160
ANEXOS	171
ANEXO I	171
ANEXO II	173

INTRODUÇÃO

Em setembro 2019 o SARS-CoV-2 apareceu na China, na cidade de Wuhan, e a partir de sua disseminação a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia em 11 de março de 2020, com notificações de mais de 110 mil casos e 4 mil óbitos até então (Fonseca *et al.* 2020). O estado de surto de Emergência de Saúde Pública (ESPII) já havia sido declarado pela OMS em 30 de janeiro do mesmo ano ⁽¹⁾. O vírus, posteriormente chamado de COVID-19 (*coronavirus disease* 2019), apresentou largo alcance mundial em um curto período, com alta taxa de transmissão, número de óbitos e países afetados (Avila, 2021). No Brasil, o estado de transmissão comunitária do COVID-19 em todo o território nacional foi declarado em 20 de março de 2020 através da Portaria nº 454 no Diário Oficial da União.

No período mais agudo, a pandemia de COVID-19 elevou o número de casos graves simultaneamente, promovendo a superlotação de leitos e Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) e o colapso dos sistemas de saúde de diversos países. Além disso, os efeitos não se restringiram apenas ao âmbito epidemiológico e atingiram a população de diferentes formas (Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2020). Algumas das consequências sociais mais significativas do ano de 2020 foram: os impactos na saúde mental; o aumento do número de vítimas de violência doméstica e familiar devido ao convívio constante ocasionado pelo isolamento social, em sua maioria crianças e mulheres; a elevação da taxa de desemprego, já que a pandemia de COVID-19 também afetou diretamente o cenário econômico mundial; os impactos na educação, visto que muitas crianças ficaram sem acesso adequado à escola; e o agravamento da desigualdade social, especialmente nas periferias (Brasil 2020; Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2020; Brasil, 2021).

O cenário de crise, somado às condições de riscos à vida da população infantojuvenil, promoveu uma procura maior dos cuidados psicológicos para lidar com as situações de angústia apresentadas (Brasil, 2020). A pandemia de COVID-19 desencadeou uma urgência para a área da saúde e a psicologia foi recrutada para atuação tanto pelo Ministério da Saúde do Brasil (2020), quanto por diversas outras organizações internacionais (Lima, 2020). Em momentos de calamidade pública, os dispositivos de saúde mental são necessários para dar conta da alta demanda de atendimentos, além de dar seguimento ao acompanhamento dos casos. Receber as urgências e acolher os novos

casos gerados pelo enfrentamento de uma pandemia fazem parte dos desafios desta área (Brasil, 2020).

No Brasil, atualmente, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) é um dos dispositivos de atenção à saúde mental do público infantojuvenil. Ele é um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088 de 2011, que prevê a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para sujeitos portadores de transtornos mentais ou em sofrimento psíquico, assim como, aqueles que possuem necessidades específicas decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No que tange ao CAPSi, a RAPS reafirmou uma organização multiprofissional e instituiu algumas diretrizes fundamentais quanto à política de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que precisam ser efetivas em seus processos de trabalho (Brasil, 2011).

A implementação do CAPSi ocorreu após um longo período de negligência à saúde mental do público infantil e juvenil no Brasil (Couto *et al.* 2008). A saúde mental não foi uma pauta das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes por muito tempo. Em dezembro de 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental se dedicou à discussão do assunto, sendo esta temática um dos focos prioritários da Reforma Psiquiátrica (Lima, 2014). Os CAPSis foram normatizados um ano depois da Conferência, em 2002, pela Portaria GM/MS nº 336, constituindo, portanto, uma conquista recente. Atualmente, o CAPSi é referência de um amplo modo de tratamento para casos que por muito tempo estavam fora de um sistema formal de saúde mental, como as crianças e os jovens psicóticos. A partir do dia a dia desses serviços, é evidenciada a possibilidade de melhoria no conhecimento clínico e epidemiológico que podem subsidiar o planejamento de ações sobre como oferecer um tratamento de qualidade para este público (Couto *et al.* 2008). O modelo psicossocial exigido pelo CAPSi deve se apoiar no tripé: rede, clínica e dia-a-dia dos serviços. É necessário que existam políticas públicas integradas dos serviços de saúde mental e de saúde em geral para articular múltiplos saberes com o objetivo de reabilitar psicossocialmente seus usuários. A recuperação deve se dar através da inserção do usuário na família, trabalho e comunidade (Amarante, 2007).

Retomando ao período pandêmico de COVID-19, as principais formas de contágio do vírus ocorreram através de gotículas de saliva, espirro, tosse, contatos pessoais próximos – onde se tenha toque ou aperto de mão - e contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos. O vírus sobrevive em

superfícies contaminadas, sendo essencial uma correta higienização após o contato com superfícies/objetos utilizados por muitas pessoas. Isto exigiu uma série de restrições nos encontros presenciais, suspensos caso fosse possível. Também se tornou necessário o uso contínuo de máscaras em espaços públicos, trazendo uma série de mudanças no cenário mundial e no cotidiano de milhares de pessoas (ANVISA, 2020). Tais restrições impactaram o CAPSi, a partir de 2020, e trouxe a necessidade de existir uma reconfiguração no trabalho por conta de todas as exigências de proteção. Esta pesquisa se pergunta sobre os impactos da pandemia de COVID-19 nos processos de trabalho do CAPSi, principalmente daqueles localizados em áreas vulneráveis socioeconomicamente. O termo “processos de trabalho” foi escolhido como objeto de estudo por acreditarmos que em meio a uma pandemia os processos de trabalho no campo da saúde mental possam ter sido alterados. Ricardo Bruno Mendes (1992) é pioneiro ao discutir a definição do termo no Brasil, defendendo que o campo clínico e epidemiológico estão integrados quando pensamos nos processos de trabalho da saúde. Para Mendes (1992), um processo de trabalho é definido quando todos os seus componentes (objeto, instrumentos, finalidade e agentes) se alinham para uma determinada ação. Para examinar os impactos da pandemia de COVID-19 em um CAPSi de território vulnerável construímos a proposta de um trabalho de campo na Baixada Fluminense, que contasse com relatos sobre o trabalho em meio à pandemia de COVID-19 da equipe multiprofissional. Entendendo que a rede de Saúde Mental Infantojuvenil tem o princípio da intersetorialidade como uma prática importante no trabalho (Guerra, 2005), nos perguntamos também como a pandemia de COVID-19 influenciou a articulação entre os setores que integram a rede. Taño e Matsukura (2019) afirmam que o termo intersetorialidade se refere à articulação entre diferentes setores e serviços, como a saúde, educação e assistência social, para garantir um atendimento mais completo e integrado às crianças e adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental,

O método qualitativo foi escolhido pois parte da pesquisa trata de opiniões subjetivas, advindas de fala livre e espontâneas dos entrevistados, a partir de perguntas estimuladoras, determinadas dentro de um roteiro de base semiestruturada (Minayo, 2001). Examinar os processos de trabalho de um serviço como o CAPSi dentro dessa região exige que a pesquisadora tenha um amplo conhecimento sobre a política que o estrutura, entendendo como foi criada e suas finalidades e também adquira conhecimento sobre o termo processos de trabalho em saúde e o que temos de registro sobre os desafios enfrentados no trabalho dos CAPSis brasileiros, tanto os anteriores quanto os vividos na

pandemia de COVID-19. Por isso, como recurso metodológico, a pesquisa também contou com revisões bibliográficas sobre os temas somados ao trabalho de campo.

A Baixada Fluminense é uma região geográfica pertencente à periferia da Região Metropolitana do Rio de Janeiro e é onde se localiza a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Os municípios dessa região são marcados pela privação de recursos socioeconômicos e desassistência em vários aspectos pelo setor público. Os problemas mais comuns enfrentados pelos moradores dessa região são as faltas de oportunidade de emprego e saneamento básico, além dos altos índices de violência urbana, por exemplo. A área em si é historicamente segregada e possui condições precárias de saúde e moradia para grande parte da população, sendo assim, uma região que foi mais suscetível ao contágio do COVID-19 (Fortes *et al.* 2020).

Neste contexto que se insere a presente pesquisa que tem como objetivo geral analisar os efeitos da pandemia de COVID-19 nas dinâmicas de trabalho de um CAPSi, localizado na Baixada Fluminense, a partir da perspectiva da equipe multiprofissional. Como objetivos específicos da pesquisa pretendemos: conhecer os objetos, instrumentos e finalidade dos processos de trabalho no recorte de tempo escolhido; identificar os desafios enfrentados pela equipe durante a pandemia de COVID-19; investigar como a pandemia de COVID-19 influenciou a articulação entre os setores. Um dos desafios impostos será levar em conta a temporalidade e duração da crise pandêmica, entre os anos de 2020 e 2022, pois cada fase da crise foi percebida e vivida de forma distinta pela população em geral.

A presente dissertação se desenvolveu como uma tentativa de investigar as interrelações entre a revisão de literatura sobre nosso objeto e nossa proposta de trabalho de campo, com o seguinte trajeto: O Capítulo 1 desta pesquisa traz um recorte histórico da construção da política de Saúde Mental Infantojuvenil e seu posterior estabelecimento, e a reflexão sobre os processos de trabalho do CAPSi desde o estabelecimento dos serviços no Brasil até o momento da pandemia de COVID-19. Para melhor entendimento dos desafios enfrentados nos anos de 2020, 2021, 2022 e 2023, o Capítulo 2 trata dos impactos da pandemia na saúde mental e das instruções de órgãos públicos ao trabalho, principalmente do CAPSi, a partir de 2020. O Capítulo 3 apresenta duas revisões de literatura sobre o que viveram as equipes de CAPS e CAPSis brasileiros durante a crise pandêmica, com vistas a identificar os impactos, já registrados pela literatura, deixados pela pandemia de COVID-19 em serviços de Saúde Mental estratégicos da Atenção Psicossocial. O Capítulo 4 descreve a pesquisa de campo proposta e realizada, e o

Capítulo 5 traz as discussões dos resultados encontrados na nossa pesquisa cotejados com as pesquisas já realizadas.

CAPÍTULO 1 - A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL E OS PROCESSOS DE TRABALHO NO CAPSI

A RPb fez parte do conjunto de movimentos sociais que, distintos e separados, permitiram que no início do século XXI se estabelecesse uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil (Couto, 2012). Historizar as condições de sua possibilidade permite apreender como foram construídas suas diretrizes, as transformações que ela experimentou e os processos de trabalho que engendra. Abrimos o capítulo 1 com essa análise, explorando o cenário que vai da reabertura democrática do final dos anos 1970 até 2023.

1.1 A Reforma Psiquiátrica brasileira e as condições de possibilidade para a construção da Política de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência

No século XX, mais precisamente em 1978, no Rio de Janeiro, o contexto de redemocratização no Brasil permitiu que tivesse início o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), influenciado por experiências internacionais de reformas anteriores ocorridas na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA) e também pela censura à psiquiatria da época realizada por Michel Foucault, Robert Castel, Franco Basaglia, Thomas Szasz, entre outros. A Reforma é um processo social complexo em constante movimento que se funda no questionamento da psiquiatria, do objeto doença mental e dos aparatos discursivos e institucionais que o acompanham (Amarante, 1995). Sua origem está ligada à criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que questionou o modelo de assistência pública de saúde mental de então, o caráter privatista do regime totalitário e os maus tratos sofridos pelos internos nos hospitais psiquiátricos (Braga; d'Oliveira, 2019).

Tenório (2002) afirma que é na década de 80 que as críticas ao modelo asilar começam a se refletir em mudanças efetivas na gestão dos serviços e das políticas públicas. Em 1982 ocorre a eleição para governadores e alguns dos membros do MTSM tomam posse de cargos de chefias estaduais, o que lhes permitiu empreenderem ações de gestão em saúde mental mais alinhadas ao processo de RP em curso, como criação de hospitais-dia, ampliação dos ambulatorios, regulação das internações psiquiátricas,

formação de novos profissionais críticos ao modelo psiquiátrico vigente etc. Apesar da relevância das ações, Tenório (2002) considera que elas não visavam o fim dos aparatos manicomiais e a construção de novos serviços, limitando-se ao aperfeiçoamento dos existentes, à dimensão gerencial, sanitária da RPb.

Alguns anos depois, em 1986, aconteceu a oitava Conferência Nacional de Saúde, nodal para a criação do Sistema Único de Saúde no Brasil na Constituição Federal de 1988 e sua implementação em 1990. Em junho de 1987 aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, importante para o processo de RP, posto que, organizada por setores conservadores da psiquiatria brasileira, foi ocupada por reformistas. Naquele contexto, a discussão sobre saúde mental de crianças e adolescentes se restringiu ao reconhecimento da ausência de legislação específica para essa camada da população, ao reconhecimento de ser errado afirmar que meninos em situação de rua seriam futuros delinquentes ou psicopatas e à proposta de um limite do número de internações psiquiátricas e do uso dos psicofármacos para pessoas dessa faixa etária (Cunha; Boarini, 2011). Esta Conferência junto com o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru (São Paulo) no mesmo ano, marcam o início da transição da trajetória sanitarista para a trajetória da desinstitucionalização na RPb (Tenório, 2002; Amarante, 1997).

Um marco desta transição foi a ampliação dos atores na luta política da saúde mental com a criação, no Congresso de Bauru, do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Composto por familiares, usuários, voluntários e profissionais de saúde mental, assumiu como lema a exortação “Por uma sociedade sem manicômios”. Para isso, entre outras ações, organiza atividades culturais, artísticas e científicas com o intuito de sensibilizar a sociedade em relação à questão da exclusão dos loucos e à necessidade de garantir-lhes direitos, proteção e participação social (Amarante, 1995).

O conceito de desinstitucionalização surgiu nos Estados Unidos da América no governo Kennedy e associava-se à desospitalização dos usuários, não questionando o paradigma psiquiátrico. Até há uma crítica implícita ao sistema psiquiátrico pela centralidade na assistência hospitalar, entretanto ela não discute o saber que legitima os hospícios (Hirdes, 2009). No Brasil, contudo, adotou-se outra perspectiva da desinstitucionalização, aquela instituída na Itália e associada à noção de desconstrução. Para Basaglia (1985), referência no movimento da reforma psiquiátrica italiana, um sujeito internado dentro de um hospital psiquiátrico perde seus direitos e é excluído do convívio social, tornando-se totalmente assujeitado ao poder da instituição. Ele é

objetificado e se torna invisível perante a sociedade, entregue ao aniquilamento. Fazer frente a isso exige uma aproximação com as experiências mais concretas e complexas da vida desses sujeitos adoecidos psiquicamente tendo como norte um aparato ético e a ruptura radical com psiquiatria e seus aparatos científicos, assistências, relacionais, administrativos, legislativos e culturais.

Com essa inspiração, o processo de desinstitucionalização nacional tem sido construído através das reflexões sobre a incidência da institucionalização sobre o institucionalizado, marcada pela alienação dos sujeitos e pela intensificação do seu sofrimento (Amarante, 1995). Por isso, aqui tem se tentado acompanhar o movimento reformista italiano e a profunda ruptura feita lá (Braga; d'Oliveira, 2019). Sem ela não conseguiríamos ter hoje as alternativas de cuidado propostas pela Reforma.

Isso não ocorre sem dificuldades, pois, como sustenta Yasui (2006), o campo da saúde mental é marcado por lutas políticas e ideológicas e pelo embate entre as ideais de liberdade, inclusão, autonomia e cidadania e os de controle, exclusão e negação dos sujeitos adoecidos psiquicamente. Somado a isso, há os desafios que excedem a saúde mental visto que “um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade” (Yasui, 2006, p. 26).

Nessa direção, a Reforma busca transformar a concepção de loucura no imaginário social, rompendo com os estigmas sociais de incapacidade e periculosidade associados aos sujeitos em adoecimento psíquico grave. Visa construir-lhes um novo lugar social e, para isso, mobiliza ações e estratégias assistenciais, jurídicas, políticas (Braga; Oliveira, 2019).

Um passo decisivo para isso foi a inauguração, ainda no ano de 1987, do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo. O local instituiu um novo modelo assistencial na saúde mental brasileira ao propor novos caminhos de tratamento, substitutivos aos dos hospitais psiquiátricos. Era realizado o acompanhamento clínico do usuário junto de ações que visavam sua reinserção social, facilitando o exercício civil dos usuários e fortalecendo os laços familiares e comunitários. Além disso, o serviço era palco de projetos culturais, artísticos e de medidas assistenciais que também visavam a reinserção do usuário na sociedade através do trabalho, sendo uma das primeiras experiências alinhadas ao novo paradigma da desinstitucionalização (Pitta, 2011; Amarante, 1995). Na esteira do CAPS Luiz Cerqueira, em 1991 foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos

e quase 3000 serviços semelhantes desde então. Eles são o cerne da atenção em saúde mental no país, o dispositivo estratégico da rede de cuidado na área. Sua criação demonstrou o fato de que a Reforma não era apenas uma retórica, mas algo possível de ser concretizada.

As mudanças no modelo assistencial chegaram ao campo da infância e adolescência ainda na década de 80 com a inauguração, em 1986, do Núcleo de Atenção à Criança Autista e Psicótica (NAICAP), hospital-dia localizado no Instituto Pinel, unidade do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Até aquele momento existiam poucas instituições destinadas ao atendimento diário e intensivo de crianças e adolescentes com doenças mentais graves. Orientado pela psicanálise, o NAICAP buscou acolher as crianças em sua singularidade e se constituiu como um espaço de recepção da fala da criança ou dos adolescentes e de seus familiares, sendo esta uma etapa preliminar ao encaminhamento interno ou externo que fosse vir a ser necessário (Bastos *et al.* 2007).

Antes disso e mesmo nesse contexto, crianças adoecidas psiquicamente costumavam encontrar-se sob cuidados que reproduziam os métodos de exclusão e violência psiquiátrica. A resposta comum desta época à loucura era a institucionalização, que atingia não só as crianças e adolescentes em sofrimento mental, mas também as pobres. Havia um medo no imaginário social do louco e do pobre, que teriam grandes chances de serem futuros delinquentes justificando uma série de violações à vida. Em resumo, o que vimos por muito tempo quando falamos da população infantojuvenil era a institucionalização do cuidado junto à uma criminalização da infância pobre que levava à desassistência, abandono e exclusão (Taño; Matsukura, 2015).

As leis que estavam vigentes, como o Código de Menores de 1927, substituído em 1979, apontavam para o risco futuro existente na infância e na adolescência, adotando a internação como prevenção e solução. A decisão pelo aprisionamento incidia mais sobre crianças e adolescentes que sofriam de vulnerabilidade social-econômica ou haviam cometido um pequeno ato infracional (Braga; Oliveira, 2019). As únicas respostas aos comportamentos estranhos eram intervenções classificatórias, punitivas e corretivas. “O cenário era, então, o da exclusão, restando-lhes apenas testemunhar a condição de objeto dessas práticas.” (Bastos *et al.*, 2005, p. 2). Um dado peculiar observado quando analisamos a história da Política de Saúde Mental Infantojuvenil dessa época é que, diferente dos adultos, muitas das crianças e adolescentes com transtornos graves não estavam nos hospícios, mas em dispositivos da educação ou da assistência social (Cunha; Boarini, 2011).

Um marco decisivo para a mudança nos modos de lidar com essa população e para fazer avançar a RPb foi a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88), que definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Tal concepção adveio do processo de Reforma Sanitária, que também nasceu no contexto da luta contra a ditadura brasileira no final da década de 70 e propôs mudanças fundamentais no setor saúde que resultaram na criação do Sistema Único de Saúde, o SUS (Brasil, 1988).

Costa *et al* (2011) destacam que a CF 88 redefiniu o pacto federativo, ou seja, estabeleceu que municípios, estados e União formam a estrutura federativa trina do país, o que possibilitou a descentralização na saúde, com transferência de recursos e encargos aos governos estaduais e municipais para prover bens e serviços. Esses dois entes federativos, com predomínio do último, passaram a ser responsáveis pela execução e gestão de políticas e programas definidos no nível federal, o que incluiu a implantação e ampliação da rede de serviços de saúde mental.

A CF 88, considerada constituição cidadã, foi fundamental no fortalecimento da relação do Estado-Sociedade, apoiando a ampliação de direitos e bem-estar social. Ela compôs o cenário político que, como indicado acima, fomentou o avanço da Reforma Psiquiátrica de modo amplo e também favoreceu especificamente a Saúde Mental Infantojuvenil pois introduziu as crianças e adolescentes, no seu Artigo 227º, como sujeitos de direitos no Brasil:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988, art. 227º).

Em 1989, na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança estabelecida pela ONU, o Brasil adere como um de seus signatários. Neste encontro foi sintetizado um novo paradigma para interpretar a situação da infância na sociedade. De acordo com a primeira parte do texto original, o Artigo 3 afirma:

Todas as ações relativas à criança, sejam elas levadas a efeito por instituições públicas ou privadas de assistência social, tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, devem considerar primordialmente o melhor interesse da criança (ONU, 1989, art. 3º)

Esta nova concepção trouxe reconhecimento e legitimidade para que políticas públicas específicas para a população infanto juvenil fossem propostas e implementadas.

O ano de 1990 foi profícuo nessa direção em razão de três eventos: a instituição da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, o estabelecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a adesão do Brasil à Declaração de Caracas.

A instituição da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 em 19 de fevereiro de 1990 foi um desdobramento da CF de 88, sendo responsável pela implementação do Sistema Único de Saúde. O SUS é o mais amplo sistema de saúde pública do mundo e dentre seus princípios doutrinários estão a universalização, a equidade e a integralidade (Delgado, 2011). Teixeira (2011) comenta que os princípios estabelecidos na política pública de saúde buscam garantir o acesso universal de bens e serviços para, de forma integral e equitativa, garantir o bem estar de todos. Neste sentido, o SUS vai estruturar e formular diferentes políticas e organizações de acordo com suas diretrizes para o âmbito da saúde à nível federal, estadual e municipal (Brasil, 1990).

A universalização do sistema público de saúde no Brasil exigia a ampliação da cobertura de serviços de modo que gradativamente pudessem ser acessíveis a toda população, eliminando em seu dia a dia barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais. De forma resumida, o princípio da universalização visa garantir direito à vida e acesso igualitário a toda a população, não apenas grupos específicos. Ligado a ele, a equidade leva em consideração as desigualdades sociais e econômicas presentes no território brasileiro, privilegiando aqueles que estão em condição de mais vulnerabilidade (Teixeira, 2011). Já a integralidade é um conceito amplo que abrange desde ações de promoção da saúde em território específico para controlar riscos sanitários, ambientais ou epidemiológicos até medidas assistenciais para recuperação de doentes, por exemplo, detecção precoce de enfermidades ou ações que visem o diagnóstico, tratamento e reabilitação (Almeida, 2011). De acordo com Mattos (2009), a integralidade leva em consideração os aspectos biológicos, culturais e sociais a partir de políticas que tomam como foco as necessidades de saúde individuais e coletivas.

Praticar a integralidade evidencia a parte intersubjetiva presente no campo da saúde pois proporciona que saberes, desejos e necessidades sejam compartilhados. É importante que as práticas de saúde não sejam reduzidas aos procedimentos técnicos e articulem-se com ações terapêuticas quando necessário, por exemplo (Pinheiro, 2009). Nesse contexto, a integração proposta para os serviços e unidades de saúde do SUS merece destaque porque exige uma variedade de ações para responder as diversas demandas e necessidades da população. Só dessa forma é possível ter um modelo de atenção integral à saúde, necessário para um país como o Brasil (Teixeira, 2011).

Estabelecer a equidade desta política tem como ponto de partida assumirmos que existe uma desigualdade entre pessoas e grupos sociais que precisa ser superada. Paim e Silva (2010) comentam que implementar serviços universais pode dar às classes populares acesso a serviços de saúde de melhor qualidade, exercitando por consequência a equidade. Ter como proposta a equidade de um sistema de saúde exige que, para além de acessíveis, os serviços entendam quais são as necessidades específicas do território em que se estão estabelecidos para, a partir daí, definirem suas ações.

Quanto à organização dos serviços do SUS, além de ficar definida a regionalização da atenção de saúde, é apresentada também sua hierarquização. Enquanto a regionalização diz respeito a uma delimitação de base territorial para o SUS, a hierarquização faz referência a uma organização dos serviços em graus de complexidade. Ou seja, foi colocada a necessidade do estabelecimento de redes com unidades que pudessem atender tanto questões de saúde mais simples quanto as mais complexas, escalonado em diferentes níveis de atenção (Teixeira, 2011).

É no âmbito das discussões sobre a implementação do SUS que ocorre o segundo evento decisivo de 1990 para a criação da Política nacional de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. Este evento foi o estabelecimento ECA, que propôs uma ampliação inédita de direitos sociais e políticos para crianças e adolescentes. O cenário democrático levou o Brasil a ser o primeiro país da Convenção Internacional sobre o Direitos da Criança a transformar algumas das propostas estabelecidas neste encontro em uma lei própria. O Estatuto foi promulgado pela Lei nº 8.069 e representou uma ruptura com toda a tradição anterior, mantendo-se como um marco legal que instrumentalizou mudanças fundamentais (Couto, 2012). A Lei nº 8.069 define que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 1990, art. 3º).

O ECA garante legalmente, e sem distinção entre os sujeitos, diversos direitos a todas as crianças e adolescentes do Brasil. Suas proposições adotaram a doutrina da proteção integral onde o Estado tem a responsabilidade de participar ativamente e de

forma prioritária na proteção da infância e adolescência em lugar de estabelecer apenas medidas tutelares (Brasil, 1990). Couto (2012, p. 25) sustenta que o ECA traz legitimidade e institucionalidade para que possa ocorrer uma “inscrição social e política da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, pela substituição integral do paradigma menorista”, que influenciou decisivamente o cenário da assistência social. Esse paradigma era calcado na menoridade jurídica, na doutrina da irregularidade, que recaía em sua maior parte sobre a infância pobre, e na via da internação como uma proposta de intervenção (Couto, 2012).

O ECA é nodal para o futuro estabelecimento de uma agenda de políticas de cuidado plural, de acordo com suas necessidades específicas das crianças e dos adolescentes, propondo que os responsáveis pela sua implementação seja a família, a comunidade e o poder público. Assim, apesar de, durante os anos 90, a política de saúde mental não ter acompanhado as mudanças realizadas pelo ECA, o mesmo serviu como guia para os avanços posteriores, inaugurando no território brasileiro uma lei que olhava pro público infantojuvenil sob uma nova perspectiva social (Couto, 2012).

O terceiro evento significativo de 1990 foi a Declaração de Caracas, resolução advinda da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Caracas e da qual o Brasil é signatário. Nela é acordada a revisão do papel do hospital psiquiátrico e sua substituição por recursos de base comunitária que ofereçam atenção integral em saúde mental articulada à Atenção Primária em Saúde (APS) (Alves *et al.* 2012). A declaração exorta ainda a promoção do respeito aos direitos humanos e civis das pessoas com problemas de saúde mental. E conclama que todos, inclusive os Ministérios da Saúde e da Justiça, devem apoiar a reestruturação proposta e assegurar seu sucesso e desenvolvimento (OPAS, 1990).

A Declaração de Caracas atuou como norteadora da política nacional de saúde mental que se criava no Brasil no início dos anos 1990 e que pela primeira vez estava totalmente alinhada aos preceitos da RP. Um passo decisivo na sua implementação foi a publicação de duas Portarias. Em novembro de 1991, a Portaria nº 189 do Ministério da Saúde instituiu o financiamento público para os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, evidenciando que a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde oferecia aos gestores estaduais e municipais a possibilidade de implantar e custear novos modelos de atenção em substituição ao hospitalocêntrico. Além dos CAPS e NAPS, a portaria também instaurou o financiamento de oficinas e atendimento de grupos nos

ambulatoriais de saúde mental, ampliando as ações realizadas ali. Já no ano seguinte, a Portaria n° 224 de janeiro de 1992, regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, inclusive dos hospitais psiquiátricos exigindo-lhes padrões mínimos no que concerne à equipe multiprofissional, ações de cuidado e hotelaria. Em relação aos NAPS/CAPS, definiu que eles se constituíam como porta de entrada na rede de serviços de ações relacionados à saúde mental, funcionando como uma unidade de saúde local e regionalizada. Também era de sua alçada os pacientes referenciados de outros serviços de saúde, de emergência psiquiátrica ou egressos de internação (Costa *et al.* 2011).

As atividades de trabalho estabelecidas na Portaria n° 224/92 para ambos os serviços foram os atendimentos individuais multiprofissionais, atendimentos de grupo em diferentes formatos (psicoterapia de grupo, oficinas terapêuticas, entre outras), as visitas domiciliares, os atendimentos aos familiares, as atividades comunitárias visando a integração do usuário na comunidade e na sociedade e que cada paciente que frequente o serviço por 4 horas tenha direito a duas refeições e os que frequentem 8 horas tenham direito a três refeições (Brasil, 1992).

Costa *et al.* (2011) afirmam que as diretrizes implementadas pelas Portarias do biênio 1991 e 1992 surgiram em ambiente favorável de implementação da descentralização do SUS através de uma aliança privilegiada entre o Ministério da Saúde e os municípios. Para membros da Coordenação Nacional de Saúde Mental da gestão 2001-2010, contudo, fez falta que no início dos anos 1990 não tivesse sido instituída uma linha específica de financiamento para CAPS e NAPS e um projeto de redução dos leitos dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005). Não obstante, houve efeitos positivos da política de saúde mental dos anos 1990.

Ainda no ano de 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que também funciona como orientadora da política nacional da área e reforça a necessária substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede comunitária de base territorial (Brasil, 2015). Sobre a temática da saúde mental de crianças e adolescentes, apenas foi reconhecida a necessidade de desinstitucionalização. Cunha e Boarini (2011) observam que a atenção à saúde mental Infantojuvenil assumiu um lugar menor nas primeiras décadas da Reforma Psiquiátrica, talvez em função da magnitude dos problemas com a população adulta ou porque as crianças e os adolescentes institucionalizados estavam prioritariamente nos abrigos filantrópicos e não nos hospícios, aparentemente “diminuindo” a urgência do tema.

Um pouco antes, em 1989, houve a apresentação do projeto de Lei nº 3.657 pelo então deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva do hospital psiquiátrico e sua substituição por cuidado comunitário (Pitta, 2011). Esta apresentação foi nodal pois trouxe declarações sobre a ineficiência dos hospitais psiquiátricos, buscando impedir que ocorresse a abertura e o financiamento de novos, além daqueles que já existiam. O projeto também citou a importância da criação de novos recursos de assistência, como, por exemplo, unidades psiquiátricas nos hospitais gerais, hospitais-dia e noite e centro de convivência, com estruturas não manicomiais (Jucá, 2019).

Apenas em abril de 2001, após longa tramitação, foi promulgada a Lei nº 10.216, que atribuiu institucionalidade aos ideais da Reforma Psiquiátrica. A respeito da lei, Jucá (2019) comenta:

A Lei Paulo Delgado regulamentou a reforma psiquiátrica no Brasil a partir dos seguintes nortes: 1) adoção de uma diretriz não asilar para o financiamento público; 2) proposta de elaboração de uma política que inclua alta planejada e reabilitação psicossocial; 3) implementação, nas emergências psiquiátricas, da obrigatoriedade de notificar ao Ministério Público os casos de internações involuntárias e 4) desvinculação da incapacidade laborativa (que pode ser transitória) da incapacidade civil (Jucá, 2019, p. 93).

Assim, a Lei nº 10.216/2001 definiu que a assistência em saúde mental do Brasil deveria ser realizada em serviços de base comunitária utilizando do hospital psiquiátrico como último recurso. Tipificou as internações psiquiátricas, dividindo-as em voluntária, involuntária e compulsória e definiu uma política de desinstitucionalização para os usuários longamente internados, que buscava favorecer sua reinserção social e a reabilitação psicossocial (Alves *et al.* 2012).

A Lei da RP também dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Busca assegurar proteção contra qualquer forma de abuso ou exploração dos adoecidos e propõe um tratamento que use da humanidade e do respeito visando alcançar a recuperação através da inserção do usuário na família, trabalho e comunidade (Brasil, 2001).

Quanto ao público infantojuvenil, antes da III CNSM, em dezembro 2001, ocorreu um seminário que reuniu vários representantes de setores públicos da área da saúde, educação, assistência social, justiça, promotoria e saúde mental de todo o país, no qual foram analisadas as possíveis diretrizes para a formação de uma política pública direcionada à saúde mental de crianças e adolescentes no país. Os caminhos definidos neste seminário foram posteriormente aprovados na III CNSM e alertavam para a necessidade de garantir o cumprimento dos direitos estabelecidos pelo ECA, levar em

conta as especificidades do público infantojuvenil em relação aos adultos e organizar o trabalho em rede, dentro do território, apresentando a intersetorialidade como princípio estratégico (Lima, 2014). A concepção do ECA só foi destacada no campo da saúde mental em 2001 na III CNSM. Nela estiveram presentes profissionais e instituições de diferentes lugares do país, propondo diretrizes para a inclusão da infância e da adolescência na agenda da Reforma. As propostas deveriam também pautar a desinstitucionalização e inclusão dos usuários na sociedade, pois agora eles eram reconhecidos como sujeitos psíquicos de direitos (Couto, 2012).

1.2 A atenção psicossocial no contexto da lei 10.216

Após o estabelecimento da Lei 10.216/2001, a RPb tomou um novo impulso e ritmo, ganhando mais sustentação e visibilidade. É neste cenário que no ano seguinte se deu a criação dos Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSis), normatizados pela Portaria GM/MS nº 336 de 2002, junto com CAPS de outras modalidades. Os CAPSi são compostos por equipes multiprofissionais - contendo no mínimo um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior e cinco profissionais de nível médio - que oferecem atendimento individual, grupal ou por meio de oficinas, sendo essa apenas uma pequena parte de todas as suas responsabilidades (Brasil, 2002).

A publicação da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, foi efeito dos avanços da RP entre os anos de 1980 e 1990 e formalizou os CAPS em suas diferentes modalidades. Esta Portaria diversificou e complexificou os Centros de Atenção Psicossocial, organizando-os em diferentes tipos dado a cobertura populacional (CAPS I, II e III) e a população assistida: adultos (CAPS), crianças e adolescentes (CAPSi) e usuários de álcool e outras drogas (CAPSad). Ampliar os CAPS de acordo com seu funcionamento e complexidade foi ao encontro dos conceitos de regionalização e hierarquização encontrados na proposta do SUS.

A criação do CAPSi foi a ação mais expressiva do Estado em saúde mental, como uma resposta oficial do SUS ao cuidado da população infantojuvenil e ponto estratégico para a consolidação de uma política de saúde mental específica para essa faixa etária. Assim, a partir de 2002, abriu-se a possibilidade do cadastramento de serviços de saúde mental dedicados exclusivamente para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave (Fernandes *et al.* 2020). Até a realização da III CNSM, em dezembro de 2001, crianças e adolescentes não estavam incluídos em propostas da Atenção Psicossocial no

Brasil. Ainda que o ECA se constituísse como um marco no alcance de direitos e cidadania, o tratamento de saúde mental que vinha sendo oferecido à população infantojuvenil não respeitava seus princípios (Guerra, 2005). O ECA somado à Reforma e à Política de Saúde Mental reestruturaram o modo de atenção às crianças e adolescentes, ainda que bem depois quando comparado ao público adulto.

A atenção psicossocial é o modelo de cuidado adotado pela Reforma e os serviços que a utilizam precisam se apoiar no tripé rede, clínica e cotidiano. Levando em consideração o conceito de rede, Amarante (2007) afirma ser necessário que exista uma articulação das políticas públicas dos serviços de saúde mental e de saúde em geral, envolvendo todos os saberes envolvidos visando uma reabilitação psicossocial dos usuários dos CAPS em suas diversas modalidades. Os atores sociais também fazem parte do conceito de rede, pois a comunidade deve participar das iniciativas de modo a cooperar com as propostas desinstitucionalizantes (Amarante, 2007).

Ligada aos princípios da universalidade e integralidade do cuidado, os CAPS devem desenvolver um tratamento centrado no sujeito, amparada por princípios e regulamentos específicos. Ou seja, o modo como o cuidado vai ser operado precisa levar em consideração o sujeito, seu sofrimento e se o mesmo é envolvido por relações sociais. Devem ser usados todos os aparatos sociais e políticos possíveis a fim de proporcionar um entrelace entre o tratamento e a reinserção social. A rotina é um ponto importante para a Atenção Psicossocial, pois faz parte da construção de vida de cada usuário da rede de saúde mental, nela deve ser incentivada a relação do sujeito com o território que habita. Por isso, é importante que algumas das práticas dos serviços se realizem dentro do território (Leal; Delgado, 2007).

Define-se que o acolhimento seja universal de modo a garantir a escuta da demanda, que deve ser recebida, ouvida, respondida e, quando necessário, encaminhada de modo implicado e corresponsável. Pode-se afirmar ainda que a ação territorial precisa levar em conta as necessidades locais, tendo por meio de suas ações uma base intersetorial. Cabe ressaltar que o conceito de território extrapola sentidos geográficos ou regionais, incluindo as redes de relações e afetos daquele que é cuidado: família, vizinhos, escolas, praças, lugares de lazer, entre outros (Ministério da Saúde, 2014).

Em consonância com a Reforma Psiquiátrica, os CAPSis surgem como local de acolhimento onde nenhum sujeito pode ser reduzido ao transtorno que possui (Couto *et al.*, 2008). As práticas assistenciais não visam mais a exclusão e sim a ampliação dos laços sociais e o que é próprio do sujeito por sua singularidade (Guerra, 2005). Assim, os

CAPSis devem priorizar o protagonismo e a participação dos usuários, favorecendo seu exercício cidadão. Esse é o horizonte emancipatório que o serviço visa na construção de seus processos de trabalho, usando como base os ideais da Reforma Psiquiátrica. Isso porque, somente podemos considerar uma participação social das crianças e adolescentes quando pensarmos na validação de suas vozes. A disposição para escutá-los assegura o acolhimento de suas experiências enquanto estratégia de empoderamento (Braga; Oliveira, 2019; Guerra, 2005).

Nos anos seguintes à sua normatização foram emitidos outros documentos governamentais que incidiram sobre os CAPS em todas as suas modalidades, ajudando no entendimento da definição do serviço e de suas necessidades estruturais. É ressaltada no Artigo 9º da Portaria nº 336/2002 a urgência na definição dos “procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluindo CAPSi e CAPSad) e III”. (Brasil, 2002, art. 9). Ainda no mesmo ano, visando responder o Artigo 9º, foi emitida a Portaria nº189 em março incluindo os procedimentos ambulatoriais de saúde mental necessários na tabela do SIH-SUS¹ e alterando a redação dos CAPS na Tabela de Serviços do SIA/SUS². Os CAPSis constam nesta última tabela dentro da Classificação do Serviço 14 de Atenção Psicossocial inscrito no código 129 com a seguinte descrição:

Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, e desenvolvendo atividades diárias em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais (Brasil, 2002, p. 45)

Tornou-se necessário o estabelecimento de alguma ferramenta de gestão que acompanhasse o desenvolvimento destas ações. Por isso, em março de 2002 foi instituído o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) por normatização do Ministério da Saúde. Ele foi um dos importantes instrumentos administrativos para que gradualmente fosse pactuada e planejada a redução e o fechamento dos hospitais psiquiátricos. A política de desinstitucionalização ganhou um impulso após sua implementação pois o Programa permitiu que o grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos, ainda ativos naquela época, fossem retirados

¹ Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS. Ajuda no controle administrativo-financeiro de pagamento dos serviços (link: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/pidescr.htm>).

² Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS (link: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>).

do sistema, isso sem que a população ficasse desassistida. Ficou definido que o PNASH/Psiquiatria avaliaria a estrutura física do hospital, sua dinâmica de funcionamento, os processos e recursos terapêuticos oferecidos e se seguiam as normas técnicas gerais do SUS. Também era avaliado se os hospitais estavam inseridos e se adequando à rede de atenção em saúde mental do território, também fazia parte do processo de avaliação “entrevistas de satisfação” com os pacientes internados há um longo período de tempo e os que estavam às vésperas de receber alta (Brasil, 2005a).

Em seguida, em julho de 2003, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº1.344/GM, que afirmou a necessidade de estruturação e consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental em todas as unidades da federação. Ficou definido inicialmente o incentivo de R\$30.000,00 para cada CAPSi de Estados e municípios habilitados a fim de obter meios para se realizar todos os procedimentos definidos anteriormente.

No mesmo ano de 2003 foi sancionada a Lei nº 10.708 que criou o Programa de Volta para Casa (PVC), considerado um dos instrumentos de reintegração social de pessoas longamente internadas mais efetivos da época. O PVC já havia sido formulado em 1992 numa experiência local em um município do RJ e sua nacionalização foi importante para a RPB pois permitiu o pagamento mensal de R\$240,00 aos sujeitos em desinstitucionalização com longa história de internação psiquiátrica. O intuito era contribuir diretamente para a inserção social dessas pessoas, ampliando suas redes de relação e assegurando seu bem estar. Uma outra política importante foi a de capacitação dos profissionais de acordo com a atenção psicossocial buscando refletir sobre o trabalho que estava sendo desenvolvido e aplicado naquela época. Um de seus instrumentos foi a realização do I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial em São Paulo de 2004 que chegou a reunir dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (Brasil, 2005a). Nesta mesma direção, ainda em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº1.608/GM que instituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental da Infância e Juventude, importante para a construção e aperfeiçoamento da Política de Saúde Mental Infantojuvenil. Tal Fórum foi criado a fim de gerar um espaço de discussão permanente que pudesse favorecer a definição de diretrizes nacionais para atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Também estava dentro de seu escopo a produção de conhecimentos para auxiliar as instituições que exerciam as políticas públicas da área, destinadas às mais variadas esferas gestoras e instrucionais. Existe uma variedade no elenco participativo do Fórum, alguns deles são: a Área Técnica de Saúde da Criança,

assim como a respectiva Área Técnica de Saúde dos Adolescentes e Jovens, os representantes dos CAPSIS do Brasil, o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Justiça e o da Educação, Cultura e Esportes, entre outros, mostrando a diversidade de setores que acabam sendo envolvidos quando pensamos nesta Política (Brasil, 2004).

No ano seguinte, em 2005, o Fórum emite a Recomendação nº 1 intitulada “Diretrizes para o Processo de Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes em Território Nacional” que traz orientações ao processo de desinstitucionalização para esta faixa etária, seguindo o fluxo das ideias surgidas na RPb. Entendendo a necessidade de ampliar as iniciativas desenvolvidas para a área da saúde mental que levassem em conta as especificidades deste público, foi recomendado em seu primeiro tópico aplicação urgente de ações para reverter a lógica institucionalizante para crianças e adolescentes, tanto no campo da Saúde Mental quanto no da Assistência Social, Educação e Justiça. Foi incentivada a criação dos serviços de base territorial para a faixa etária, e não só os CAPSis deveriam seguir esta premissa mas também os ambulatórios ampliados, as residências terapêuticas, moradias assistidas, casas-lares e outros compatíveis com a SMCA. Também foi colocada a necessidade de revisão na estruturação da rede de atendimento para que ela estivesse alinhada às diretrizes da Política de Saúde Mental. As ações deveriam proporcionar um amadurecimento das redes de apoio comunitárias e familiares, buscando articulação com toda a rede assistencial e jurídica. Outro ponto importante destacado neste relatório foi que se deveria levar em consideração as diferenças étnicas e raciais do Brasil quando fosse discutido o processo de reabilitação psicossocial dos usuários, incluindo a questão da acessibilidade à Rede de atenção (Brasil, 2005a).

No mesmo ano foi publicado pelo Ministério da Saúde o documento “Caminho para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil” (2005b), que expôs e aprofundou importantes delineamentos às políticas públicas de SMCA já desenhados pelo Fórum. Dentre as ações explicitadas temos novamente o acolhimento universal, o encaminhamento implicado, a construção permanente de redes de cuidados e territoriais e, adicionalmente, a corresponsabilização dos familiares no cuidado fazendo com que a inserção da família no tratamento fosse um fator indispensável (Brasil, 2005b). Nesse contexto, as peculiaridades da clínica com crianças e adolescentes, especialmente aqueles com transtornos graves e persistentes, foram bastante destacadas, como a necessária inclusão da família, a adoção da linguagem diferenciada como forma lúdica de expressão e a imperiosa prática multiprofissional. Ademais, cada criança e adolescente precisaria

ser entendido como um sujeito único e visto de acordo com suas particularidades e atravessamentos biológicos, psíquicos e sociais, o que deveria inibir a homogeneização do tratamento de todos os casos (Guerra, 2005).

Nesse sentido, as propostas de saúde mental de crianças e adolescentes também devem estar presentes nos diversos serviços de saúde, seja a APS com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) sejam os ambulatorios e hospitais gerais. Não só o CAPSi deve ter como meta a inclusão social de seus usuários, mas, todos os serviços envolvidos na sua rede intersetorial (Brasil, 2005b).

As ações citadas até aqui, como o PVC, o estabelecimento de uma política de recursos humanos para a RPb e a criação dos CAPS e CAPSis com ações inovadoras, favoreceram com que entre 2003 e 2005 fossem reduzidos 6.227 leitos de internação psiquiátrica. O texto “Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”, apresentado na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, comenta que, com a definição de uma linha específica de financiamento a partir da Lei nº 10.216/2001, além de serem criados serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, também ficou proposto meios de fiscalização, gestão e de redução programada de leitos psiquiátricos em todo o país (Brasil, 2005).

As novas propostas que se desenvolveram após o ano de 2001 fizeram com que a assistência comunitária em saúde mental fosse possível em regiões onde, até então, isto era inexistente. O documento citado também afirma que os recursos financeiros destinados aos gastos com os hospitais psiquiátricos representavam cerca de 64% do total dos recursos que o Ministério da Saúde destinava à saúde mental enquanto os gastos com os serviços extra-hospitalares eram de 36,16% naquele momento (Brasil, 2005a). Em 2006 ocorreu uma efetiva inversão desses gastos, onde os extra-hospitalares passam a ser maiores do que os gastos hospitalares (Desinstitute e Weber, 2021). Sobre este dado Onocko-Campos (2019) comenta:

Houve fechamento de leitos em hospitais monovalentes, hoje reconhecidos como ineficazes pela literatura mundial (processo inconcluso, do qual ainda restam em diversos lugares do país inúmeros hospitais monovalentes com práticas de duvidosa efetividade e suspeitas de maus-tratos a pacientes) (p.1).

Ou seja, quando analisada a forma como se deu o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização no Brasil, percebemos que apenas a redução de leitos psiquiátricos não foi suficiente para extinguir o modelo manicomial. Apesar do menor número de hospitais psiquiátricos, ele e sua lógica ainda operam no território nacional.

Sobre os desafios enfrentados pelos serviços da atenção psicossocial infantojuvenil junto ao desenrolar do processo de desinstitucionalização, Couto (2012) em sua tese de doutorado intitulada “Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)”, no primeiro item de seu capítulo 2, alerta que:

(...), os CAPSi têm características que os particularizam em relação aos demais CAPS. As principais são: (...) a inclusão regular da família no processo do cuidado; a injeção intersetorial na elaboração dos projetos terapêuticos e na construção das redes de suporte; e o fato de inaugurarem uma história na qual o antecedente manicomial tradicional (a segregação hospitalar) não constituía o foco principal de superação, como ocorreu para a população adulta.

Além disso, o pouco conhecimento epidemiológico produzido no contexto brasileiro sobre transtornos mentais na infância e adolescência, e sobre os agravos advindos deles, bem como a especificidade da assistência à criança e adolescentes – que historicamente ocorreu fora do sistema formal de saúde mental, através das instituições filantrópicas, educacionais ou de assistência social – agregam aos CAPSi desafios peculiares em relação aos demais CAPS na tarefa de transformar o modo de cuidar em saúde mental (p.38).

O recorte de tempo que a autora adota para seu estudo é interessante para esta pesquisa porque auxilia no entendimento de como tal Política se configurou antes do ano de 2011, momento em que é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que reconfigura o sistema. Couto (2012) evidencia que antes das RAPS os CAPSis contribuíram para uma ampliação do acesso a um tratamento de qualidade a um público que até então era invisível, o que é importante pois mostra a pertinência do serviço.

Outra informação colocada na tese de Couto (2012) é que os estudos que falam do assunto e tomam como referencial a narrativa das famílias sobre o CAPSi destacam como ele é essencial à reabilitação dos seus filhos. Os pontos destacados pelos familiares foram a qualidade do acolhimento das equipes e seu entendimento das questões apresentadas, o que acabou proporcionando outra forma de os usuários viverem experiências sociais de partilha nunca antes conseguidas. Um aspecto a ser desenvolvido é a produção de estudos científicos sobre o CAPSi como um ator de uma política pública. Segundo a autora, a pouca produção a esse respeito pode indicar uma não apropriação das demandas específicas que o CAPSi busca superar baseado na Política de Saúde Mental Infantojuvenil. Um exemplo disso é a baixa menção ao Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil, importante veículo intersetorial de articulação e um dos principais instrumentos da Política de SMCA.

A organização da cobertura e das redes se apresentou como uma tarefa complexa já que a Política de Saúde Mental Infantojuvenil, diferente de outras políticas públicas, tem a intersetorialidade como um ponto quase que imprescindível e não como uma consequência das estratégias de reabilitação. A experiência brasileira dos CAPSis de 2002 a 2010 mostrou como a desarticulação impossibilita uma orientação dos recursos necessários existentes, podendo causar prejuízos no tratamento de seu público e reafirmando a importância da rede ampliada de cuidados quando pensamos na SMCA. Por mais que o CAPSi seja um dispositivo estratégico da Política de Saúde Mental Infantojuvenil, ele não é o único que faz parte da mesma e deveria poder contar com uma gama de serviços que compuseram uma rede da infância e adolescência. Tal rede deveria ser acionada quando necessário, não se restringindo apenas aos serviços de saúde (Couto, 2012).

Observando especificamente o caso brasileiro, esperava-se que, com a implementação do CAPSi e suas diretrizes de articulação intersetorial à saúde mental com outros setores públicos, fosse proporcionada uma cobertura ampla da população, que conseguisse dar vazão às problemáticas de saúde mental mais frequentes. Para isso era necessário que houvesse CAPSis em quantidade condizente com o que determina a Portaria 336/2002. Entretanto, isso não se deu. No final de 2002, ano de criação desse tipo de serviço, havia 32 CAPSis no Brasil. No final de 2007 existiam 86 em funcionamento. O ritmo de crescimento estava aquém do necessário, o que instituiu um novo desafio para a SMCA, ainda não superado (Couto *et al.* 2008; Desinstitute e Weber, 2021).

Não só o CAPSi enfrentava este desafio, os CAPS como um todo estavam distribuídos de forma desigual no país e isso persiste como um obstáculo. Sobre esta questão, o artigo “The mental health system in Brazil: policies and future challenges”, escrito por Mateus *et al.* (2008), comenta:

Os serviços são distribuídos de forma desigual entre as regiões do país, e o crescimento da população idosa, combinado com uma lacuna existente no tratamento, está aumentando a carga de cuidados de saúde mental. Essa lacuna pode aumentar ainda mais se **o financiamento não aumentar e se os serviços de saúde mental não forem expandidos no país**. Ainda, não há um bom grau de integração entre a atenção básica e as equipes de saúde mental que trabalham no nível do CAPS, e é necessário **treinar profissionais para atuarem como planejadores e gestores de saúde mental. Pesquisas sobre organização de serviços, políticas e avaliação de sistemas de saúde mental são fortemente recomendadas no país**. Não existem dados firmes para mostrar o impacto de tais políticas em termos de custo-benefício dos serviços comunitários e não há indicadores tangíveis para avaliar os resultados dessas políticas” (p.2, grifo próprio).

Segundo Onocko-Campos (2019), o diagnóstico realizado e as recomendações feitas foram adotadas como norte das ações do Ministério da Saúde até o começo de 2011. A eles se somaram as diretrizes da IV e última Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010 e que, em seu relatório final, aponta aspectos semelhantes aos abordados acima, também comentando como a insuficiência do gasto federal na área impactava o desenvolvimento dos Centros de Atenção Psicossocial nos municípios. O relatório também indicou a necessidade de que fosse garantido a implementação de CAPSis III para atender a demanda infantojuvenil nas crises e emergências, entre outras recomendações (Brasil, 2010).

Frente aos desafios do campo, em 2011 foi feita uma reestruturação na Política de Saúde Mental ao se instituir a RAPS através da Portaria nº 3.088/GM. Ela se baseou em uma outra anterior, a Portaria Ministerial nº 4.279 de 2010, que instituiu a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2010). A RAS visa superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. Para isso, leva em consideração os conceitos de integralidade, integração e interação dos serviços e propõe vínculos horizontais das diversas esferas gestoras da saúde que tenham diferentes arranjos organizativos e tecnológicos para garantir a integralidade do cuidado; ela se volta para doenças agudas e crônicas.

Seguindo esta mesma lógica, a RAPS tem como premissa a tentativa de rearranjar e organizar as ações e os serviços de saúde dos mais variados níveis de complexidade de atenção psicossocial (Lima; Guimarães, 2019). Sua criação se deu não só pelas necessidades evidenciadas no cotidiano em relação aos transtornos mentais em si, mas também pela realidade do enfrentamento dos transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas. Por exemplo, até então crianças e adolescentes que se enquadram neste caso não tinham um serviço próprio para si que pudessem procurar (Jucá, 2019).

Como pontos de articulação da RAPS inicialmente temos a **APS**, composta por Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório de Rua, Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e os Centros de Convivência e Cultura; a **Atenção Psicossocial Estratégica**, integrada pelos CAPS; a **Atenção de Urgência e Emergência**, que inclui SAMU, 192, Sala de Estabilização, UPAS e prontos-socorros; a **Atenção Residencial de Caráter Transitório**, com Unidade de Acolhimento para adultos e para crianças e adolescentes e o Serviço de Atenção em Regime Residencial, que trata das Comunidades Terapêuticas; a **Atenção Hospitalar**, formada pela Enfermaria especializada em hospital geral e pelo

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; a **Estratégia de Desinstitucionalização**, constituída pelos Serviços Residências Terapêuticas e pelo Programa de Volta para Casa, e as **Estratégias de Reabilitação Psicossocial**, realizadas por meio de Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimento Solidário e Cooperativas Sociais. Contando com 7 componentes, a RAPS deveria ter como foco a criação, ampliação e articulação da atenção em saúde às pessoas em sofrimento/transtorno mental ou usuárias de drogas. Uma de suas intenções era regular demandas e fluxos assistenciais através do monitoramento e avaliação de qualidade dos serviços usando indicadores de efetividade. Sobre o cuidado em si foram incentivadas diretrizes da Atenção Psicossocial, como o respeito aos direitos humanos e a reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

A RAPS colocou o desejo de promover cuidados especialmente a grupos mais vulneráveis, trazendo as crianças e adolescentes como um de seus focos. Definiu-se também a categorização dos usuários do CAPSi ao incluir como população a ser atendida os jovens em abuso de álcool e drogas, avanço importante pois estes ficavam sem lugar, perambulando entre os CAPSis e CAPSads (Jucá, 2019). Lima e Guimarães (2019), ao refletirem sobre o desenvolvimento da RAPS nos anos posteriores, comentam que ela passou por avanços e retrocessos. Alguns dos desafios destacados pelos autores foram a escassez de dispositivos substitutivos aos hospitalares que atendessem 24 horas, outra questão era uma postura centralizadora que alguns CAPS estavam apresentando e o desafio da aproximação necessária entre os CAPS e a APS.

Um problema que não pode ser negligenciado acerca da RAPS foi a inclusão das Comunidades Terapêuticas, instituições que adotam um modelo assistencial fechado e de longa permanência frequentemente associado à espiritualidade, quiçá com conversão religiosa. Elas se baseiam na exigência de uma abstinência e não levam em consideração a ideia da redução de danos (IPEA, 2017). Não bastasse a dissonância com a lógica da atenção psicossocial, as CTs ainda foram objeto de denúncias de violações de direitos humanos pelo CFP e outras instituições de referência.

Cabe notar as informações sobre a rede de saúde mental tornam-se exíguas após 2015 pois o MS deixa de fornecer dados sobre o tema, o que vai contra a Lei de Acesso à Informação³. Isso se relaciona ao fato de que em 2015 foi nomeado à Coordenação

³ A Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011 regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas com transparência.

Nacional de Saúde Mental o diretor técnico durante a ditadura militar do maior asilo manicomial da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi/Rio de Janeiro. Apesar da nomeação ter gerado protestos que levaram sua saída em maio de 2016, este foi um expressivo retrocesso aos propósitos da RPb (Onocko-Campos, 2019).

Ainda em 2016, após o impeachment da presidenta eleita Dilma Rousseff, foi instituída a Emenda Constitucional 95/2016 que determinou o congelamento por 20 anos dos recursos designados a políticas sociais a partir de 2019, inclusive do SUS, outro expressivo retrocesso (Delgado, 2020). Quanto ao índice dos gastos federais totais do Fundo Nacional de Saúde (FNS) com ações relacionadas às Políticas de Saúde Mental, ele já havia diminuído e estagnado ao longo dos anos anteriores. Apesar de, em 2012, os gastos chegarem ao seu maior número, três milhões e duzentos e setenta e oito mil reais, os anos posteriores demonstram uma queda nos investimentos, onde os gastos federais com a Saúde Mental em 2018 chegam a dois milhões e seiscentos e doze mil reais e se mantêm estagnados em 2019 (Desinstitute e Weber, 2021).

Junto ao cenário queda e estagnação dos investimentos na Saúde Mental, em 2017, foram publicadas a Resolução n° 32 e a Portaria n° 3.588, que, apesar de argumentarem pelo fortalecimento da RAPS, promoviam o contrário. A Resolução aprovou a criação de uma “Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental” e propôs o fortalecimento da parceria às Comunidades Terapêuticas (CT). Já a Portaria n° 3.588 alterou alguns pontos de atenção e adicionou novas diretrizes à RAPS, notadamente a de que a rede não deveria substituir o hospital psiquiátrico mas atuar de modo complementar a ele. Com isso se propunha um deslocamento do CAPS de sua posição fulcral, o que apareceu, por exemplo, na inclusão dos hospitais-dia e da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental como parte do componente estratégico da RAPS. Outro aspecto relevante foi a criação dos CAPSAd IV com até 20 leitos de observação e a restrição das SRT aos portadores de transtornos crônicos de necessidade de tratamento de longa permanência (Lima; Guimarães, 2019). Também foi neste momento que se reintroduziu na rede os hospitais psiquiátricos e os hospitais-dia, resgatando e valorizando seus ideais manicomiais, colocando-os novamente dentro do rol de assistência (Onocko-Campos, 2019).

Por mais que no ano de 2018 tenha sido recomendado pelo Conselho Nacional de Saúde a revogação da Portaria n° 3.588, por ferir a Lei n° 8.142 que prevê a participação da comunidade sobre a gestão e administração do SUS, a Lei n° 10.216/2001 e os avanços do campo da saúde mental (Cruz *et al.* 2020), ela segue em vigor. Em 2018, a Resolução

de nº 001/2018 do Conselho Nacional de Política Sobre Drogas formalizou uma via de captação de recursos públicos às CTs. Logo em seguida, o mesmo Conselho publicou no Diário Oficial da União o edital 001/2018 convocando o credenciamento das Comunidades Terapêuticas e prevendo 87 milhões de reais para contratação de 7.000 leitos. Ainda que esse financiamento não fosse do MS, chama atenção que esses valores fossem iguais ou até superiores aos destinados aos leitos psiquiátricos. Nesse mesmo ano, em agosto, foi emitida a Portaria nº 2.324 que concedeu reajuste de até 62% na tabela das internações em hospitais psiquiátricos, procurando sanar suas finanças, num contexto de congelamento do repasse mensal para os CAPS, iniciado em 2011 (Nunes *et al.* 2019).

Jucá (2019) afirma que um dos pontos que incentivaram a corrosão da RAPS foi o incentivo financeiro às Comunidades Terapêuticas. O autor destaca que o financiamento a estas instituições acabou aumentando a resistência que alguns profissionais mais conservadores já tinham sobre a rede substitutiva que estava sendo proposta, fazendo com que os sujeitos que estivessem interessados no modelo manicomial encontrassem uma margem para retornar com seus discursos (Jucá, 2019).

Ainda no ano de 2018, foram publicadas as Portarias GM. nº 3.659 e nº 3.718. A primeira suspendeu temporariamente o repasse financeiro que servia de custeio mensal a alguns dispositivos da RAPS sob a justificativa de não estar sendo repassado informações de produtividade dos dispositivos, o que gerou um desfinanciamento de mais de 77 milhões no ano.

Já a Portaria nº 3.718 exigiu pela primeira vez que fossem devolvidos recursos repassados que, não tivessem sido executados, o que retraiu o orçamento da RAPS em mais de 43 milhões (Nunes *et al.* 2019). Nunes, Júnior, Portugal e Torrenté (2019) comentam:

Com essas mudanças, surgem formas promissoras de mercantilização da atenção em saúde mental, quase como uma reedição da indústria da loucura, denunciada nos anos de 1970. De certa forma, essa compreensão procede, já que estão previstas algumas repetições nas modalidades de lucrar com a loucura, como o fato de manter um grande número de leitos em um estabelecimento de médio porte e em serviços privados, ao mesmo tempo em que se aumenta o valor pago por cada leito (...) a mercantilização da saúde mental repete também o passado quando se investe maciçamente em instituições como as comunidades terapêuticas, que continuam a desvendar práticas de violação dos direitos humanos, inclusive a prática de trabalhos forçados (p. 4494).

Entre 2016 e 2019 foram editados cerca de 15 documentos normativos que diziam respeito de uma “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, oficializando o que os partidários da RP chamaram de contrarreforma (Onocko-Campos, 2019). O Ministério da

Saúde do Governo Bolsonaro (2019-2022) fez uma descrição oficial de mudança na saúde mental por via da Nota Técnica nº 11 publicada no site do MS em fevereiro de 2019 e que preocupou vários setores da saúde mental brasileira. O conteúdo da Nota orientava que fosse retirado do CAPS o status de serviço substitutivo às internações, o que afrontava um dos objetivos primordiais da criação deste tipo de serviço no bojo da Reforma Psiquiátrica. Interromper essa substituição nos levaria inevitavelmente à redução do acesso ao cuidado integral de qualidade propiciando o aumento das violações dos direitos humanos, neste momento com um incentivo do Estado, e um aumento da exclusão social (Almeida, 2019). Também se encontrava na Nota Técnica uma proposta de criação de Unidades Psiquiátricas Especializadas nos hospitais gerais, com serviços de internação próprios para crianças e adolescentes e usuários de drogas.

De acordo com Almeida (2019), as propostas apresentadas não faziam sentido e representavam um desmonte do sistema proposto pela Reforma. A criação dos serviços sugeridos estava totalmente desligada do conceito de território e não apresentava nenhuma tentativa de construção de rede com o CAPS e/ou outros dispositivos colaborativos. Assim segue o autor:

O texto em que se apresenta uma nova política de saúde mental não inclui uma única referência aos inúmeros contributos surgidos, nos últimos anos, da epidemiologia psiquiátrica, da investigação de políticas e de serviços de saúde mental e da ciência de implementação, que constituem, hoje em dia, o suporte conceitual e científico das políticas de saúde mental. As mudanças propostas ignoram totalmente as evidências que provam a necessidade de basear a promoção, a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais em uma abordagem de saúde pública, sistêmica e intersetorial. Igualmente, partem da crença, hoje totalmente ultrapassada, de que se pode construir uma política de saúde mental apenas com base em uma perspectiva estritamente clínica, ignorando todo o debate atual à volta da saúde mental do futuro (Almeida, 2019, p. 5).

Ainda que tenha sido retirado do ar após as inúmeras críticas recebidas, o documento anunciou um atraso que o país vinha se esforçando para abandonar. Um dos pontos principais do conteúdo da Nota nº 11 diz sobre a inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS, ajustando o valor destinado às Autorizações de Internações Hospitalares (Lima, 2019). Sobre crianças e adolescentes, a Nota se restringia a colocar a internação como um possível tratamento de acordo com o benefício do paciente desde que fosse usado o bom-senso e a ética para preservar a sua integridade física. A Nota destacava ainda que não existia qualquer proibição legal para a internação de menores nas Enfermarias Psiquiátricas nos Hospitais Gerais ou Psiquiátricos, indicando a necessidade de uma área especializada para esse público (Jucá, 2019). Tais propostas iam contra todo o avanço

descrito até aqui quando se pensa na Política de Saúde Mental baseada na Atenção Psicossocial, em especial no que concerne crianças e adolescentes.

Ainda em 2019 aconteceu outro marcante retrocesso: os equipamentos para eletroconvulsoterapia passaram a constar na lista da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS. Em 2021 foi exatamente um defensor dessa prática, o psiquiatra Rafael Bernardon Ribeiro, que tomou posse da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Desinstitute e Weber, 2021). Pela gestão adotada no Governo Bolsonaro no âmbito da Saúde Mental a partir de 2019, esta notícia foi recebida com preocupação mas não com surpresa pois o governo desde o princípio se mostrou estritamente ligado a políticas conservadoras. Bernardon inclusive já havia sido consultor do MS durante o Governo Temer e coordenador adjunto na pasta que veio a assumir.

Os documentos publicados pelo Ministério da Saúde de 2016 a 2019 à Saúde Mental, como a Nota nº 11 e a Resolução nº 32 citadas neste texto, persistiam em se referir à Atenção Psicossocial como uma “nova Reforma Psiquiátrica” mas continham propostas totalmente discrepantes com as reais necessidades de saúde mental da população. Por isso, os profissionais da atenção psicossocial, precisam estar atentos, tomando o cuidado de destrinchar o que há por trás dos nomes e recomendações pois muitas resgataram técnicas e ideais manicomial e asilares (Nunes *et al.* 2019).

A eleição do atual presidente Luís Inácio Lula da Silva, em 2023, foi acompanhada da expectativa de que houvesse mudanças expressivas na direção da RPB e muitas delas de fato têm ocorrido, como a criação do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e o aumento do orçamento destinado à rede CAPS e aos SRTs. Entretanto, no dia 20 de janeiro de 2023 foi publicado o Decreto nº 11.392, que criou o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas dentro da Secretaria Executiva do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Em razão das críticas recebidas, ele foi mais tarde renomeado Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuais em Álcool e Drogas, mas mantido. Isto mostra a disputa presente no campo e como os atores e interesses contrários à reforma ainda têm força, fazendo reverberar seus interesses e sua agenda até o momento da realização da pesquisa de campo feita por esta pesquisa, que será apresentada nos capítulos 4 e 5.

A ABRASCO (2023) afirmou que existe um crescente investimento nas Comunidades Terapêuticas, o que contrasta com a pouca expansão dos outros serviços residenciais para usuários de álcool e outras drogas, como as Unidade de Acolhimento

(UAA) e Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI). Com a posse do presidente Lula fica proposto uma nova agenda política, interessada em pautas diferentes em relação ao governo anterior. Isto se mostrou positivo visto que problemas sociais importantes, como o racismo e o machismo, estão novamente sendo levados em consideração no governo federal. No âmbito do MS, aconteceu a indicação à Coordenação em Departamento de Saúde Mental da enfermeira e pesquisadora Sônia Barros, militante da RPb. Outro aspecto que também aponta certa melhora é a retomada das CNMS em 2023, com sua quinta edição ocorrida no final deste ano. A mudança de governo trouxe algumas melhorias, mas, até este momento elas não foram suficientes para enfrentar os desafios e problemas da atenção em Saúde Mental no país.

Por acreditar que a Saúde Mental Infantojuvenil também foi bastante prejudicada pelo movimento de contrarreforma e pelos problemas que o antecedem, o próximo item se dedicará a trazer dados que auxiliem na compreensão de como se deu o desenvolvimento da Política de Saúde Mental Infantojuvenil após a criação da RAPS.

1.3 O CAPSi como ponto estratégico da Saúde Mental Infantojuvenil na Rede de Atenção Psicossocial

Esta pesquisa entende ser fundamental apreender a origem da Política de Saúde Mental, levando em consideração tanto as ideias que nomeiam o lugar da criança e do adolescente nas políticas públicas brasileiras destinadas a esta população quanto a sua inserção no contexto da Reforma. Por isso, fez um resgate das condições que possibilitaram sua criação e também dos avanços e adversidades experimentados até aqui. Neste momento, a pesquisa deixa um pouco de lado o campo da saúde mental de modo ampliado para focar-se na rede de Saúde Mental destinada à Infância e Adolescência. Aqui investigaremos um cenário mais recente, detalhando os ganhos e desafios do trabalho do CAPSi bem como as dificuldades de inserção deste serviço na RAPS.

Como pudemos perceber, foi realizado um árduo trabalho no desenho e implementação de uma assistência infantojuvenil em saúde mental de qualidade que tomasse o SUS e a Reforma como referências. O processo de redemocratização do Brasil e o estabelecimento do ECA e da RPb permitiram que fossem criadas políticas públicas que visassem uma rede substitutiva para a infância e adolescência. O esperado naquela época era que de forma gradual tal rede fosse capaz de superar o modelo manicomial. Entretanto, como aponta Couto (2012), diferente do público adulto, o campo da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes era marcado pela prática da tutela e da

institucionalização onde inexistia a integração entre serviços e equipes. Tal especificidade teve efeitos no CAPSi e na sua rede.

Após a criação da RAPS em 2011, um evento importante para a área foi o I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis (CONCAPSI), de 10 a 12 de abril de 2013. Ele buscou ser um espaço de discussão que abarcasse a multiplicidade de práticas realizadas na Atenção Psicossocial Infantojuvenil dados os diferentes contextos socioeconômicos dos usuários do CAPSi (Braga; Oliveira, 2019). Os desafios quanto à sustentação da Política no cotidiano foram localizados prioritariamente na fragilidade material encontrada nos serviços, ou seja, na falta de recursos materiais e humanos para a realização do trabalho, e na fragilidade política da rede de atenção (Brasil, 2013). A menção à formação de RH é dispensável.

Visando aprimorar a SMCA, em 2014 o Ministério da Saúde (2014) lançou o documento “Atenção Psicossocial a Crianças no SUS: tecendo redes para garantir o cuidado”. O texto reafirma que a história da política de saúde mental infantojuvenil é atravessada pelo controle do Estado e por um modelo assistencial institucionalizador, sendo necessário enfatizar para os profissionais a necessidade das crianças e adolescentes serem entendidos como sujeitos de direitos. Também foi apontada a necessidade de acolhimento universal nos CAPSis, com realização de encaminhamentos implicados e corresponsáveis, prática intersetorial, análise das demandas de saúde mental encontradas no território e construção de ações compartilhadas (Brasil, 2014). A intersetorialidade vinha se mostrando um princípio desafiador de ser aplicado nos territórios, a realidade de trabalho nos serviços indicava ser impossível fornecer uma Atenção Psicossocial Infantojuvenil de qualidade sem que uma rede fosse estabelecida (Couto, 2012; Brasil, 2014).

Taño e Matsukura (2015) afirmam que os anos posteriores ao estabelecimento do CAPSi e da RAPS evidenciaram muitas dificuldades na aplicação de pressupostos importantes da Política de SMCA e isto tem ligação com o processo histórico da Atenção Psicossocial Infantojuvenil brasileira ao longo de décadas. Assim como Couto (2012), as autoras sustentam que o fato da forma mais recorrente de institucionalização de crianças e adolescentes não ter sido as instituições psiquiátricas fez com que existisse uma escassez de registros sobre este tema na área da saúde. Apesar do método de cuidado adotado não ter sido o hospital psiquiátrico, crianças e adolescentes eram mantidos sob os mesmos métodos de exclusão e violência. Por isso, a RPb trouxe importantes transformações para a política de SMCA; as ações concretas, contudo, foram insatisfatórias mesmo após a

implementação da RAPS. Foi se revelando uma lacuna entre o que priorizava a política pública e o trabalho realizado nos serviços e redes (Taño e Matsukura, 2015).

Fernandes e Matsukura (2016) comentam que era unânime a necessidade de aprofundar a compreensão acerca dos CAPSIs. Em 2018, Macedo, Fontenele e Dimenstein afirmaram que existia uma lacuna assistencial explicada, entre outros aspectos, pelo fato da saúde mental infantojuvenil ter sido delegada por muito tempo a educação e assistencial social, com destaque a instituições filantrópicas e privadas, diferente da população adulta. Somava-se a isso a carência de serviços e sua distribuição desigual, problema compartilhado entre os CAPS de uma forma geral. O cenário evidenciava também a necessidade de articulação da SMCA na RAPS, assim como com outros dispositivos do território. Também se mostrava necessário um maior comprometimento ético-político dos gestores locais e regionais (Macedo *et al.* 2018).

O trabalho com os usuários dos CAPSis também apresentou especificidades em relação ao público adulto pelo fato de crianças e adolescentes serem atravessados por diversas organizações características desta faixa etária, como a escola por exemplo. Além disso, é importante levar em consideração que transtornos psíquicos graves também implicam em dificuldades no desempenho funcional da rotina comum a essa etapa do desenvolvimento. A clínica na SMCA propõe que os serviços realizem ações não só técnicas, mas também de cunho social, propondo práticas que acolham, escutem e proporcionem um cuidado também no território. Os profissionais precisam levar em consideração os aspectos sociais destes sujeitos e suas relações familiares (Macedo *et al.* 2018).

Leitão, Constantinidis e Avellar (2019), no artigo “Produção de conhecimento sobre o CAPSi entre 2002 e 2017: revisão integrativa da literatura”, discutiram as principais questões que atravessaram o CAPSi no período. Os resultados obtidos por Leitão et al (2019) mostraram um cenário de conquistas e entraves persistentes, similares aos encontrados por Couto (2012). Os avanços citados pelos autores se referem:

- (i) às práticas de cuidado que buscam oferecer a condição de sujeitos às crianças e adolescentes, isto é, uma condição de protagonismo; (ii) à valorização e o compartilhamento do cuidado em Rede, e (iii) às representações sociais da saúde e saúde mental ligadas às noções de bem-estar e qualidade de vida (p. 196-197).

Já sobre os desafios enfrentados pelos CAPSis até 2017 foram:

Alto índice de demandas referentes a problemas de aprendizagem; crianças e adolescentes com necessidades decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas recebendo atendimentos em unidades destinadas aos adultos, como o CAPSad; falta de referências técnicas no que se refere ao atendimento de

crianças muito pequenas, assim como com usuários com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e psicoses; sobrecarga emocional dos cuidadores, especialmente em mães; desconhecimento da população sobre os serviços oferecidos pelos CAPSi, principalmente no que se refere às oficinas terapêuticas; pouco investimento em Apoio Matricial (p. 193).

As principais fontes de encaminhamento ao CAPSi identificadas na pesquisa foram, além das escolas, o Conselho Tutelar e as Unidades Básicas de Saúde. Pode ocorrer uma variação neste ponto a depender do território em que o serviço esteja situado, entretanto, os endereçamentos vindos da educação se mostraram predominantes. Sobre os encaminhamentos recebidos, os autores apontam que prevaleceram os relatos de que isto acontecia de forma desarticulada e que muitas vezes os serviços referiam usuários que não eram o público-alvo do CAPSi. Isto evidencia que o papel dessa unidade podia não estar sendo bem compreendido, dentro e fora da RAPS. Os pesquisadores apontavam como possíveis soluções que fosse mais amplamente discutido, de acordo com o proposto pela Política de Saúde Mental Infantojuvenil, quais eram as reais demandas do CAPSi, ou seja, quem de fato é seu público-alvo de atendimento. Outro debate importante de ser levantado era como se articular frente aos altos índices de encaminhamentos por queixas escolares e de conduta (Leitão *et al.* 2019). Já se sabe que os assuntos não foram discutidos em amplitude pois os Fóruns nacionais de SMCA pararam de acontecer em 2012.

Como comentado anteriormente no tópico 1.2 desta pesquisa, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil foi instituído em 2004 através da Portaria nº 1.608, de acordo com sua definição ele deveria ser um espaço intersetorial, que buscasse debater possíveis diretrizes para as políticas públicas específicas do público infantojuvenil (Brasil, 2004). No total ocorreram nove reuniões nacionais do Fórum de SMCA, além das regionais, onde foram produzidas três recomendações para fortalecer e aperfeiçoar a política pública da área, além das sínteses dos debates realizados em cada reunião. Alguns desses textos foram usados inclusive como referência na confecção deste capítulo (Brasil, 2005a; Brasil, 2014). O último Fórum nacional, realizado nos dias 12 e 13 de novembro de 2012 em Brasília (DF) é importante de ser citado neste momento pois discutiu uma temática pertinente, propondo-se a debater os “Desafios para o Campo da Infância e Juventude no Âmbito da RAPS”. Ele contou com a participação de instituições, membros e convidados incluindo os adolescentes e jovens, profissionais da saúde mental, gestores municipais e estaduais de saúde, promotores do MS e instituições universitárias e de defesa às crianças e adolescentes. O objetivo do encontro era qualificar o debate sobre a

RAPS e seus pontos de atenção, criando caminhos de ampliação de direitos e acessos às crianças e adolescentes. Os temas de mais relevo discutidos foram as questões relacionadas ao uso indiscriminado de psicofármacos, autismo e a preocupação com a institucionalização do público infantojuvenil com demandas relacionadas ao uso de drogas. Um mecanismo proposto para viabilizar a sustentabilidade dos CAPSi era de que se considerassem alguns critérios para acréscimo no financiamento.

Quanto ao financiamento dos serviços e se este foi suficiente para o fortalecimento da SMCA, é necessário levar em consideração que a Saúde Mental brasileira no geral enfrentou desafios e contradições nos últimos anos. A partir de 2016 a área passou por rupturas expressivas e progressivas com a RPb, que permaneceram até o momento da realização desta pesquisa de campo. Elas, contudo, não explicam os impasses da política de saúde mental no país à época e nem atualmente. Como dito, havia muitos pontos críticos na rede, sua organização e financiamento antes mesmo do golpe sobre a Presidenta Dilma Rousseff.

Reconhecer esse fato, entretanto, não exime os Governo Temer e Bolsonaro dos retrocessos produzidos. Sobre o resultado de seus governos, Desinstitute e Weber (2021), no documento chamado “Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01”, comentam:

Observa-se, no entanto, a tendência atual de fragilização da Rede, com uma importante diminuição na velocidade de implantação de CAPS, a partir de 2017. Destaca-se que 2018 é o ano com o menor número de habilitação de CAPS de toda a série histórica, com apenas 30 novos Centros habilitados. É também em 2018 que, pela primeira vez, o Ministério da Saúde suspende temporariamente o financiamento de custeio aos CAPS por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Assim, ainda que exista um crescimento constante em número absoluto de CAPS no país, há uma evidente fragilização da rede instalada nos últimos anos (p.8).

Em 2002 existiam 32 CAPSis, em 2015 este número saltou para 211, durante este período o Brasil se encontrava dentro de governos petistas. De 2016 em diante, dentro do governo Temer e Bolsonaro, o número subiu apenas para 278. Quando observado um panorama geral do crescimento dos Centros de Atenção Psicossocial de 2002 a 2020, as taxas de crescimento do CAPS I, Ad e CAPSi foram boas, respectivamente 857%, 778% e 768%. Especialmente a taxa de crescimento do CAPS I foi importante porque demonstrou uma interiorização dos serviços no Brasil, acompanhando a predominância de pequenos municípios. Embora a porcentagem do crescimento dos CAPSis e CAPS Ads tenham sido boas, elas não foram suficientes. Sobre a distribuição dos serviços para a infância e adolescência nas regiões brasileiras, no ano de 2020 o Centro-Oeste tinha 10

CAPSis, enquanto o Norte apresentava 14, o Nordeste 93, o Sul 75 e o Sudeste 166 (Desinstitute e Weber, 2021).

Os dados apresentados permitem concluir que a insuficiência de CAPSis e sua disposição desigual nas regiões brasileiras, pontos detectados por Couto (2012), Taño e Matsukura (2015), Fernandes e Matsukura (2016) e Braga e Oliveira (2019), ainda se apresentavam em 2020. Este é um dado negativo, visto que o déficit de serviços e sua má distribuição constituem dois dos porquês de o CAPSi não conseguir operar de forma eficiente.

Em 2020 Fernandes, Matsukura, Lussi, Ferigato e Morato escreveram o artigo “Reflexão sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil”, que discorre sobre a SMCA e aponta os principais empasses e desafios enfrentados pelo campo. As reflexões expostas convergiram com os dados de Taño e Matsukura (2015) afirmando que, até aquele momento, os estudos revelavam que a assistência à saúde mental infantojuvenil era defasada tanto quanti quanto qualitativamente, apresentando fragilidades na garantia do cuidado, culminando na impossibilidade de uma atenção integral e efetiva. Adicionalmente, os autores também problematizaram a maneira como a RAPS vinha configurando e sendo operacionalizada na prática cotidiana da SMCA, indicando que era necessário refletir sobre o assunto. Sobre a organização da RAPS e suas interferências na SMCA, os autores comentam:

Essa discussão se justifica quando se resgata o percurso histórico da constituição da RAPS, pois, apesar de ter sido pensada e estruturada considerando as demandas dos distintos grupos vulneráveis, a hipótese é a de que os parâmetros para a sua constituição descenderam, em sua maioria ou até integralmente, daquilo que se tinha enquanto modelo e filosofia de cuidado em saúde mental para a população adulta, justamente pelo percurso histórico de transformação da assistência e porque era somente para este segmento que existia algo estruturado, de fato (Fernandes *et al.* 2020, p.18).

Apesar da negligência denunciada, Fernandes *et al.* (2020) também destacaram a relevância que o serviço vinha conquistando, tornando-se fundamental para a população atendida; por isso, os autores afirmaram ser necessário pensar na ampliação das políticas públicas de garantia de direitos que levassem em consideração a complexidade e singularidade das crianças e adolescentes. Alguns serviços, como os da Atenção Básica, ainda apresentavam dificuldades no entendimento de que o trabalho com os usuários do CAPSi não deveria se restringir ao serviço, necessitando ser compartilhado com a saúde, educação, justiça e assistência. De acordo com os autores, o cenário demandava investimentos não só financeiros como coletivos e se mostrava necessária certa

persistência dos agentes deste trabalho. No artigo, os trabalhadores são destacados como a base e a sustentação das práticas e possuem importância quando se fala da implementação de qualquer inovação no âmbito da Atenção Psicossocial (Fernandes *et al.* 2019). Nesse contexto, parecia estar sendo desafiador para a maioria dos serviços incorporar práticas que desenvolvessem o protagonismo dos usuários do CAPSi no percurso de produção de saúde, onde eles conseguissem acessar e desenvolver suas subjetividades. Isso tudo já antes da pandemia de COVID-19.

Uma pesquisa que se propõe a discutir RAPS e SMCA sem levar em consideração o fator pandemia é a tese de doutorado de Alda Carla Alves, intitulada “A gestão de sofrimento psíquico infantojuvenil: uma pesquisa com a Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro” de 2023. A pesquisa é importante porque traz dados mais recentes de desafios persistentes nesta articulação. Apesar da pesquisa se referir apenas ao município do Rio de Janeiro, ela pode nos trazer pistas de possíveis desafios enfrentados pela SMCA de uma forma geral.

A pesquisa usou da metodologia qualitativa com a técnica de coleta de dados por meio de grupos focais realizados com equipes de trabalhadores de quatro CAPSis da rede de atenção psicossocial infantojuvenil. Os resultados evidenciaram que a noção de transtorno mental ainda era orientada pelo modelo biomédico onde muitos interpretavam que o tratamento em saúde mental é pautado em ações medicamentosas e na internação hospitalar. Apesar disso, os resultados da pesquisa de campo mostraram profissionais de saúde mental que tentavam fazer valer a dimensão do sujeito e seu sofrimento. Muitas vezes os profissionais também foram afetados pelo sofrimento encontrado, dando sinais de empatia em relação aos usuários e seu sofrimento social. Cabe destacar que a precariedade socioeconômica também era encontrada no corpo técnico, que se encontrava responsável por população maior que a prevista na Portaria nº 336/2002. É importante que seja olhado com atenção as condições socioeconômicas dos usuários atendidos, entretanto, a autora aponta que, de acordo com os dados encontrados pela pesquisa de campo, o sofrimento social acabou muitas vezes mascarando o sofrimento psíquico que, para ser validado, precisa ser nomeado como um transtorno, precipitando ações medicamentosas na infância e adolescência (Alves, 2023).

A análise da autora toca um tema central desta pesquisa, o processo de trabalho. Consideramos que a organização dos processos de trabalho no campo da saúde mental de crianças e adolescentes está articulada à Política de Saúde Mental, sendo resultado de todo o cenário de mudança descrito até aqui. Através dos dados obtidos, é possível

concluir que a articulação RAPS e CAPSi, de acordo com o proposto na Política de Saúde Mental Infantojuvenil, enfrentava obstáculos mesmo antes da pandemia de COVID-19, que reorganizou a vida e a sociedade em nível mundial. Alguns desses obstáculos eram a falta de conhecimento das equipes em relação ao CAPSi e seus usuários, a escassez de investimentos nos serviços, a dificuldade da prática da intersetorialidade, o predomínio do modelo biomédico e a dificuldade na compreensão da noção de sofrimento psíquico (Couto, 2012; Taño; Matsukura, 2015, Fernandes; Matsukura, 2016; Braga; Oliveira, 2019; Fernandes *et al.* 2020; Alves, 2023).

O modelo biomédico ainda é presente na SMCA e se mostra como um problema contundente também para o público adulto, evidenciando a necessidade de que a RPb tome novo impulso para voltar a avançar. Um dos modos pelos quais isso pode se dar é pela implicação dos gestores locais na realização de um trabalho ético e responsável, baseando-se nos princípios da Atenção Psicossocial.

A partir dos anos de 2020, 2021, 2022 e 2023 foi difícil encontrar textos que tratassem da Política de Saúde Mental Infantojuvenil sem levar em consideração a pandemia de COVID-19 como um impacto adicional e contundente, posteriormente no capítulo 3 tais textos serão discutidos. Entretanto, a próxima seção da pesquisa se dedicará a nomear o que são processos de trabalho em saúde, refletindo sobre a origem e o significado do termo, e buscará por pesquisas que comentam sobre como era desenvolvido o cotidiano de trabalho do CAPSi antes da pandemia de COVID-19. Este é um conteúdo importante de ser apreendido para que possamos entender quais possíveis desafios e avanços o CAPSi podia já estar enfrentando naquele contexto e as mudanças que se operaram a seguir.

1.4 Processo de trabalho em saúde.

É fundamental que se entenda o que são processos de trabalho na área da saúde antes que se dê seguimento ao estudo da política de Saúde Mental Infantojuvenil. Não seria possível interpretar os dados obtidos sem antes saber sobre o que se está procurando e, por isso, o tópico 1.3 buscará refletir amplamente sobre o que dizem as publicações nacionais sobre o processo de trabalho dentro do contexto dos CAPSis. Entretanto, antes será estudada a definição do termo na área da saúde, para que depois possamos debater sobre o seu significado dentro destes serviços estratégicos da saúde mental infantojuvenil. Tais definições ajudarão na elaboração do roteiro de perguntas, fazendo com que a busca

seja mais assertiva. E ainda, serão comparados aos dados obtidos na pesquisa de campo, buscando uma compreensão mais precisa sobre os impactos que a pandemia de COVID-19 deixou no trabalho realizado no CAPSi definido para o trabalho de campo.

É interessante perceber que o termo *processos de trabalho* no território brasileiro também acaba surgindo no contexto do fim da ditadura no país, demonstrando como o processo de democratização foi importante também para gerar conhecimento no campo da Saúde Coletiva. Campo este que faz emergir o termo na área da saúde através dos estudos de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1946-1996), um teórico que participou ativamente na construção da área da Saúde Coletiva dos anos 70 aos anos 90 (Ayres, 2014). A definição de processos de trabalho aqui apresentada extrai seus fundamentos do verbete "Processos de trabalho em saúde", encontrado no Dicionário da Educação Profissional em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)⁴.

Antes de trazer as obras de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves sobre o tema, é interessante trazer o contexto nacional e internacional que inspirou o autor e os autores citados por ele em suas pesquisas. O triplo-volume do livro "O Capital" foi uma obra bastante importante do arcabouço teórico produzido por Karl-Marx⁵ e que inspirou diversos autores a aprofundar seus estudos sobre o trabalho. Marx (1867/2015) no livro 1 de "O Capital", em seu quinto capítulo, intitulado *Processo de trabalho e processo de valorização*, define que este processo diz respeito a uma atividade que o homem opera para transformar um determinado objeto por meio de instrumentos. Existe um processo de produção destinado a uma finalidade, o produto. Marx também afirma que existem três componentes principais envolvidos, estes são: o trabalho (atividade que tem um fim), o objeto de trabalho (matéria que irá se aplicar o trabalho) e os instrumentos de trabalho. Outra referência é a brasileira Maria Cecília Ferro Donnangelo⁶, que nos anos de 1970 iniciou seus estudos sobre o mercado de trabalho em saúde. Maria Cecília Ferro Donnangelo usa estudos sociológicos (principalmente os de Marx e Foucault) que incluíam as questões subjetivas e rompiam com uma visão que não associava o modo como a prática médica operava com os aspectos relacionais dos seres humanos. Seus

⁴ O texto foi produzido pelas autores Marina Peduzzi e Lília Blima Schraiber e é encontrado no link: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>

⁵ Karl Marx (1818-1883) nasceu na Prússia e foi um importante filósofo, economista, historiador, sociólogo e teórico político.

⁶ Marília Cecília (1940-1983) nasceu em São Paulo e foi considerada uma das fundadoras do campo da Saúde Coletiva no Brasil (Nunes, 2007).

estudos tiveram desdobramentos importantes tanto no Brasil quanto na América Latina em todas as áreas profissionais da saúde.

No ano de 1975, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ricardo Bruno Mendes iniciou sua carreira em docência trabalhando com Maria Cecília Ferro Donnangelo e outros nomes da Saúde Coletiva no Brasil. Donnangelo acaba sendo alguém importante na trajetória acadêmica e profissional de Ricardo Bruno, que usa de suas obras como inspiração. Ricardo defende seu mestrado em 1970 e posteriormente o doutorado em 1986, e os dois textos se tornam livros publicados. Ele participava de diversos fóruns de construção acadêmica e política da Saúde Coletiva. Seus estudos foram iniciados na ditadura militar, no momento que emerge o movimento que dá início à Reforma Sanitária, tornando-o adepto a um modelo mais democrático e crítico para a saúde. Ele também acreditava que a medicina e todas as suas tecnologias eram práticas sociais que precisavam ser dirigidas por princípios éticos que respeitem os seres humanos. Assim, ele produz “Medicina e História” na sua pesquisa de mestrado usando o material de Maria Cecília Ferro Donnangelo e da filosofia marxiana. Posteriormente, com o material produzido em seu doutorado, surge uma reflexão sobre a “Organização Tecnológica do Trabalho” dentro das unidades básicas de São Paulo, que faz emergir a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde (Ayres, 2014).

Ricardo Bruno Mendes também desenvolveu outras produções textuais sobre o tema como “Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades”, de 1992, que surge a partir da ampliação de um texto anteriormente publicado em 1988. A obra conta com uma reflexão sócio-histórica sobre o termo processos de trabalho, identificando os modelos tecnológicos dos processos de trabalho em saúde. Estes por ordem histórica seriam: o do xamã, o do médico hipocrático, e a concomitância entre o modelo clínico e epidemiológico. Neste último, Ricardo Bruno Mendes traz uma visão inovadora sobre o tema que mescla as questões epidemiológicas da profissão e o aspecto clínico do trabalho realizado na saúde. A visão é inovadora para a época e leva em consideração que as práticas de saúde deveriam estar direcionadas às necessidades sociais (Mendes, 1992). Mendes (1992) argumenta que, no caso da saúde, quando pensamos em processos de trabalho, a clínica e a epidemiologia aparecem como polos de sentido relacionados aos processos de trabalho. As opiniões técnicas mais conservadoras acabam polarizando essas duas dimensões enquanto ele propõe que elas se integrem. Mendes tenta demonstrar a relação lógica entre os componentes dos processos de trabalho para indicar que estes elementos precisam estar alinhados para configurar um determinado processo de trabalho.

Os elementos seriam: o objeto do trabalho, seus instrumentos, a finalidade e os agentes, no caso, os próprios e diversos trabalhadores da área da saúde. No caso da saúde, o objeto que virá a ser transformado são as necessidades humanas de saúde, sobre as quais incide a ação do agente. Os instrumentos de trabalho são constituídos historicamente e ampliaram a capacidade das intervenções médicas. Tais instrumentos podem ser tanto materiais, como os materiais de consumo, quanto os não materiais, como os saberes que articulam os agentes e os materiais (Ayres, 2014; Mendes, 1992).

A obra precursora de Ricardo Bruno Mendes foi incorporada por outros autores que vão tratar do termo processos de trabalho no contexto do SUS. Após as publicações de Mendes, outro evento importante para os processos de trabalho em saúde no Brasil foi a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, conhecida também como HumanizaSUS. A PNH foi uma estratégia para tentar qualificar os processos de trabalho de saúde. Ela propôs que a produção de cuidado, gestão e criação de estratégias fossem elaboradas por gestores, usuários e profissionais da saúde (Brasil, 2013).

Os conceitos que norteiam o trabalho de acordo com a PNH são: o **acolhimento**, construído coletivamente a partir das análises dos processos de trabalho, objetivando alimentar os vínculos de confiança entre a equipe e os serviços parceiros e também dos usuários com sua rede socioafetiva, este acolhimento deve ser realizado através de uma escuta qualificada que atenda todos os usuários como prioridades avaliando o grau de vulnerabilidade, gravidade e risco que estão inseridos; uma **gestão participativa e cogestão** através de rodas de conversa para favorecer mudanças nas práticas de gestão e atenção, o termo cogestão inclui não só novos sujeitos participando dos processos de análise e decisão dos processos de trabalho, mas também, uma ampliação das tarefas de gestão a outros trabalhadores; a **ambiência** proporcionado espaços saudáveis e acolhedores, mudando os processos de trabalho e favorecendo o encontro entre as pessoas; uma **clínica ampliada e compartilhada** que considere a singularidade do sujeito permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento nas ações de saúde e seus danos, para colocar este norte em prática a PNH sugere o uso de recursos que enriqueçam os diagnósticos levando em consideração não só causas orgânicas mas também os afetos produzidos nas relações clínicas e a qualificação do diálogo entre os profissionais e destes com os usuários, possibilitando decisões compartilhadas que atinjam a finalidade de gerar autonomia e saúde aos usuários do SUS; **valorização dos trabalhadores** assegurando sua participação nos espaços coletivos de gestão apostando na capacidade dos profissionais de qualificar seus próprios processos de trabalho; e por último a **defesa dos**

direitos dos usuários fazendo com que seja também da alçada desses profissionais informarem seus usuários e familiares sobre seus direitos fundamentais, assegurando que estes sejam cumpridos desde o momento de sua recepção até a alta.

Por meio de cursos e oficinas de formação/intervenção e a partir da discussão dos processos de trabalho, as diretrizes e dispositivos da PNH são vivenciados e reinventados no cotidiano dos serviços de saúde. Em todo o Brasil, os trabalhadores são formados técnica e politicamente e reconhecidos como multiplicadores e apoiadores da PNH, pois são os construtores de novas realidades em saúde e poderão se tornar os futuros formadores da PNH em suas localidades (Brasil, 2013, p. 13).

Ou seja, a Política de Humanização que deve reger os processos de trabalho de saúde mental para ser atualizada e posta em continuidade precisa dos trabalhadores transformando suas prescrições em ações, para que assim, ela possa ser atualizada ou repaginada quando necessário. Em seu encerramento, o texto da PNH sublinha a ligação direta entre a formação dos profissionais e as intervenções que são realizadas no trabalho e ressalta que esta política investe em materiais acessíveis de formação, como cartilhas e documentos bases disponíveis online no portal do Ministério da Saúde (Brasil, 2013).

O livro “Processo de trabalho em saúde”, escrito por Faria, Werneck e Santos de 2009, disponível online, é um exemplo de material desenvolvido para aperfeiçoar os processos de trabalho em saúde no Brasil após o estabelecimento da PNH. Ele foi uma produção apoiada por diversos setores importantes da sociedade como o Ministério da Saúde, Educação e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). No primeiro momento os autores trazem uma definição mais genérica de processos de trabalho como atividades de cunho profissional, ou também, os modos como se realizará um determinado trabalho. Quanto mais complexo e menos sistematizado o trabalho for, mais difícil pode ser refletir sobre ele. Dada essa dificuldade, é importante que os profissionais tenham espaço para desenvolverem suas habilidades, o que afetará a escolha dos instrumentos que deverão ser utilizados e que podem se transformar quando necessário. Observamos na definição trazida por Faria *et al.*, as ideias seminais de Karl Marx:

(...) pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade (Faria *et al.* 2009 p. 21).

No contexto da saúde, processos de trabalho se realizam buscando atingir finalidades previamente determinadas que regem e definem critérios ou parâmetros de ação. Seus objetivos determinarão o produto específico de cada processo. Seu produto deve buscar responder às necessidades ou expectativas que acabam sendo determinadas ou condicionadas pela história da sociedade. Escolher ou estabelecer os fins que um processo de trabalho adotará é uma atividade de crucial importância que deveria envolver uma gama de trabalhadores pois são eles que o realizam diariamente. Entretanto, o que é visto nas instituições de todo tipo é a hierarquia institucional como determinante para tirar do trabalhador o poder de decisão. Este ponto toca em uma grande questão social de como a sociedade, de forma geral, estabelece suas relações de poder (Faria *et al.* 2009). Por isso que movimentos como a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária brasileira foram importantes, pois os próprios trabalhadores dos serviços envolvidos eram os agentes destas reformas. A partir de uma denúncia dos mesmos foi transformado toda a finalidade dos seus processos de trabalho com vistas a se tornarem alinhados às particularidades de cada um dos usuários de seus múltiplos serviços.

Retomando ao ponto anterior, processos de trabalho para além de terem uma finalidade, objetivo e um produto específico também envolvem meios que serão destinados a uma condição particular de cada instituição, que também afetará o modo como tais processos irão operar. O objeto, ou seja, sua matéria, condição ou estado sobre o qual se exercerá a ação do trabalho também se dá em condições determinadas. O objeto de um trabalho pode ser um elemento físico, biológico ou até mesmo simbólico, por exemplo, subjetividades ou complexos sociais (Faria *et al.* 2009). Para uma melhor compreensão dos termos colocados, segue uma citação de Faria *et al.* 2009 que esclarece sobre a definição de objetos e objetivos de um processo de trabalho:

O uso do termo “objeto” na análise técnica de processos de trabalho, algumas vezes, é feito no sentido do fim ou da meta do processo. Aqui utilizamos o termo “objetivo” nesse sentido e reservamos ao termo “objeto” o significado de matéria, condição ou estado sobre o qual se exerce a atividade produtiva (ação) no sentido de sua transformação. (p. 23)

Dependendo da perspectiva que se analisa, os agentes destes processos podem ser um indivíduo, equipe, instituição ou uma sociedade. Sua execução realiza-se, principalmente, dentro de uma organização social ou instituição que se direciona a um determinado fim. Processos de trabalho para além de terem objetivos técnicos com finalidade imediata também acabam almejando objetivos existenciais e sociais, claros ou não aos seus agentes. Não só as potencialidades e expectativas individuais dos sujeitos

permeiam esses objetivos existenciais, mas também, as relações interpessoais dessas equipes. Em resumo, a produção dos processos de trabalho é de criação humana e envolve um objetivo técnico ou finalidade, meios e condições para realização dos mesmos, agentes ou sujeitos que o realizam, e por fim, objetivos existenciais ou sociais (Faria *et al.* 2009).

Um exemplo clássico é aquele das empresas privadas dentro das relações sociais capitalistas. Nessas condições, as instituições sempre têm como objetivo final não apenas a fabricação de um produto, mas também, produzir certo volume ou percentual de lucro ou conquistar certa posição no mercado. A realização de seus produtos ou serviços, é de fato, meio para atingirem tal fim. Do mesmo modo, dentro das instituições públicas por meio das quais se realizam, por exemplo, os serviços públicos de saúde e educação no Brasil, há objetivos de interesse dos representantes políticos, tais como a conquista e a manutenção de posições de poder nos diversos níveis institucionais: local, municipal, regional, estadual e nacional. (Faria *et al.* 2009, p. 25).

Introduzindo a reflexão sobre processos de trabalho com características particulares, temos os que envolvem a prestação de algum serviço. O que mais se imagina neste caso como produto é a modificação de matérias-primas para se resultar em objetos de consumo, o que acontece nos processos ligados à produção de bens. Entretanto, nos casos em que os consumidores do serviço acabam participando também como os agentes do processo de trabalho e, em alguma dimensão, também são o objeto pelo qual o processo de trabalho vai operar, a situação se apresenta com um outro grau de complexidade. Este é o caso dos processos de trabalho em saúde ou da educação, por exemplo. De forma mais intensa quando comparado a outros processos em geral, os agentes de saúde são diretamente modificados quando operacionalizam uma ação dentro de suas atividades e também pelo resultado que vai ser obtido. Processos de trabalho em saúde acabam sendo baseados em relações interpessoais que envolvem o prestador do serviço e seus usuários:

Ao prestarmos assistência a uma pessoa vítima de agressão, a nossa intervenção pretende provocar mudanças nessa pessoa no sentido de sua recuperação. Ao mesmo tempo, esse trabalho provoca transformações em nós mesmos. Solidarizamos-nos com a vítima, indignamos-nos com a agressão, aprendemos cada dia com cada situação que enfrentamos como profissional e cidadão. Nesse caso, o processo de trabalho é, necessariamente, um momento privilegiado e intenso na formação da subjetividade desse usuário e cliente. O profissional não pode estar alheio a essa dimensão de seu trabalho. Por um lado, porque ela é um de seus objetivos centrais e, por outro, porque a sua própria subjetividade também se forma e se transforma durante esse processo. (Faria *et al.* 2009, p. 31-32)

Os autores reafirmam que os processos de trabalho em saúde não se destinam a bens de consumo mas sim à uma prestação de serviços que envolve os usuários, que são objetos do processo de trabalho ao mesmo tempo que se constituem como agentes. Esta relação descrita também se aplica ao CAPSi, que precisa tecer formas de tomar os usuários como protagonistas na construção de seus próprios processos de trabalho e, junto disso, elaborar uma relação com os responsáveis, que também vão acabar se constituindo como agentes e objetos de determinadas práticas de trabalho. Pensar nas particularidades que o CAPSi denota nesta dupla-relação traz uma complexidade ao campo da saúde mental infantojuvenil, tornando necessário uma revisão mais direcionada. Na próxima seção, serão apresentados artigos que discutem o termo processos de trabalho e CAPSis, mas ainda sem colocar o fator pandemia de COVID-19 em evidência.

1.5 Processos de trabalho para o CAPSi

De início, é importante retomar que de acordo com a Portaria GM/MS nº 336 de 2002, o CAPSi possui um duplo mandato: terapêutico e gestor. A organização desses serviços deve se dar por meio de equipes com profissionais de diversos tipos de especialização mantendo relações horizontais. Um dispositivo como o CAPSi deve ter como finalidade diminuir os processos de institucionalização e promover o exercício do direito à convivência familiar e social agindo de forma territorial. É de prioridade desses serviços o atendimento de crianças e jovens que possuam prejuízos psicossociais graves em seu modo de socialização que possam causar prejuízos na inclusão escolar, familiar e comunitária (Taño; Matsukura, 2015). Neste sentido, observamos que o CAPSi orienta seus processos de trabalho na mesma direção do que está proposto para a Rede de Atenção Psicossocial, ou seja, para que se possa mudar o lugar da loucura na sociedade, precisando levar em conta as necessidades do local em que está situado. Encontra-se dentro de suas responsabilidades o atendimento regular de um certo número de pacientes e de seus familiares sob regimes diferenciados, com um diverso elenco de propostas terapêuticas (que serão os meios/instrumentos pelos quais os processos de trabalho vão agir) para abranger a realidade de seus usuários e familiares. Além disso, o trabalho precisa se dar em conjunto com a equipe de profissionais e a família do usuário buscando os dispositivos parceiros que possam favorecer essa construção (Braga; d'Oliveira, 2019).

É razoável considerar que uma complexidade permeia os processos de trabalho das equipes dos CAPSis, mesmo antes da pandemia de COVID-19, não sendo este o único

imprevisto de trabalho que a equipe entrevistada precisou lidar nos últimos anos. Produções textuais anteriores à crise pandêmica já apontavam algumas das adversidades que os processos de trabalho do CAPSi poderiam estar enfrentando no cotidiano desses serviços (Couto *et al.* 2008; Couto, 2012; Almeida, 2019; Jucá, 2019; Lima; Guimarães, 2019). Os itens anteriores do capítulo 1 buscaram trazer ao leitor um entendimento sobre a construção histórica dos processos de trabalho da saúde mental infantojuvenil e de qual era o trabalho prescrito para esses serviços até o ano de 2019, assim como, o que se entende como processos de trabalho para a área da saúde. Antes de finalizarmos, tentaremos apreender como o trabalho estava sendo realizado no cotidiano desses serviços. O que diziam os agentes/objetos sobre os processos de trabalho que estavam sendo feitos? O que as pesquisas acadêmicas discutiam sobre o tema? É importante destacar que em relação ao tema processos de trabalho e CAPSi, foi notada uma escassez de estudos que se destinam ao CAPSi quando comparado aos serviços para adultos.

O artigo “Percepções sobre o Processo de Trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil”, produzido por Belotti, Quintanilha, Tristão, Neto e Avellar (2017) buscou analisar a percepção dos agentes de saúde sobre seus processos e o consequente produto oferecido também em uma situação adversa, ainda que tenha sido de uma outra natureza. O serviço em questão estava diante de uma fusão de um CAPS ADi (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Infantojuvenil) com um CAPSi e tinha como território a região sudeste, e os resultados tratam dos efeitos dessa fusão e dos processos de trabalho que reagiram a isto. A pesquisa é de método qualitativo e usou 2 grupos focais para entrevistar uma equipe de 11 profissionais (4 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 técnico de enfermagem, 2 terapeutas ocupacionais, 1 médico e 1 educador físico). Os resultados indicaram que os profissionais não planejaram as ações de unificação, o que resultou em perdas no trabalho que estava sendo oferecido. As equipes encontravam-se divididas entre profissionais trabalhando com as crianças com transtornos graves versus os focados no trabalho com jovens usuários de álcool e drogas, ou seja, não ocorria uma construção em equipe de práticas unificadas. Esta pesquisa corrobora o quanto a relação entre as equipes também pode ser um fator que vai incidir sobre a qualidade dos processos de trabalho (Faria *et al.* 2009). Na conclusão, Belotti *et al.* (2017) comentam como a construção de espaços de debate para esses profissionais poderia ter sido importante para diminuir os danos nos processos de trabalho diante deste momento adverso.

(...) pondera-se que as dificuldades identificadas no processo de trabalho do serviço estudado poderiam ter sido amenizadas se os diferentes sujeitos implicados com a produção de cuidado estivessem envolvidos nas discussões relacionadas a fusão dos serviços; ou seja, se em vez de uma postura verticalizada, tivessem sido criados espaços que favorecessem a problematização do processo de trabalho diante de uma nova possibilidade de realidade institucional (Belotti *et al.* 2017, p. 1556).

O artigo intitulado “Processos de trabalho e sofrimento institucional em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: uma pesquisa intervenção junto a trabalhadores”, publicado por Bustamante e Onocko-Campos em 2022, teve por objetivo colocar em foco os processos de trabalho e sua relação com o sofrimento institucional, na perspectiva de René Kães. O artigo traz informações importantes sobre os processos de trabalho do CAPSi, e mesmo tendo sido publicado em 2022 não traz considerações sobre a pandemia de COVID-19. A pesquisa-intervenção foi realizada sob a forma de curso de extensão, disponibilizado a todos os trabalhadores de 4 CAPSis de um município de grande porte do sudeste brasileiro. Foram 5 meses de curso que totalizaram 11 encontros, e dentro dos participantes se encontravam 15 mulheres e 2 homens. As autoras trazem relatos dos participantes quanto às limitações das condições de trabalho e de como isso fere os objetivos existenciais e técnicos dos processos de trabalho, trazendo sofrimento aos trabalhadores e afetando o produto final ao qual os processos de trabalho se destinam.

Os participantes relataram limitações nas condições de trabalho, que marcam o processo de trabalho e geram sofrimento. Algumas dificuldades materiais relatadas foram: espaço físico não adequado às necessidades dos serviços, falta de materiais (como mobília, brinquedos etc.), quantidade insuficiente de refeições para usuários, acesso insuficiente a transporte para realizar atividades no território. Todos os serviços relatam que vem acontecendo uma diminuição do tamanho das equipes, inclusive com demissões não justificadas, apesar do crescente número de usuários. Por conseguinte, em alguns serviços é muito elevado o número de usuários por técnico de referência (Bustamante; Onocko-Campos. 2022, p. 436-437).

Os trabalhadores também trouxeram em seus relatos a sensação de estarem expostos a riscos de situações violentas, comentando que frequentemente precisam lidar com eventos de violência vindos dos usuários. Por eles até então isto não era compreendido como um acidente dentro do meio de trabalho, assim como tal problemática também não era reconhecida pelas esferas gestoras centrais do serviço por medo dos trabalhadores de fazerem uma devida notificação. Por unanimidade, os instrumentos comuns a todos os CAPSis foram os atendimentos individuais e em grupo e as ações no território. A estratégia de um dispositivo de ambiência no cotidiano dos

serviços foi um outro meio interessante apresentado por alguns dos CAPSis estudados (Bustamante; Onocko-Campos, 2022).

Os grupos de ambiência são descritos pelas autoras como um dispositivo de convivência onde são definidos diferentes turnos de equipes de 2 a 3 trabalhadores responsáveis de acompanhar o que acontece nos serviços, disponíveis também para receber os usuários que chegam, de maneira tanto programada quanto improvisada. Fica a cargo das equipes de ambiência brincar com as crianças e os adolescentes, dialogar com a família do usuário, conter episódios de crise, receber àqueles que chegam de forma não planejada e dar informações a quem liga para o serviço (Bustamante; Onocko-Campos, 2022). A pesquisa-intervenção também pôde aferir como é valorizado pelos trabalhadores espaços em que eles discutem e analisam seus processos de trabalho, corroborando as conclusões de Belotti *et al* (2017). Apesar de reconhecer o valor da transmissão de conhecimento, os trabalhadores evidenciam um cenário de muitas condutas individuais, onde existem poucas informações compartilhadas. As pesquisadoras observam o quanto isso é ruim, pois leva a uma culpabilização errada dos profissionais de referência quando o processo de trabalho aplicado não funciona com algum usuário. A falta de tempo era um outro contratempo e junto da alta da alta demanda, impedia que eles realizassem esses turnos de ambiência. Existiam alguns profissionais que consideravam as atividades realizadas por estas equipes como um ato recreativo e não compreendiam esta como uma tarefa de um profissional da saúde mental, mostrando que a aderência à proposta sofria resistência. O sofrimento dos profissionais também estavam relacionados às questões trazidas pelos usuários e seus familiares, em um contexto de intensa vulnerabilidade socioeconômica (Bustamante; Onocko-Campos, 2022).

Os quatro serviços relataram uma crise que atingiu a rede e os serviços. Também foi comentado pelos profissionais muito tempo gasto em atividades que não tem a ver com a assistência, como a necessidade de se preencher inúmeros formulários burocráticos; a ausência de recursos e uma diminuição das equipes com demissões inesperadas. As autoras destacam que diferente de outros estudos, o despreparo técnico não foi predominante entre os trabalhadores, a não ser quando pensamos nos temas das relações raciais e de gênero, o que evidencia uma necessidade de que a instituição abrisse espaços de discussão de formação permanente sobre o assunto entre as equipes (Bustamante; Onocko-Campos, 2022).

A dissertação de mestrado de Bruna Lídia Taño intitulada “Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis e as práticas de cuidado para as crianças e

adolescentes em intenso sofrimento psíquico”, do ano de 2014, também trouxe considerações importantes acerca do tema processos de trabalho e CAPSi. O estudo teve como objetivo identificar as práticas de cuidado desenvolvidas nos CAPSis usando o olhar dos trabalhadores técnicos e dos responsáveis dos usuários. Os participantes foram 17 técnicos e 16 responsáveis de quatro CAPSis, onde três eram da Grande São Paulo e um do interior do mesmo estado. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e preenchidas fichas de identificação para caracterizar os CAPSis e as crianças/adolescentes aos seus familiares que participaram do estudo. No capítulo 5 da dissertação, ao caracterizar os CAPSis participantes da pesquisa de campo, a autora coloca em evidência um interessante debate sobre a gestão administrativa dos CAPSis estudados e os impactos que podem ser encontrados nos processos de trabalho.

Entende-se que esta modalidade de gestão dos serviços públicos de saúde estaria mais próxima da lógica atual de mercado, em especial no campo dos recursos humanos, em que há maior flexibilização das relações de trabalho, como contratação e descontração, o que, em tese, favoreciam uma melhor organização e eficiência dos equipamentos, tendo em vista que nos serviços onde há administração pública direta há pouco controle sobre os processos de trabalho e de composição do quadro de funcionários (Taño, 2014, p. 61)

Apesar de o CAPSi ser um serviço público municipal, Taño (2014) aponta que no estado de São Paulo metade dos serviços são administrados pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS). Por definição, as OSS são entidades de gestão privada sem fins lucrativos que prestam o serviço através de Contratos de Gestão por definição de metas, possibilitando criar respostas ágeis dos trabalhadores. Esta modalidade de gestão favorece uma flexibilidade das relações de trabalho, trazendo uma maior rotatividade de contratações e demissões, isto pode, de acordo com os defensores desta modalidade de gestão, favorecer uma melhor organização dos equipamentos. Entretanto, existem pesquisadores e trabalhadores que apontam diversos pontos negativos sobre este formato de gestão. De acordo com Taño (2014), naquela época, o grupo contrário era uma maioria dentro dos conselhos de saúde das três esferas do governo e das organizações de trabalhadores da área. Os pesquisadores contrários afirmam que existiam poucos recursos do Estado para realizar avaliações coerentes em relação aos Contratos de Gestão, o que não favorecia a construção de processos de trabalho de qualidade. Também é comentado sobre a importância de uma autonomia sólida das coordenações, ou seja, plenamente pública, pois as políticas de saúde e suas normas, que orientam os processos de trabalho, são produzidas por entidades e órgãos públicos, seguindo as diretrizes e princípios do

SUS. Tal dualidade traz o questionamento se não existe um conflito de interesse entre as lógicas privadas de gestão de pessoas, que representam as OSS, com as intervenções propostas para o trabalho pelo SUS e sua política para a saúde mental. Cabe destacar que a administração dos CAPSis brasileiros pode variar de acordo com as políticas locais e regionais, não sendo algo uniforme em todo o território nacional (Taño, 2014).

Este debate parece ter sido interessante para Taño (2014) porque existia uma diferença no formato administrativo dos CAPSis estudados por sua pesquisa de campo: um era administrado pelo Convênio Cogestão Prefeitura e OSS, outro apenas por uma OSS e os outros dois restantes por administração pública direta da prefeitura regional. Sobre o debate do formato administrativo dos CAPSis e suas relações com os processos de trabalho, Taño (2014) aponta que conseguiu chegar a poucas conclusões.

Os dados ora obtidos por meio das fichas de identificação dos serviços, revelam que os serviços, mesmo com formas de gestão distintas possuem questões semelhantes de funcionamento e estrutura, à exceção apenas do padrão de lotação dos CAPSis, em que as unidades geridas por OSS contam com maior número de profissionais. Outros dados que poderiam contemplar uma maior reflexão acerca das diferenças administrativas nos serviços públicos, não foram completados pelos gestores das unidades estudadas, o que dificulta outras formas de análise dos processos de trabalho neste estudo (Taño, 2014, p. 63).

Apesar de poucas as conclusões tiradas, a autora pondera que um quadro maior de funcionários pode afetar nas possibilidades de intervenções entre os CAPSis estudados. As justificativas a favor das OSS, como respostas mais ágeis às necessidades da população, não foram encontradas nos resultados da pesquisa, o que evidencia uma incongruência nesta proposta administrativa. Ainda sobre o tema processos de trabalho e CAPSi, a dissertação de Taño (2014) apresenta quais eram as sugestões dos funcionários técnicos dos serviços para melhorar o trabalho realizado. A autora divide as sugestões encontradas em dois campos, processos de trabalho e o cuidado realizado pelos profissionais. As melhorias propostas aos processos de trabalho de acordo com os trabalhadores técnicos foram: supervisões clínicas e formação dos profissionais, coletivização e compartilhamento das intervenções, espaços de cuidado para a equipe, processos de contratação e estímulos aos profissionais. Já as sugestões para o campo do cuidado comentadas pelos trabalhadores técnicos foram: organização do trabalho, atenção às famílias, visitas domiciliares e uma busca ativa e controle social. Apesar da divisão proposta em duas dimensões, a autora considera que não podem ser avaliadas ou discutidas separadamente, pois no trabalho do CAPSi, a gestão dos serviços e a oferta assistencial são pontos inseparáveis um do outro.

Fica evidente que as melhorias sugeridas para o que Taño (2014) definiu como sendo dos processos de trabalho perpassa diretamente os profissionais. Observamos que os profissionais também são tomados na posição de objetos destas melhorias quando fica proposto um cuidado também da equipe, o que vai ao encontro da proposição formulada por Faria *et al.* (2009). Taño (2014) comenta que existiam impasses importantes nas dinâmicas de trabalho dos CAPSis estudados que somado às agendas lotadas impedia a aplicação de novos modos de cuidado.

Não basta, destarte, perceber que o cuidado oferecido pode estar fundado ainda em paradigmas que se relacionam com o modo manicomial de atenção aos sujeitos. Pelo que se evidencia, o que é proposto enquanto dinâmica de organização do trabalho para os próprios trabalhadores torna o fazer manicomial. Estar submetido a atendimentos já predefinidos, responder a mecanismos que cobram determinada produção, não encontrar espaço para produzir momentos de convivência com os usuários interdita toda possibilidade criativa dos trabalhadores como ainda deixa sob risco a importante capacidade empática para o trabalho clínico-político em saúde mental (Taño, 2014, p. 154)

A forma intrínseca de como a oferta do cuidado está relacionada ao que a autora dividiu separadamente como processos de trabalho é corroborada pela citação direta acima. O fazer manicomial parecia ainda estar presente em todos os campos dos processos de trabalho: instrumentos/meios, objetivos, finalidades e agentes/objetos. Não só as práticas direcionadas aos usuários e familiares estavam impregnadas com as ideias manicomiais, a própria dinâmica sob a qual o trabalho estava organizado também refletia esses mesmos ideais adoecedores. Taño (2014) conclui que as possibilidades criativas dos trabalhadores estavam ameaçadas e isso estava fazendo o trabalho ter como produto sofrimento, tanto para quem ele se direciona quanto para quem o realiza. Espaços de cuidado a estes agentes se mostraram importantes pois poderiam os ajudar no enfrentamento das situações inusitadas também detectadas pelos trabalhadores técnicos, como o endurecimento do cotidiano, a sobrecarga de trabalho e o sentimento de impotência. Sobre o que poderia ajudar a driblar tais situações inusitadas, Taño (2014) traz na página 155 de seu texto uma citação direta de Merhy:

(...) arranjos que desloquem, mas os recolque, do fazer cotidiano que lhes consome em vida e em ato, como se fosse um ser antropofágico. Situação não difícil de entender em processos de trabalho que se alimentam do trabalho vivo em ato, como qualquer agir em saúde (Merhy, 2007b, *apud* Taño, 2014, p.155)

De acordo com Taño (2014), Merhy em 2007 também sugere a criação de espaços de formação permanente para os técnicos dos CAPS, reforçando a importância da sugestão proposta pelos entrevistados em sua dissertação. Enquanto uma ideia prescrita aos processos de trabalho do CAPSi, a abertura de espaços para os profissionais trocarem sobre suas práticas de trabalho pode parecer uma estratégia fácil de ser executada. Mas até aqui, é possível concluir que tais espaços de formação não foram viabilizados na prática e isso estava trazendo uma série de prejuízos aos processos de trabalho dos CAPSis. Estes espaços não devem ser confundidos com os de supervisão clínica, pois o intuito é de que os trabalhadores possam conversar entre si sobre os eventos tristes, difíceis contando com a possibilidade de acolhimento mútuo entre os próprios profissionais (Taño, 2014).

Antes de finalizarmos o capítulo 1, é interessante comentar sobre outra dissertação de mestrado que também trouxe considerações importantes sobre o tema CAPSi e processos de trabalho. Aline Castro Basílio de Souza, no ano de 2021, produziu a dissertação de mestrado intitulada “O encontro intersubjetivo e a construção de práticas de cuidado: a perspectiva dos profissionais de um CAPSi da Baixada Fluminense”. O estudo objetivou investigar como as práticas de cuidado são construídas em um CAPSi da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro, a partir da imprevisibilidade do encontro entre os sujeitos envolvidos na prática clínica. Esta pesquisa é interessante por tecer comentários sobre os processos de trabalho do CAPSi usando da perspectiva dos profissionais e por trazer dados sobre o tema dentro do território da Baixada Fluminense, que será também território da pesquisa de campo desta pesquisa. A metodologia é qualitativa e inclui pesquisa bibliográfica e trabalho de campo. Este último contou com entrevistas semiestruturadas com 5 profissionais de saúde de um serviço da região e a construção de um diário de campo.

Os processos de trabalho em saúde vão além de executar tarefas, mas precisam considerar a subjetividade de cada envolvido nesta relação, tanto usuário quanto profissional (Souza, 2021). Uma consequência desta complexidade para Souza (2021) é o fato de que o trabalho realizado é imprevisível e precisa contar com flexibilidade. Além disso, a autora destaca também ser necessário que os profissionais desenvolvam suas capacidades, para quando necessário, reinventar práticas usando de sua própria criatividade. Souza (2021) comenta apoiada em Barros e Barros (2010) que é no encontro que as mudanças nos processos de trabalho acontecem. Além de parte da bibliografia de Souza (2021) ressaltar a importância da criação de espaços de diálogo entre os

trabalhadores, os resultados da pesquisa de campo de sua dissertação também acabaram reforçando esta necessidade, nos mostrando que mesmo depois de algum tempo da proposição da PNH muitos de seus nortes ainda não se faziam efetivos nos processos de trabalho de, pelo menos, um CAPSi da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro.

No capítulo 3, ao trazer a perspectiva dos profissionais em relação à equipe e ao enfrentamento das dificuldades, Souza (2021) detecta não existir nenhum tipo de educação permanente nos relatos dos profissionais entrevistados. O que também foi encontrado são apenas ações individualizadas, sem incentivo institucional, que são insuficientes e sobrecarregam os profissionais. Também é destacada pela autora a preconização do saber médico em detrimento de outros saberes nas falas dos profissionais, norte preconizado pelo discurso manicomial, o que prejudica os trabalhadores de atenderem a finalidade dos processos de trabalho do CAPSi. Souza (2021) reafirma a necessidade da criação de espaços de reflexão sobre formações acadêmicas e práticas de saúde mental, também colocada pelas pesquisas anteriores, e mostra ainda ser necessário combater processos de trabalho que geram sofrimento, tanto a usuários com a propagação do discurso manicomial, quanto aos profissionais com vínculos empregatícios incertos que os fazem sofrer a incerteza do desemprego (Souza, 2021).

Pelo menos três (Bustamante; Onocko-Campos, 2022; Taño, 2014; Souza, 2021) das quatro pesquisas expostas neste item comentam sobre vínculos empregatícios incertos que impactam os processos de trabalho ao trazer angústia e medo a um de seus agentes, os profissionais. Isto corrobora a hipótese levantada por Taño (2014) de que o tipo de gestão administrativa encontrada no CAPSi impacta os processos de trabalho. É consenso em todas as pesquisas que a reinvenção das práticas só é possível quando existe espaço de compartilhamento de ideias entre os profissionais. Ou seja, um ambiente de confiança dentro da equipe é importante para se criar processos de trabalho mais elaborados. Todos os textos que abordaram o tema investigado neste item apoiaram esse norte indicado na PNH, embora a prática demonstre a não efetividade desta ação nos processos de trabalho de alguns CAPSis brasileiros.

Um outro aspecto que se mostrou relevante, quando levamos em consideração os processos de trabalho do CAPSi através dos textos expostos, é o enfrentamento do sofrimento gerado pelo trabalho. Existiam serviços que já estavam precarizados devida a falta de recursos materiais e humanos, a sobrecarga de demandas, a burocracia excessiva, a violência cotidiana e as dificuldades de articulação entre os serviços e até mesmo dentro

da própria equipe. O sofrimento institucional pode gerar desgaste físico e emocional nos profissionais, comprometendo a qualidade do cuidado prestado aos usuários (Bustamante; Onocko-Campos, 2022).

Em suma, os processos de trabalho até aqui apresentados são marcados por desafios e possibilidades que exigem dos profissionais uma postura ética, crítica e criativa. É preciso reconhecer a complexidade do campo da saúde mental infantojuvenil e buscar constantemente o aprimoramento das práticas profissionais quando pensamos sobre este tema em diversos contextos que o trabalho do CAPSi pode precisar de adequar. Cabe destacar, que o conteúdo dos textos corroboram o ponto afirmado por Mendes (1992) de que os instrumentos de trabalho são determinados através da história de sua construção e vão ampliando a capacidade das intervenções com o tempo. Ainda hoje, o que deveria ser considerado como um processo de trabalho ético e responsável tem que estar baseado nos ideais da RPb, assim como, se alinhar à Política de Saúde Mental Infantojuvenil e suas atualizações. Parece que o enfrentamento do discurso antimanicomial se fazia presente antes da pandemia de COVID-19, em um tempo não tão distante, acompanhando os ataques à Política de Saúde Mental a partir de 2015. A profundidade com que o discurso manicomial estava enraizado dentro desses serviços parecia estar tornando os processos de trabalho algo também adoecedor aos profissionais, não mais só aos usuários e suas famílias.

Fica o questionamento de como a equipe do CAPSi que virá a ser estudado se comportou no momento único que foi a pandemia de COVID-19, que exigiu uma série de alterações em seus processos de trabalho; e se houve material adequado e espaço de transmissão de conhecimento que tenha orientado os processos de trabalho durante os anos de 2020, 2021, 2022 e 2023 e suas necessárias alterações. A abertura de espaços com orientações pertinentes também foi destacada por Faria *et al.* 2009 como um meio de melhorar os processos de trabalho. Por isso, acreditamos que este pode ter sido um ponto importante ao trabalho em meio a pandemia de COVID-19 que cabe ser investigado na pesquisa de campo.

Para que seja entendido melhor o cenário ao qual o CAPSi estudado precisou adequar seus processos de trabalho, o próximo capítulo da pesquisa introduziu mais detalhadamente a pandemia de COVID-19 e o cenário da saúde mental que se desenrolou a partir dela. Podemos supor que existiram atravessamentos específicos deste episódio nos processos de trabalho dos CAPSis, e cabe a nós refletir sobre quais foram e como se aplica dado o contexto socioeconômico do território da Baixada Fluminense.

CAPÍTULO 2 - PANDEMIA DE COVID-19 E A REDE DE SAÚDE MENTAL

2.1 Cenário pandêmico e saúde mental da população

O coronavírus é um vírus de RNA que tem o reconhecimento da comunidade científica desde 1937. Ele é conhecido por ser um vírus que causa uma doença infecciosa que pode ocasionar síndromes respiratórias agudas (ANVISA, 2020). Em fevereiro de 2020, ele chegou ao Brasil, com o primeiro caso confirmado oficialmente. No mês seguinte, a OMS declarou situação de pandemia, como noticiado pelo site do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) em 11 de março de 2020⁷. O termo pandemia foi adotado pela OMS devido à rápida disseminação geográfica do vírus e, quando usado, descreve uma situação infecciosa que representa uma ameaça mundial simultaneamente.

As principais formas de contágio do vírus ocorrem através de gotículas de saliva, espirro, tosse, contatos pessoais próximos – onde se tenha toque ou aperto de mão - e contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos. O vírus sobrevive em superfícies contaminadas, sendo essencial uma correta higienização após o contato com superfícies/objetos utilizados por muitas pessoas. Para além da prática do distanciamento social, se tornou necessário o uso contínuo de máscaras em espaços públicos, trazendo uma série de mudanças no cenário mundial e no cotidiano de milhares de pessoas (ANVISA, 2020).

Em um período inicial da crise que viria a ser causada pela doença, o Ministro da Saúde do Brasil à época, Luís Henrique Mandetta, determinou que a situação de pandemia declarada pela OMS não acrescentaria ou mudaria às medidas já iniciadas no Brasil contra o vírus, como o monitoramento de áreas atingidas. Por outro lado, o Rio de Janeiro e algumas outras cidades brasileiras, na mesma época, já haviam reconhecido o estágio de transmissão comunitária, ou seja, quando não se tem um rastreio da quantidade de pessoas contaminadas. No mesmo mês de março, através do Decreto Estadual nº 46.970, o Governo do Estado do Rio de Janeiro tentou diminuir ao máximo o índice de transmissão

⁷[https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus#:~:text=Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de%20Sa%C3%BAde%20declara%20pandemia%20do%20novo%20Coronav%C3%ADrus,-Mudan%C3%A7a%20de%20classifica%C3%A7%C3%A3o&text=Tedros%20Adhanom%2C%20diretor%20geral%20da,Sars%2DCov%2D2\).](https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus#:~:text=Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de%20Sa%C3%BAde%20declara%20pandemia%20do%20novo%20Coronav%C3%ADrus,-Mudan%C3%A7a%20de%20classifica%C3%A7%C3%A3o&text=Tedros%20Adhanom%2C%20diretor%20geral%20da,Sars%2DCov%2D2).)

viral, o que levou a uma suspensão do andamento de uma série de atividades presenciais, como a abertura de estabelecimentos considerados não essenciais.

A pandemia de COVID-19 promoveu uma das grandes crises sociais dos últimos tempos e um dos maiores problemas de saúde pública internacionalmente. No período inicial da crise, se elevou o número de casos subnotificados pela baixa quantidade de testes realizados no território brasileiro e se buscou uma reestruturação dos sistemas de saúde para que eles estivessem aptos a comportar o maior número de doentes possível. Já na primeira semana de abril de 2020, o Brasil se encontrava em estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e na terceira semana do mesmo mês existiam mais de 30.000 casos confirmados e mais de 1.500 mortes, com uma taxa de mortalidade em torno de 5,5% (Faro *et al.* 2020).

Torna-se importante para um entendimento mais profundo do que foi a crise de COVID-19 em seus diversos âmbitos dividi-la de acordo com sua evolução, como proposto por Faro e colaboradores (2020) no artigo “COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado”, apoiados no trabalho da OMS (WHO, 2020b):

Entender como se apresenta uma crise em termos de estágios de evolução do problema de saúde pública é importante para preparar profissionais de saúde e a população em geral. Isso se dá pois é necessário implementar estratégias de controle e alertar a população sobre riscos imediatos e contínuos, visto que a adesão a medidas preventivas vai depender de como as pessoas percebem essa ameaça (WHO, 2020b).

A divisão proposta, que também será adotada nesta pesquisa, contribui para um entendimento mais preciso do conteúdo que virá a ser apurado nas entrevistas com as equipes multiprofissionais dos CAPSis, sob a hipótese de que, em cada etapa, as orientações fornecidas aos profissionais de saúde mental atuantes na atenção psicossocial foram diferentes. Isso se dá porque, com a evolução do vírus, os serviços necessitam implementar algumas estratégias de controle epidemiológico para que o trabalho realizado seja o mais seguro possível para profissionais e usuários, contribuindo para a superação da pandemia de COVID-19 como um todo. A divisão de crise que virá a ser apresentada leva em consideração seus diferentes momentos de acordo com a progressão do vírus, colaborando para um melhor entendimento das especificidades de cada fase e para uma melhor observação de possíveis fatores estressores que podem estar relacionados aos diferentes momentos de uma pandemia. Uma pandemia afeta diretamente a saúde mental da população, interferindo no cuidado psicológico que deverá ser prestado. Ou seja, a forma como as ações de saúde mental acontecem no território

pode variar de acordo com as medidas de contenção que devem ser adotadas.

Retomando a divisão proposta por Faro *et al.* (2020), uma crise pode ser dividida em três momentos de evolução epidemiológica: pré-crise, intra-crise e pós-crise. O período pré-crise ocorre quando são passadas as informações gerais sobre a doença – a exemplo das formas de contágio e consequências do adoecimento. Para a COVID-19, o primeiro estágio envolve recomendações de distanciamento social e quarentena e o repasse de algumas informações sobre o impacto inicial da doença. Na Itália, por exemplo, no período pré-crise, aumentou a ocorrência de sintomas depressivos. O segundo estágio, chamado de intra-crise, também conhecido como a fase aguda do período de crise, se caracteriza por apresentar uma faixa de contágio descontrolada, um alto grau de internações decorrentes do vírus e um elevado número de óbitos em um espaço curto de tempo. Tais fatores provocam intensas repercussões em todo o funcionamento social, podendo impactar de forma severa a saúde mental da sociedade. É neste período que se torna elucidativo o quanto as pandemias não se resumem a um fenômeno biológico. Já o momento de pós-crise é visto como uma fase de reconstrução social, onde se pode observar uma diminuição do número de casos e da taxa de transmissão comunitária, havendo uma retomada das atividades antes habituais, com as instituições e o comércio voltando ao funcionamento de forma gradual. Ainda assim, mesmo com a retomada, existem consequências que exigem prazos médios e longos para serem revertidas, reforçando a importância da manutenção dos serviços de saúde mental não apenas nos períodos de pré e intra-crise, mas também no pós-crise (Faro *et al.* 2020). Além das mortes e sobrecarga dos hospitais e leitos das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) como consequências da intra-crise, a COVID-19 impactou todas as atividades humanas com as propostas do distanciamento social, isolamento dos doentes e quarentena, o que exigiu, por parte dos órgãos governamentais, organização em todas as etapas da pandemia. Além disso, tornou-se importante cumprir todos os protocolos de biossegurança, ou seja, ações que preconizam a prevenção, minimização ou até mesmo a eliminação da infecção nas atividades essenciais (Ministério da Educação, 2020). No começo da pandemia de COVID-19 as atividades essenciais foram definidas, mais especificamente no Decreto nº10.282 de 20 de março de 2020, como atividades que, se não fossem realizadas, acabariam colocando em risco a saúde, segurança e sobrevivência da população. Algumas atividades citadas pelo Decreto como essenciais foram os serviços médicos e hospitalares, locais de atendimento à população em estado de vulnerabilidade e atividades de defesa nacional e civil, entre outros. Em abril de 2020, de

acordo com documento emitido, a ANVISA teceu alguns comentários e explicitou alguns dos protocolos de biossegurança que deveriam ser realizados nestas atividades:

O uso de máscara não reduz ou substitui a necessidade das medidas de higiene preconizadas e a manutenção do distanciamento de mais de 1 (um) metro entre as pessoas. Importante que todas as pessoas, sigam: a. as medidas de higiene já estudadas e estabelecidas; b. limpe as mãos frequentemente; lave as mãos com água e sabonete por pelo menos 20 segundos, especialmente depois de estar em um local público ou depois de assoar o nariz, tossir ou espirrar. Se água e sabonete não estiverem prontamente disponíveis, use uma preparação alcoólica a 70%, cubra todas as superfícies de suas mãos e esfregue-as juntas até que se sintam secas; c. evite tocar nos olhos, nariz e boca; d. limpe e desinfete as superfícies frequentemente tocadas diariamente - mesas, maçanetas, interruptores de luz, bancadas, mesas, telefones, teclados, banheiros, torneiras, pias, etc. Se as superfícies estiverem sujas, limpe-as com detergente ou sabão e água antes da desinfecção; e para desinfetar, use produtos domésticos comuns registrados na Anvisa e apropriados para a superfície; e. siga às normas do Ministério da Saúde divulgadas no site: [hwps://coronavirus.saude.gov.br](https://coronavirus.saude.gov.br) (ANVISA, 2020).

Cabe ressaltar que o êxito das medidas de controle do vírus dependem das políticas de proteção social e de assistência à população em situação de vulnerabilidade, para que se tente assegurar que esses tenham mais chances de sobreviver durante o período de restrições (Aquino *et al.* 2020). Ainda que de forma insuficiente e sem considerar a abrangência financeira e estrutural do Brasil devido à uma desvalorização do projeto pelo poder público, no dia 2 de abril de 2020 o Governo Federal instituiu, através da Lei nº 13.982⁸, o Auxílio emergencial no valor de R\$600,00, fornecido a trabalhadores informais, autônomos, desempregados ou que fazem parte do cadastro de Microempreendedores Individuais (MEI) durante 3 meses (Avila, 2021). Em um momento pandêmico, torna-se imprescindível considerar o contexto social, cultural, econômico e político das populações, pois seus efeitos são agravados pela desigualdade e vivenciados de forma mais aguda pelos grupos mais vulneráveis socioeconomicamente (Brasil, 2020).

A forma inesperada como a doença se apresentou e sua capacidade de transmissão evidenciaram desafios físicos e emocionais, exigindo que ocorresse toda uma reorganização das estruturas dos órgãos públicos e privados (Brasil, 2021). As lideranças governamentais que consideraram respostas precoces e eficazes ao vírus tiveram menos mortes de forma expressiva quando comparadas àquelas em que seus líderes minimizar

⁸ A lei nº 13.982 altera a lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC) e estabelece medidas de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

de alguma forma os efeitos e a alta taxa de mortalidade da doença, levando a um não repasse de informações corretas e seguras para a população (Greer *et al.* 2021). No Brasil, há a autonomia administrativa dos estados e municípios em relação às decisões emitidas pelo Governo Federal, o que permitiu uma atuação distinta frente aos direcionamentos emitidos pelo Governo, que negligenciou a gravidade da situação e dificultou as medidas de controle do vírus. Pode-se afirmar que aqueles que negaram a ciência e deslegitimaram diretrizes de autoridades sanitárias dificultaram o enfrentamento à pandemia de COVID-19 de todo um país (Avila, 2021).

As frequentes mudanças no comando do Ministério da Saúde e a posição do governo federal em desprezar a importância de medidas de controle a transmissão do vírus, negar a ciência e deslegitimar diretrizes de autoridades sanitárias dificultam a superação da pandemia, provocando desinformação, desamparo e a perpetuação da necropolítica que determina quem deve viver ou morrer (Ávila, 2021, p. 31).

Os desafios apresentados pela pandemia de COVID-19 nos anos de 2020, 2021 e 2022 são enormes, entretanto, não apresentam uma uniformidade. O observado é uma dinâmica que varia por conta dos efeitos de novas variantes surgidas no ano de 2021, dos efeitos da implementação da política de vacinação, entre outros. Por ser uma pandemia que não foi tratada da devida forma no Brasil a COVID-19 apresentou diversos momentos de crises com altas taxas de transmissibilidade e cada uma delas exigiu diferentes medidas. As primeiras semanas de março de 2020 apresentaram um começo do número de infectados, já de setembro do mesmo ano a janeiro de 2021 ocorreram algumas crises em estados específicos que estiveram em mais evidência, como foi na Amazônia onde os leitos de UTIs para COVID-19 estavam com um alto número de ocupações somado a uma falta de insumos e equipes de profissionais de saúde. Até então, o que se tinha como medidas de enfrentamento eram ações de governos estaduais e municipais sem articulação que se direcionaram a orientações de distanciamento físico e social e de uso de máscaras (Barcellos; Xavier, 2022).

Com a entrada do ano de 2021 tem-se mais uma alta do número de casos e testes positivos, formando a mais letal taxa de número de mortes por COVID-19 até então no Brasil. De fevereiro a junho de 2021 tivemos uma crise generalizada do sistema de saúde (com a variante Gama predominante) onde tínhamos picos de até 4.000 mortes por dia. O cenário epidemiológico somado ao não preparo de insumos e assistência à saúde no país resultou em um quadro de altas taxas de morte por COVID-19 e também por outras doenças crônicas que acabaram não conseguindo receber atendimento médico. Em

contrapartida, as vacinações já haviam se iniciado em janeiro de 2021 na população adulta, primeiramente nos grupos prioritários⁹, de acordo com o proposto na fase 1 do Plano de Vacinação, como noticiado no site da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) em 19 de janeiro de 2021¹⁰. Sobre o plano de vacinação o que se via por parte do governo era baixo investimento que resultou na disponibilização de doses insuficientes que não abrangeram de forma adequada todos os territórios brasileiros. Apenas a partir de julho de 2021 começamos a observar uma redução mais expressiva da transmissão por conta da expansão da vacinação (Barcellos; Xavier, 2022).

Dessa forma, de julho a novembro de 2021, temos um alívio no sistema de saúde. Ainda que a variante predominante fosse a Delta a efetividade da vacina foi se tornando cada vez mais evidente, resultando em uma queda da ocupação de leitos das UTIs por COVID-19 e também do número de mortes (Barcellos; Xavier, 2022). Com o decorrer do tempo, a vacinação passou a ser a nova estratégia e assim como as outras medidas de proteção ao vírus que tinham alguma comprovação científica sofreu inúmeras tentativas de descredibilização por parte do Governo Bolsonaro que retardou a compra dos imunizantes como relatado pela ex-coordenadora do Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde, Francieli Fatinato¹¹ na CPI da Pandemia instalada em 27 de abril de 2021. Um dos obstáculos para a vacinação da população que merece destaque foi a questão do acesso à crianças e adolescentes. Em 15 de setembro de 2021, o site da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹² recomendou medidas de proteção das crianças contra os efeitos indiretos e diretos da pandemia de COVID-19, levando em consideração as mais de 1,9 milhões de crianças e adolescentes infectados pelo vírus nos primeiros nove meses de 2021. A notícia advertia que apesar de geralmente desenvolverem casos leves, as crianças e adolescentes também possuem a chance de desenvolverem a doença de forma grave, além de outras complicações advindas do contato com o vírus.

Enquanto os adultos já estavam recebendo suas vacinas, as crianças não eram elegíveis para tal na maioria dos países e representavam uma porcentagem maior de

⁹ Trabalhadores de saúde, pessoas institucionalizadas com 60 anos de idade ou mais e com deficiência e a população indígena aldeada.

¹⁰ <https://www.unasus.gov.br/noticia/vacinacao-contr-a-covid-19-ja-teve-inicio-em-quase-todo-o-pais>

¹¹ Informação encontrada no link: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/10/o-caminho-da-cpi-da-pandemia-da-instalacao-ao-relatorio-final>

¹² <https://www.paho.org/pt/noticias/15-9-2021-criancas-e-adolescentes-estao-sendo-profundamente-impactados-pela-pandemia-covid>

hospitalizações e até mesmo de mortes por COVID-19, enfrentando um risco significativo ao adoecer. Na matéria, também foi destacado que os impactos secundários da pandemia de COVID-19, como o fechamento das escolas, estavam afetando a faixa etária incidindo sobre prejuízos no desenvolvimento das crianças. A vacinação dos adolescentes de 12 a 17 anos teve início após toda a população até 18 anos ou mais ter recebido ao menos uma dose do imunizante. Entretanto, por um longo tempo, crianças abaixo de 11 anos permaneceram sem receber a vacina, trazendo ainda mais consequências à saúde destes sujeitos. O Instituto Butantan publicou uma matéria em seu site em 7 de janeiro de 2022¹³ dizendo que o Brasil somava, desde o início da pandemia, 1.449 mortes de crianças de até 11 anos pelo coronavírus. O vírus se tornou naquela época uma das 10 principais causas de morte de crianças entre 5 a 11 anos no Brasil. O país também somou mais de 2.400 casos de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), doença associada à COVID-19 que pode levar à morte, justificando a necessidade da faixa-etária ser incluída no calendário de vacinação o quanto antes. O Ministério da Saúde do Brasil anunciou a inclusão das crianças de 5 a 11 anos no Plano Nacional de Vacinação no dia 5 de janeiro de 2022 após várias instituições científicas de referência, como a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBI)¹⁴ e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)¹⁵, se posicionarem sobre a urgência desta ação, asseverando que a morte de crianças não pode ser negligenciada. As vacinações no geral apresentaram calendário heterogêneo onde nem todos os gestores adotaram os grupos prioritários da Política Nacional de Imunização, isto provocou filas e deslocamentos populacionais dentro de um cenário de insuficiência de vacinas no Brasil. De dezembro de 2021 a março de 2022 tivemos um acelerado aumento no número de casos com uma velocidade mais alta do que o apresentado em momentos de pico anteriores, ainda que em menores proporções por causa da vacinação. (Barcellos; Xavier, 2022).

Em artigo publicado em junho de 2022, que trata das diferentes fases e impactos da COVID-19, escrito pelos cientistas da FIOCRUZ Christovam Barcellos e Diego

¹³<https://butantan.gov.br/noticias/covid-19-ja-matou-mais-de-1.400-criancas-de-zero-a-11-anos-no-brasil-e-deixou-outras-milhares-com-sequelas>

¹⁴<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/posicionamento-sbimsbisbp-sobre-a-vacinacao-de-criancas-de-5-a-11-anos-contra-a-covid-19-com-a-vacina-pfizerbiontech/>

¹⁵<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/posicionamento-sbimsbisbp-sobre-a-vacinacao-de-criancas-de-5-a-11-anos-contra-a-covid-19-com-a-vacina-pfizerbiontech/>

Xavier, foi destacado que naquele momento o Brasil vivia um efeito combinado do predomínio do Ômicron e suas sub variantes.

O cenário atual, porém, ainda traz preocupação. A ocorrência de internações tem sido consistentemente maior entre idosos, em comparação com adultos jovens, por se tratar de um grupo etário mais vulnerável e com baixa taxa de vacinação de reforço, fruto da desigualdade da cobertura vacinal no país. Sabe-se que a imunidade induzida pode se reduzir ao longo dos próximos meses (ZHUANG, 2022), o que pode provocar surtos da doença e óbitos entre pessoas sem doses de reforço. Além disso, o surgimento de novas variantes talvez mais letais e transmissíveis, capazes de escapar da imunidade produzida pelas vacinas existentes, constitui uma preocupação permanente (DUONG *et al.*, 2022) (Barcellos; Xavier, 2022, p. 225).

A cada momento tivemos diferentes desafios a serem enfrentados. No total apresentamos no texto pelo menos 4 ondas de contaminação com número elevado de óbitos, entre 2020 e 2022. No primeiro momento temos o diagnóstico e o tratamento como questões que mereciam relevância, posteriormente, principalmente em meados de 2020, a prioridade era achatar a curva dos casos reduzindo a exposição ao vírus usando as medidas de proteção. Nenhuma das medidas perdiam a validade durante o surgimento de novas, elas acabavam se somando e com o sucesso das novas medidas deveriam ser abandonadas gradualmente. Tornou-se crucial que os hospitais se organizassem para que houvesse uma redução de casos graves e assim garantir seu pleno funcionamento, essa foi uma das propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde brasileiro ainda no início da pandemia de COVID-19, já é possível concluir que tal tentativa não deu certo (Barcellos; Xavier, 2022).

Essa estratégia somente teria sentido se houvesse reforço de hospitais, em pessoal capacitado e equipamentos, além da reorganização da atenção primária à saúde, para a testagem, diagnóstico, aconselhamento de infectados e encaminhamento de casos graves. A maior evidência da falência dessa estratégia de redução dos impactos foi a ocorrência da segunda onda da pandemia, com o aumento simultâneo de internações até o limite da capacidade de hospitais, e da mortalidade em níveis inéditos e espalhados por todo o país, conformando o ‘colapso’ do sistema (Barcellos; Xavier, 2022, p. 225)

Dado o cenário epidemiológico assombroso que impactou a saúde dos brasileiros, podemos observar a saúde mental com índices também alarmantes em períodos de intracrise. Com um convívio social reduzido, uns apresentavam carga de trabalho elevado por causa do home-office¹⁶ e outros lidavam com o medo e insegurança de um cenário instável que levou a índices de desemprego elevados. Além das questões do contágio pelo

¹⁶ Em tradução literal para o português o termo significa “escritório em casa”, ou seja, a casa acaba sendo também local de trabalho.

vírus e o peso do luto de milhares de famílias, que em um período de intra-crise não puderam se despedir de seus entes queridos.

Os transtornos psiquiátricos tornaram-se uma preocupação de todos os líderes mundiais, ou pelo menos deveriam se tornar, como foi anunciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁷. A COVID-19 conseguiu não só fazer com que alguns transtornos se agravassem, ela colocou em evidência novas questões que trouxeram novas urgências para o cenário psiquiátrico (Costa, 2020).

Quadros de ansiedade e depressão já existentes foram intensificados, quadros novos se proliferaram e a busca por tratamento aumentou de forma considerável, algumas pessoas buscando terapias e outros medicamentos; isso considerando o número efetivo de diagnósticos, prescrição e venda de remédios, pois existe um número ainda maior, visto que muitas pessoas sequer buscam ajuda ou realizam tratamento (Costa, 2020, p. 1289).

Houve um aumento dos índices de suicídios além do crescimento de problemas psicossomáticos. No ano de 2020, entre os sobreviventes que foram infectados pelo vírus 17% deles sofreram de ansiedade seguidos de transtorno de humor (14%), abuso de substâncias (7%), insônia (5%), acidente vascular cerebral isquêmico (2,1%), demência (0,7%) e hemorragia cerebral (0,6%). Já nos pacientes graves sobreviventes, 24% deles apresentaram alguma doença neurológica ou psiquiátrica. A OMS classificou a Síndrome do Esgotamento Profissional no ano de 2019 como uma doença ocupacional na Classificação Internacional de Doenças (CID) com a classificação CID 11, a síndrome também é conhecida como Síndrome de Burnout (Franco *et al.* 2019). Entretanto, tal reclassificação acabou sendo utilizada oficialmente apenas a partir de janeiro de 2022 e pode resultar em um afastamento do trabalho como medida de tratamento. Isto mostra que os não infectados também devem ser considerados quando falamos dos impactos à saúde mental (Costa, 2020).

Ornell, Schurch, Sordi e Kessler (2020) no artigo “Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias” apontam que, quando se pensa na forma como o evento poderia afetar a saúde mental da população, experiências anteriores já mostraram que as consequências podem durar mais tempo que a própria pandemia. No surto do vírus da Ebola na África Ocidental, ocorrido entre 2013 e 2016, por exemplo, comportamentos que estavam relacionados ao medo tiveram impactos individuais e coletivos em todas as fases da doença, o que levou a um aumento do sofrimento psíquico

¹⁷ https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

e dos sintomas psiquiátricos. Desta forma, o índice de mortalidade indireta, por outras razões que não fosse a Ebola, aumentou. Por mais que tenham sido estabelecidas medidas para rastrear e monitorar o vírus da COVID-19, não existem dados epidemiológicos precisos acerca do impacto no campo da psiquiatria relacionados à doença e à saúde pública. A experiência do surto de Ebola mostrou que as implicações na saúde mental podem ser graves, sobrecarregando os serviços de emergência e todo o sistema de saúde. Desta forma, a partir de experiências anteriores de outros surtos de síndromes respiratórias e seus impactos psicossociais, se fez de suma importância uma devida construção e efetivação dos tratamentos e serviços de saúde mental, para que fosse possibilitado uma resposta positiva da saúde em geral ao surto de COVID-19 (Ornell *et al.* 2020).

O Relatório intitulado “Saúde Mental e Pandemia: quais os impactos e como mitigar?”, com base em uma revisão bibliográfica nacional e internacional de 64 artigos, indica que os impactos das medidas de contenção atingem a sociedade de formas diferentes a depender do estado de vulnerabilidade socioeconômica de cada sujeito. O relatório foi produzido por um Grupo de Trabalho de Políticas Sociais e Educação do Rio Grande do Sul, juntamente com setores específicos da administração do estado, como a Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul (SES), sendo emitido em agosto de 2020 pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Nele, encontramos informações importantes para se compreender os resultados da fase aguda do período pandêmico na saúde mental. Nesta fase, existe um aumento do número de vítimas de violência doméstica e familiar devido ao constante convívio ocasionado pelo isolamento social, em sua maioria as vítimas são crianças e mulheres. Além disso, também passa a ser vivenciada uma elevação da taxa de desemprego, já que uma pandemia também mexe diretamente com o cenário econômico mundial. À vista disso, o relatório afirma que a população já considerada vulnerável social e economicamente antes da pandemia de COVID-19, que geralmente possui vínculos empregatícios informais, acaba sofrendo mais seus impactos (Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2020).

As informações encontradas neste relatório caminham na direção de alguns ideais propostos por Benedetto Saraceno em 2021. Benedetto Saraceno (2021)¹⁸ afirma que

¹⁸ Benedetto é um importante psiquiatra italiano, foi conferencista em uma conferência internacional online ao vivo arquivada na plataforma Youtube. A conferência foi realizada em 19 de junho de 2021 e foi intitulada “Determinantes Sociais da Saúde Mental na Pandemia” encontrada no link: <https://www.youtube.com/watch?v=VFFqutxcjRo>

sujeitos com transtornos mentais estão propensos a desenvolver problemas de saúde física por possuírem mais dificuldade de adesão a tratamentos, além de também serem menos propensos a receber um cuidado de saúde de qualidade, resultando em uma piora da saúde física e consequentemente uma maior taxa de mortalidade prematura. Entretanto, os riscos à vida dos usuários da saúde mental vão além da saúde física. Saraceno (2021) afirma que existe uma relação cíclica entre saúde mental precária e desigualdade social quando associados a fatores como escolaridade, renda, nutrição, moradia e apoio social. Tais fatores são denominados Determinantes Sociais. Estes são, por definição, aquilo que circundam os sujeitos, ou seja, as condições em que cada indivíduo nasce, cresce, vive, trabalha e envelhece. Não existe, atualmente, nenhuma outra doença, como a doença mental, que seja tão influenciada pelos Determinantes Sociais, que podem ser vistos como fatores de risco para a saúde mental de cada sujeito e se aprofundaram durante o período pandêmico de COVID-19. Por exemplo, na pandemia de COVID-19 vivenciamos mais os efeitos da desigualdade social e da violência doméstica e familiar, fatores que incidem sobre a saúde mental. Dessa forma, a saúde de cada sujeito será diferente porque cada um é cercado de diferentes Determinantes Sociais (Saraceno, 2021).

De acordo com dados presentes no site do IBGE (2010)¹⁹ Nilópolis foi o município da Baixada Fluminense que apresentou o melhor Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios (IDHM) dentro da região da Baixada Fluminense (0,753), enquanto o município de Niterói obteve o maior índice de todos os municípios do Rio de Janeiro (0,837). De acordo com a Secretária de Saúde do Governo do Estado, a taxa de mortalidade infantil destes municípios no ano de 2021, em Nilópolis, foi de 21,2%, enquanto em Niterói foi de apenas 9,4%. O exemplo é ilustrativo e mostra como os Determinantes Sociais propostos por Saraceno (2021) acabam influenciando no tempo de vida dos sujeitos, entendendo que o IDHM leva em consideração três dimensões básicas: renda, educação e saúde. No âmbito da saúde mental, também existem alguns itens considerados de vulnerabilidade psicossocial que acabam aumentando os casos de doenças mentais, alguns deles são; violência doméstica e familiar, abuso sexual infantil/na adolescência, vulnerabilidade socioeconômica, baixo índice de educação e a exposição ao racismo e a desigualdade de gênero (Saraceno, 2021).

Entendido este ponto, um fator que merece destaque quando falamos de pandemia de COVID-19 no Brasil e saúde mental são os ataques à Política Nacional de Saúde

¹⁹ <https://cidades.ibge.gov.br/>

Mental que se aprofundaram durante os anos estudados neste tópico. Outras tentativas de desmonte da Política Nacional de Saúde Mental foram auferidas no ano de 2020 com o Ministério da Saúde da época tentando propor a revogação de mais de 99 portarias ligadas à Saúde Mental que vigoram desde a década de 90. Esta tentativa acabou não conseguindo se fazer efetiva pois houve resistências dos gestores, conselhos de saúde e da comunidade acadêmica o que levou o Ministério a retirar a proposta^{20,21}. Outro risco às propostas da Reforma foram os crescentes financiamentos públicos às comunidades terapêuticas^{22,23}. Em dezembro de 2021 mais de 89 milhões de reais de dinheiro público foram licitados para esse dispositivo, o que vai contra ao cuidado comunitário em liberdade oferecido pelos CAPS e suas modalidades, bem diferente do que é propiciado dentro dessas Comunidades.

Todos estes riscos iminentes de retrocessos tornam importante que existam cada vez mais pesquisas atuais que estudem os processos de trabalho nos CAPS, principalmente os localizados em regiões vulneráveis socioeconomicamente, e que sejam abertos espaços para uma reflexão de formação permanente sobre sua prática profissional, onde seja reafirmado a finalidade da mesma. O ideal seria que os processos de trabalho pudessem se orientar através de uma política que levasse em consideração a vivência dos profissionais e seus usuários.

Por fim, quando tratamos do assunto da pandemia de COVID-19 no Brasil, é importante destacar que, em 17 de abril de 2022 o governo Bolsonaro decretou o fim da situação de emergência por COVID-19. A decisão foi tomada mesmo com o Senado Brasileiro apontando que se não houvesse regras para esta transição, tal revogação poderia apresentar consequências imediatas à algumas medidas que vinham sendo adotadas, como o uso emergencial de vacinas que não contavam com o registro como a CORONAVAC. No total foram propostos 23 decretos de combate à pandemia de COVID-19 que foram revogados pelo governo Bolsonaro no dia 20 de maio de 2022 sob o Decreto nº 11.077. A situação do Brasil quanto à vacinação naquele momento também

²⁰<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1540-saude-mental-possibilidade-de-revogacao-coloca-em-risco-conquistas-historicas-do-pais-alertam-especialistas>

²¹<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/12/09/senadores-criticam-possivel-revogacao-de-portarias-sobre-saude-mental>

²²<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/verbas-publicas-comunidade-terapeutica/63839/>

²³<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/rrecursos-comunidades-terapeuticas-imprensa/63867/>

era desigual, com indicadores à níveis subnacionais não favoráveis, mais um indicativo de que tal ação não deveria ser tomada.

De forma geral, o bem-estar psicológico da população foi ameaçado devido à pandemia de COVID-19 e todas as mudanças exigidas em seus diferentes tempos. Destaca-se como um grupo de risco quanto à saúde mental – ou seja, os que mais são afetados psicologicamente neste período – os trabalhadores da saúde e educação, crianças e jovens, pessoas com transtornos pré-existentes e pessoas vulneráveis socioeconomicamente (Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2020). Sobre a saúde mental de crianças e adolescentes neste período, é importante para esta dissertação, entender como foi a demanda aos CAPSis e quais foram as orientações de instituições de referência aos processos de trabalho destes serviços.

2.2 Saúde mental infantojuvenil e pandemia de COVID-19

Como visto no tópico anterior, quanto aos efeitos do quadro desencadeado pelo vírus da COVID-19, crianças e adolescentes em geral apresentam sintomas leves ou permanecem assintomáticos, entretanto, isso não quer dizer que estão livres de todos os tipos de danos. O estudo realizado por Bilar, Bulhões, Sette, Perrelli, Soares e Lima (2022) intitulado “Saúde Mental de Crianças na pandemia da COVID-19: Revisão Integrativa” traz um levantamento bibliográfico sobre o tema realizado de janeiro a março de 2021 que usou dos seguintes descritores em inglês e português: saúde mental, COVID-19, coronavírus, isolamento social, pandemias e criança. A pesquisa tinha como objetivo analisar todas as evidências científicas, brasileiras ou não, sobre as repercussões da pandemia de COVID-19 para a saúde mental de crianças e as estratégias de enfrentamento possíveis. A busca resultou em 6.094 artigos e no final da seleção os que atendiam ao objetivo foram apenas 12. Cabe ressaltar que os resultados encontrados pela revisão integrativa foram considerados, durante a discussão, com base nas informações da OMS, da Organização Pan-Americana de Saúde. As repercussões do assunto foram variadas nos diferentes países, entretanto, as afetações mais encontradas foram: ansiedade, estresse, sintomas depressivos, hiperatividade, irritabilidade, alterações no padrão de sono e estados de humor.

A prática do distanciamento social trouxe algumas alterações de comportamento, houve uma diminuição/ausência de conexão com os pares pela interrupção das atividades presenciais da escola e dos lugares de lazer, levando a um consequente aumento do tempo

em tela para aqueles que possuem este recurso. Neste cenário, a presença da prática de atividade física e uma boa estrutura familiar se mostraram como pontos positivos para a saúde mental do grupo estudado (Bilar *et al.* 2022). Quanto às estratégias de enfrentamento, foram citadas:

(...) diálogos abertos e explicativos entre pais e filhos acerca da pandemia e do coronavírus, regulação do padrão de sono e do tempo em tela, prática de atividade física regular, melhora da qualidade do ensino remoto e universalidade do acesso às aulas e implementação de políticas públicas e ações em saúde. Para grupos específicos, como crianças com TEA e TDAH, é necessário um manejo dos sintomas e cuidado no retorno à rotina do período pré-pandêmico (Bilar *et al.* 2022, p. 12).

A cartilha produzida pela FIOCRUZ de Brasília, emitida pelo Ministério da Saúde em maio de 2020, intitulada “Crianças na Pandemia de COVID-19”, aponta que as crianças que foram precocemente inseridas no isolamento social poderiam vivenciar efeitos psicológicos duradouros após o final da pandemia de COVID-19. Em casos de violência e abusos sexuais, por estarem mais próximas de seus agressores devido ao isolamento social e ao fechamento das escolas, encontravam-se em situação de risco mais iminente. Na época, esta cartilha previu a situação alarmante que os índices de violência contra a criança poderiam chegar e dedicou um tópico a comentar sobre o assunto, trazendo algumas recomendações a familiares e profissionais de saúde.

Por vezes, o convívio familiar somado ao distanciamento social e a quarentena podem se tornar intensos, fazendo com que um cuidado que antes era compartilhado com redes de apoio, como os avós e outros familiares, creches, escola e serviços de saúde, passe a ser centrado no núcleo familiar mais próximo, intensificando uma tensão preexistente. Por outro lado, a cartilha também aponta que podem existir frutos positivos de uma experiência de contato próximo com os familiares e crianças na pandemia de COVID-19. O convívio pode lhes trazer uma sensação de satisfação em estar com a família, levando a uma sensação de segurança. Uma menor circulação de pessoas nas ruas e o fato de estarem menos cansadas pela maioria das atividades estarem concentradas dentro de casa, pode também, causar um certo conforto. É importante compreender que reações emocionais e alterações comportamentais que acontecem em crianças em uma pandemia, tais como: dificuldade de concentração, irritabilidade, medo, inquietação, tédio, sensação de solidão, alterações no padrão de sono e alimentação; não são necessariamente patológicas. Ainda assim, é necessário dar a devida atenção à intensidade e frequência que se apresentam, durante e após o período pandêmico de COVID-19 (FIOCRUZ, 2020).

Miliauskas e Faus publicaram em dezembro de 2020 um artigo chamado “Saúde mental de adolescentes em tempos de Covid-19: desafios e possibilidades de enfrentamento” onde logo de início apontam as “Especificidades da adolescência que aumentam a vulnerabilidade para o adoecimento emocional” (Miliauskas; Faus, 2020, p.2).

Enquanto há relato das famílias com crianças de que estas têm demonstrado felicidade frente ao aumento do tempo com os pais, essa não é a realidade mais comum para os adolescentes, que vivenciam uma interrupção no processo de busca por identidade fora de casa. O distanciamento físico atual também é acompanhado de impactos econômicos para algumas famílias, o que pode aumentar o conflito dentro das casas e a insegurança emocional dos adolescentes (Miliauskas; Faus, 2020, p.3 *apud* Marques *et al.* 2020).

Fiocruz (2020) também comentou a possibilidade da sensação de bem-estar de algumas crianças frente às mudanças causadas pela pandemia de COVID-19, entretanto, quando pensamos no público adolescente esta possibilidade parece ser ainda menor. A adolescência, de acordo com Miliauskas e Faus (2020), pode ser entendida como uma fase do desenvolvimento entre a infância e a vida adulta onde ocorrem mudanças físicas, psicológicas, cognitivas e socioculturais; tais mudanças, já naturais da idade, somadas as medidas de isolamento social preocuparam pesquisadores, responsáveis e trabalhadores da saúde mental e educação. Miliauskas e Faus (2020) previam que a pandemia de COVID-19 poderia levar os adolescentes a procurar mais por jogos virtuais, acesso a vídeos, uso das redes sociais e o consumo de álcool e/ou tabaco; esta última previsão não foi detectada no público infantil pela cartilha da Fiocruz (2020).

Os familiares apresentam importante papel para o público infantojuvenil no período estudado, cabe a eles observar as mudanças de comportamento que podem ocorrer neste período, para que a busca por ajuda profissional não seja tardia, visando evitar uma cronificação dos sintomas ou maiores consequências. No período pós-crise também é importante os responsáveis estarem atentos, pois alguns podem apresentar comportamentos inesperados ao retornar às atividades presenciais (Miliauskas; Faus, 2020; Fiocruz, 2020). Deveria ser de interesse dos governantes e dos pais que os impactos na saúde mental tanto de crianças quanto de adolescentes fossem mínimos. Por isso, se mostrou necessário planos nacionais e/ou locais que incluíssem respostas organizadas frente às especificidades de cada público, em todos os momentos da pandemia de COVID-19 (Trindade *et al.* 2022).

Com acesso universal e de responsabilidade estadual, os CAPSis são um dos serviços que fazem parte da rede de atenção à saúde mental infantojuvenil e podem ser uma ferramenta útil em momentos de crise como esse, ajudando a combater os efeitos comentados até aqui. Tanto os CAPSis quanto às práticas da Atenção Básica podem acompanhar os efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental das crianças a médio prazo, por exemplo. No escopo das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) está a promoção da saúde e prevenção dos possíveis agravos, que também pode ser útil. Quando casos de transtornos de saúde mental chegam precisam ser encaminhados para outro serviço da RAPS levando em conta o nível de complexidade apresentado. O cuidado integral é necessário para que se dê vazão à demanda que chega aos serviços de saúde mental em momentos de crise, especialmente em grupos mais vulneráveis como as crianças e adolescentes, que são mais atingidos (Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2020).

A pandemia de COVID-19 trouxe novas exigências de higiene e protocolos de biossegurança, além de interromper, no momento de intra-crise, todos os encontros dos sujeitos com o necessário isolamento social e a quarentena. Para além disso, quando se pensa nos processos de trabalho do CAPSi neste período, também existe uma preocupação sobre a saúde mental dos profissionais de saúde mental, com uma pressão colocada em seus trabalhos, elevando ainda mais seus níveis de estresse. Os profissionais estavam submetidos a longas horas de trabalho, medo da morte e de contaminação e manejo constante de casos graves e se tornaram uma preocupação para o Ministério da Saúde (FIOCRUZ, 2020).

A pandemia de COVID-19 trouxe uma necessidade de reorganizar os processos de trabalho junto a equipes para que ocorressem algumas necessárias mudanças na forma como o serviço seria oferecido, garantindo alguma proteção contra o vírus e colaborando com um menor índice de transmissibilidade. Levando isto em consideração e também a importância de material acessível, gratuito com conteúdo confiável sobre como direcionar os processos de trabalho nos CAPS e CAPSis durante a pandemia de COVID-19, o seguinte tópico traz uma discussão de algumas publicações e documentos das instituições de referência, tais como, o Ministério da Saúde, a FIOCRUZ, a ANVISA, entre outros, durante os anos de 2020, 2021 e 2022 que incidiram sobre os processos de trabalho dos serviços de Atenção Psicossociais citados.

2.2 Recomendações e orientações gerais no âmbito da saúde mental e atenção psicossocial durante a pandemia de COVID-19.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2006, sob uma ameaça da pandemia de gripe aviária se viu impelida a confeccionar material que pudesse auxiliar no enfrentamento das dificuldades no campo da saúde mental, à medida que em momentos como este a saúde mental dos sujeitos pode ser afetada. A advertência sobre este momento crítico foi assim assinalada:

Recentemente, o Dr. Lee Jong-wook, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), advertiu a todos os ministros da Saúde das Américas, reunidos em Washington, D.C na ocasião da 46ª. Reunião Anual do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), setembro de 2005, quanto ao risco de uma ameaça de consequências sociais, econômicas e de saúde incalculáveis. "Não considerar seriamente a ameaça (da pandemia da gripe aviária) e não se preparar apropriadamente terá consequências catastróficas". Também definiu como "momento crítico" a possibilidade certa de uma pandemia mundial por gripe aviária, um evento de enormes consequências que "não pode pegar nenhum governo, dirigente nacional ou ministro da Saúde desprevenido", "e todos os países também devem ter uma estratégia de comunicação e estarem preparados para informar para o público sobre a pandemia, sobre o que está acontecendo e o que fazer" (OPAS, 2006, p. 1)

A partir desta necessidade surge o documento intitulado "Proteção da Saúde Mental em Situações de Epidemias". De forma resumida, o documento expõe a necessidade de que os planos da área não se limitem apenas em melhorias nos serviços, mas também que estes sejam acessíveis, ampliando os campos competentes para atender as problemáticas e necessidades psicossociais que possam vir a surgir. Os serviços devem se adaptar às necessidades que uma situação de epidemia exige, isto sem perder sua funcionalidade. Os efeitos tardios do pós-crise (médio e longo prazo) também foram destacados visando que fosse construído um planejamento de estratégia de intervenções apropriadas. Os textos institucionais e governamentais produzidos no Brasil durante a crise pandêmica citavam este primeiro documento da OPAS como referência direta ou indireta, para nortear as estratégias propostas. Algumas das medidas imediatas citadas que podem ajudar a trazer uma noção de "tranquilidade emocional" foram:

Uma resposta acertada e ordenada por parte das autoridades; Informações fidedignas e oportunas; Uma boa estratégia de comunicação social é fundamental para manter a calma e um estado emocional apropriado em todas as etapas (antes, durante e depois); Favorecer a cooperação interinstitucional e a participação da comunidade; Garantir os serviços básicos de saúde, inclusive o componente psicossocial; Atenção à saúde mental priorizada aos grupos mais vulneráveis e levar em consideração as diferenças relacionadas com o gênero e a idade; A primeira ajuda emocional aos doentes e sua família é dada, em grande parte, por uma eficiente atenção de saúde e apoio humanitário; Prever o aumento do número de pessoas com manifestações de luto patológico ou portadores de transtornos psiquiátricos e facilitar sua atenção adequada;

Garantir o procedimento cuidadoso e ético em relação aos cadáveres, estabelecendo uma forma ordenada e individualizada de realizar as notificações das mortes; Evitar cremações ou enterros em fossas comuns; Promover a entrega rápida dos cadáveres a seus familiares, respeitando-se os desejos e costumes da população (OPAS, 2006, p. 20-21).

As cartilhas desenvolvidas pela Fiocruz de Brasília também se mostraram importantes, tanto para confecção de qualquer tipo de material de qualidade que tratasse do tema de atenção psicossocial durante o período pandêmico de COVID-19, quanto para as adequações dos processos de trabalho dos agentes dos CAPS. A série de cartilhas ofereceu orientações que foram confeccionadas pelos pesquisadores da Fiocruz e emitidas pelo Ministério da Saúde se dirigindo a diversos setores e faixas etárias, publicadas em seu site desde setembro de 2020.

Outros materiais foram publicados ao longo dos anos de 2021 e 2022. As cartilhas em série intituladas “Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19” foram publicadas e posteriormente editadas em um único livro chamado “Recomendações e Orientações em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19” (Pizzinato *et al.* 2020) visando facilitar o acesso a um conteúdo de qualidade em um só documento. No livro encontramos tanto recomendações gerais no âmbito da Atenção Psicossocial quanto recomendações para os gestores do setor, publicadas no decorrer do ano de 2020. Quando os textos se voltam para o público infantojuvenil e os profissionais que os atendem nos serviços, a atenção às demandas produzidas pela crise pandêmica e às questões que envolvem a prática dos profissionais, além da relação com os pais são assim destacadas:

As dificuldades nas interações familiares podem desencadear sintomas psicológicos na infância ou, ainda, incidir sobre o funcionamento do corpo em crianças com deficiência, podendo significar mudanças no tônus muscular, progressos ou perdas de funções. Isso sugere a importância de incluir familiares ou cuidadores nas estratégias de atenção psicossocial voltadas a todas as crianças, sobretudo durante a pandemia. É possível apoiá-los por meio de escuta sensível, incentivo à busca por apoio junto a seus pares e intervenções para promoção de práticas parentais positivas, bem como realização de encaminhamentos alinhados às particularidades de cada caso. (Pizzinato *et al.* 2020, p. 176).

Os processos de trabalho nesse período devem incluir os pais e os encaminhamentos se tornam cada vez mais complexos. Sobre as estratégias que poderiam ser utilizadas, a cartilha que pauta as recomendações gerais afirma que um terço da população exposta a uma epidemia pode sofrer danos psicopatológicos caso não exista uma assistência correta. Duas das estratégias possíveis apresentadas são: 1) a busca pelos profissionais da saúde caso não se consiga estabilizar suas emoções e 2) busca de informações em fontes corretas, como o site da OMS. Caso nenhuma seja suficiente, é

indicado a procura de um profissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS) para orientações mais específicas e seguras (Pizzinato *et al.* 2020)

Já a cartilha com recomendações direcionada aos gestores trata mais diretamente dos processos de trabalho dos agentes da saúde mental e propõem que ocorresse uma estruturação das ações para que fosse fornecido um cuidado amplo, contando com os serviços especializados em saúde mental no atendimento de casos graves. Nesta cartilha, foi proposto que as estratégias seguissem as fases da pandemia de COVID-19 e foi apresentando um quadro organizando as possíveis ações da SMAPS de acordo com cada etapa. O quadro apresenta que os momentos de intra-crise demandam apoio de atenção psicossocial *online* ou presencial, considerando a urgência dos sintomas apresentados. São destacadas metodologias de trabalhos ágeis, concretas e adaptáveis às características étnicas e culturais dos sujeitos. Também são colocados alguns princípios básicos para elaboração do plano de respostas da SMAPS para a COVID-19 e alguns fundamentos para as linhas de ações e cuidado dos profissionais da saúde (Pizzinato *et al.* 2020). Para as linhas de ações, foi proposto:

1. Diagnóstico rápido das necessidades psicossociais da população; 2. Formação breve e específica para SMAPS na COVID-19 para que todos os trabalhadores de saúde da linha de frente (não apenas psicólogos) sejam capazes de oferecer os primeiros cuidados psicológicos (PCP); 3. Atenção clínica especializada direta a pessoas que apresentam demandas mais complexas, ou que já tenham histórico de distúrbios, transtornos e adoecimentos psicopatológicos anteriores à epidemia; 4. Atenção priorizada a grupos de maior risco; 6. Ações de promoção e educação para a SMAPS; Participação da sociedade nas estratégias; 7. Comunicação social; 8. Coordenação intersetorial. (Pizzinato *et al.* 2020, p. 35).

Quanto às propostas de cuidado a todos os profissionais de saúde, foi recomendado aos gestores as seguintes ações:

Faça um acompanhamento relativo ao bem-estar de sua equipe de forma regular, deixando-os à vontade para falar com você sobre seu estado mental e sua capacidade de trabalho. Não responsabilize individualmente o trabalhador que não estiver conseguindo lidar com a situação, isto é comum neste contexto; é fundamental que os trabalhadores confiem em seus gestores. Conhecimento sobre a doença e treinamento sobre o uso adequado do EPI é premissa para a estabilidade emocional da equipe; garantir comunicação de boa qualidade e atualizações precisas das informações pode ajudar a atenuar as preocupações com as incertezas que os trabalhadores têm e ajuda a proporcionar uma sensação de controle. Realize reuniões periódicas com a equipe, onde as questões que surgirem possam ser faladas por todos da equipe; se possível, alterne os trabalhadores entre atividades de alta e baixa tensão; os trabalhos devem ser realizados em turnos definidos, com descanso regular. Monitore pessoalmente ou delegue a alguém esta função, para que os tempos de descanso sejam respeitados; avaliar diferentes vínculos dos profissionais de saúde para monitorar se os descansos entre diferentes vínculos estão sendo cumpridos; reconheça cada esforço feito e estimule o incentivo mútuo entre os profissionais; cuide para que existam espaços adequados para

alimentação, descanso e água potável disponível para os trabalhadores; mapeie e divulgue ações de cuidado em saúde mental disponíveis para os trabalhadores, por exemplo: suporte psicológico online, equipes de saúde mental que possam atender aos trabalhadores e/ou atuar junto aos profissionais de saúde in loco com os pacientes, até núcleos de saúde do trabalhador (Pizzinato *et al.* 2020, p. 36).

O Ministério da Saúde também emitiu Notas Técnicas com orientações aos profissionais e a ANVISA (2020) publicou documentos com uma visão mais epidemiológica da doença que poderia guiar as práticas de biossegurança que podiam ter sido adotadas para enfrentar a pandemia de COVID-19, mantendo um funcionamento mais seguro do serviço. Ambos atualizaram os documentos emitidos ao longo de todo o ano de 2021 e 2022 conforme as novas informações que ajudaram os profissionais de saúde a pensar como poderiam trabalhar de uma forma mais segura. Um exemplo é a Nota Técnica nº 12/2020 de Saúde Pública, emitida pelo Ministério da Saúde (2020) com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde. A Nota trazia recomendações para a RAPS e como esta deveria se organizar no contexto da pandemia de COVID-19. A Nota também conta com uma série de recomendações, entre elas a de que fossem adotadas medidas de prevenção urgentemente, além de controle e contenção dos riscos no âmbito da Atenção Psicossocial, principalmente devido aos possíveis aumentos de crises e do sofrimento psíquico, que podem exigir cuidados adicionais. Já as recomendações aos gestores da RAPS, de uma forma geral, foram: seguir as orientações conforme o avanço da pandemia de COVID-19 e frear seu avanço usando os documentos do Ministério de Saúde e da ANVISA.

Quanto aos serviços de Atenção Psicossocial, a Nota nº 12/2020 deixa claro a necessidade da continuidade das atividades. Os serviços devem manter seu funcionamento para um menor comprometimento possível de suas atividades essenciais, incluídos o manejo de crises e o acolhimento de demandas que podem aumentar devido ao agravamento da instabilidade emocional de uma forma geral. Todas as ações citadas têm de acontecer em lugares onde se tenha uma livre circulação de ar com uma distância mínima de um metro entre os sujeitos, participando um número reduzido de pessoas, para evitar aglomerações, respeitando as normas de cada etapa da pandemia de COVID-19. Dessa forma, temporariamente as atividades coletivas dos serviços deveriam ser impedidas, bem como, deveriam ser analisadas as necessidades das estratégias de atendimento nos domicílios.

Foi afirmado pelo Ministério da Saúde (2020) que era necessário verificar o quanto viável seria o tratamento domiciliar nas condições colocadas pela pandemia de COVID-

19, não obstante às idas planejadas ao serviço também deveriam ser reconsideradas, com destaque aos usuários que apresentam mais riscos de mortalidade pelo vírus. Em situações em que os usuários iniciaram seus sintomas enquanto estão no serviço, permanecendo dia ou noite, foi sugerido avaliação médica imediata, isolamento e um direcionamento aos serviços de atenção especializados (caso os sintomas sejam graves). Também é preciso que o Plano Terapêutico do usuário seja reavaliado; em casos de permanência-dia, há a necessidade de se verificar a chance de uma redefinição da frequência do tratamento e o tempo que o usuário precisa estar no serviço. São indicadas práticas que permitam o monitoramento dos quadros por meios de comunicações variados, como os contatos telefônicos, aplicativos de mensagens, entre outros.

Os contaminados ou em suspeita de contaminação pelo vírus não devem permanecer nos serviços ambulatoriais da atenção psicossocial, seja qual for sua modalidade, devendo-se verificar as condições para o isolamento domiciliar nesses casos. Mesmo levando em consideração o ECA e o Estatuto do Idoso, deve-se restringir ou suspender temporariamente a circulação dos familiares nas dependências do serviço. Caso a visita represente uma necessidade, todos devem estar atentos às normas de segurança e higiene. Já para os serviços de permanência noturna, é indicado que sejam mantidos os protocolos de proteção que não podem ser ignorados no acolhimento, nas internações e nos procedimentos de cuidado, com o devido monitoramento de sinais e sintomas que indiquem contaminação por COVID-19. Eventualmente esses serviços podiam realizar admissões de novas internações.

Por mais que se entenda que as visitas aos usuários sejam importantes para a manutenção de seus vínculos sociais e familiares, foi recomendado que a frequência seja reduzida ou até mesmo suspensa, caso o Plano Terapêutico possibilite. As mesmas deveriam ser substituídas por comunicações virtuais através de aparelhos eletrônicos que devem ser constantemente desinfetados. As reuniões e discussões clínicas da rede, intra e intersetorial, que antes eram presenciais, passam a adotar outros meios de comunicação. Por fim, a Nota Técnica nº 12/2020 reforça as informações emitidas pela página do Ministério da Saúde na internet e se dispõe a esclarecer possíveis *Fake News* através do site “<http://www.saude.gov.br/fakenews>” ou via *Whatsapp*, indicando aos profissionais que realizem orientações educativas com seus pacientes sobre a doença e repassem informações de prevenção corretas. Atualmente o acesso é fácil quanto aos meios de comunicação, entretanto circulam muitas informações falsas que podem causar agravos na forma como os sujeitos reagem a esse momento (Ornell *et al.* 2020)

Uma outra Nota Técnica de nº 4 que contava com a participação da Coordenação de Saúde dos Adolescentes e Jovens (COSAJ) entre outras instâncias do Ministério da Saúde de 18 de agosto de 2020 foi emitida, focando nas recomendações às coordenações tanto estaduais quanto municipais de Saúde de Adolescentes e Jovens, incluindo os demais gestores de equipes de saúde atuantes no SUS. A Nota busca a promoção da manutenção e adequação das estratégias para o atendimento de jovens no cenário pandêmico de COVID-19, e até mesmo após ele. Através dela, concluímos ser fundamental uma fração da capacidade de cada serviço se propor a sustentar ações de cuidado infanto-juvenis, a fim de que sejam evitados prejuízos às suas vidas por uma possível desassistência. Foi sugerido às equipes de APS um mapeamento dos adolescentes com comorbidades e apoio de adolescentes em situações de vulnerabilidade que comprometam sua capacidade de prevenção individual. Também foi orientado a preconização das estratégias de atendimento virtual. Era necessário ações com foco na saúde mental, alimentar, sexual e reprodutiva, tanto no que tange à promoção de saúde quanto ao que diz respeito à violência sexual, gravidez não intencional, suicídio e obesidade.

O Observatório COVID-19 FIOCRUZ²⁴, página do site da FIOCRUZ, estruturado de modo colaborativo, reuniu diversas iniciativas e trabalhos desenvolvidos por grupos de pesquisa ou setores da Fiocruz desde 2020 e produziu propostas de algumas das possíveis soluções para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 tanto dos trabalhos direcionados ao SUS e seus diversos dispositivo, como os CAPS, quanto produzindo material que pudesse auxiliar o enfrentamento da pandemia de COVID-19 de toda a sociedade brasileira. Os conteúdos produzidos encontravam-se em 4 eixos:

- 1) Cenários Epidemiológicos;
- 2) Medidas de Controle e Organização dos Serviços e Sistemas de Saúde
- 3) Qualidade do Cuidado, Segurança do Paciente e Saúde do Trabalhador
- 4) Impactos Sociais da Pandemia.

²⁴<https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19#:~:text=O%20Observat%C3%B3rio%20Covid%2D19%20Fiocruz,SUS%20e%20pela%20sociedade%20brasileira.>

Um dos materiais oferecidos pelo Observatório foi uma série de *e-books* publicados pela Editora Fiocruz de formato digital e acesso aberto no Scielo Books²⁵. Os livros juntaram boletins e Notas Técnicas que foram divulgadas apresentando dados que pudessem indicar tendências para os diversos sistemas de saúde do país. A quarta e última parte do documento “COVID-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde”, escrito por Portela, Reis e Lima (2022) traz em sua segunda parte no tópico 15, “Produção, Disseminação e Pronta Resposta de Amplo Acesso para Equipes de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia de COVID-19”, relatos de alguns dos esforços tomados pela FIOCRUZ para fornecer material científico de qualidade que pudesse orientar os processos de trabalho da atenção em saúde mental. O tópico se inicia com a seguinte constatação:

A formação acadêmica dos profissionais brasileiros que atuam com Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS) em situações de desastres no país é bastante lacunar. Estudos sobre a vulnerabilidade das populações e respectivos fatores socioculturais nas intervenções em desastres e emergências não têm sido contemplados em parte expressiva nas universidades brasileiras, notadamente nos cursos da área da saúde. Disciplinas relacionadas à temática dos desastres e pandemias não são comumente ofertadas nas grades curriculares, tampouco os projetos políticos-pedagógicos dessas instituições contêm, até este momento, a temática da atenção psicossocial e saúde mental na gestão integral de riscos e desastres (MAGRIN *et al.* 2016; Noal, 2018). (Portela *et al.* 2022, p.253)

Também é comentado que recomendações, orientações, guias, protocolos ou referências técnicas para a rede de Saúde Mental e Atenção Psicossocial se mantiveram escassas até março de 2020, até então o que se tinha era o documento publicado pela OPAS que iniciou a reflexão apresentada neste subitem. Ou seja, eram escassas as referências que pudessem ajudar a guiar os processos de trabalho dos agentes da atenção psicossocial no início da pandemia de COVID-19. Dessa forma, a conjuntura foi impulsionando com que as parcerias das instituições de ensino e pesquisa fossem formadas buscando a produção de reflexões e orientações às práticas. O cenário de calamidade pública exigiu o desenvolvimento de ações que tivessem uma base científica e que dialogassem com a sociedade. Assim foi formado um grupo de trabalho (GT) em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia de Covid-19. Tal GT fez parte da

²⁵ Os livros podem ser encontrados no link: <https://books.scielo.org/search/?lang=pt&index=tw&where=BOOK&q=&filter%5Bpublisher%5D%5B%5D=S%C3%A9rie+Informa%C3%A7%C3%o+para+a%C3%A7%C3%o+na+Covid-19+%7C+Fiocruz>

produção das cartilhas já utilizadas e citadas no começo deste subitem. Sobre o GT os autores comentam:

O grupo trabalhou para a elaboração de ações estratégicas e rápidas com as quais se pudesse dar respostas aos profissionais da linha de frente, à sociedade e às esferas de governo em três fases: Produção de vinte documentos técnicos norteadores; Disponibilização de curso virtual público e gratuito; Produção de podcasts a serem disponibilizados nas principais plataformas digitais e de aulas livres e publicação de artigos científicos e livro (Portela *et al.* 2022, p. 255).

Após a publicações das cartilhas, o Grupo se dedicou a estruturar e implementar o *Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19* que contou com a participação de agentes brasileiros e também de outros países. Ele teve início no dia 12 de maio de 2020 e após diversas prorrogações de seu encerramento pela alta demanda de interesse dos profissionais em acessá-lo, se encerrou no dia 29 de setembro de 2020. O curso forneceu acesso a material com uma multiplicidade de métodos e deu destaque a uma prática interativa, colocando os desafios e anseios dos profissionais de saúde como fio condutor das atividades propostas. Todas as temáticas tratadas se alinhavam com as políticas públicas que eram colocadas e foram disponibilizadas em tempo hábil com um fácil acesso e compreensão aos leitores. Ao longo de 2020 o GT conseguiu fazer um trabalho em rede produzindo cartilhas, o curso-online e também *podcasts*. A intenção era tentar minimizar a lacuna encontrada sobre a organização prévia dos serviços de saúde e da formação dos profissionais da área. O capítulo por fim reconhece que a preparação dos gestores em saúde em específico também merece atenção para que possamos ter serviços que seguem as recomendações propostas pelo material produzido e disponibilizado (Portella *et al.* 2022)

Através da leitura dessas referências, fica evidente as remodelações necessárias tanto no âmbito de higiene e organização desses serviços quanto em seus processos de trabalho no dia a dia durante o período de intra-crise principalmente. Serviços como o CAPSi tornam-se cruciais nesse momento e todas as recomendações e orientações apresentadas vão no sentido da não interrupção das atividades e que se adequem às demandas de proteção contra o vírus e os cuidados para frear a contaminação. Em resumo, os profissionais de saúde mental que tratam de crianças e adolescentes precisam permanecer atentos às demandas produzidas na pandemia de COVID-19, incluindo os familiares e cuidadores nas estratégias propostas para fornecer uma escuta e tratamento adequados. De acordo com as orientações apresentadas, deveria ter ocorrido uma reorganização das estruturas a fim de fornecer um cuidado amplo aos casos graves que

chegam no serviço no período de intra-crise e pós-crise também, onde a demanda pode aumentar. As metodologias de trabalho aplicadas deveriam considerar a urgência dos sintomas apresentados e se adaptar à etnia, cultura e ao território que esses sujeitos estão inseridos. Algumas das linhas de ações dos profissionais nesse período dizem respeito à participação também da sociedade nessas estratégias, assim como, a promoção da comunicação social e uma coordenação intersetorial entre a equipe. Todas essas ações devem ser realizadas preconizando os manuais de biossegurança do Ministério da Saúde e da ANVISA.

Compreendidos os registros que temos sobre a pandemia de COVID-19 nos anos de 2020, 2021 e 2022 no território brasileiro, como os usuários do CAPSi podem ter se comportado durante este período e quais as exigências e recomendações foram feitas aos serviços de atenção psicossocial em geral; considerou-se importante que se conhecesse previamente outras pesquisas que já poderiam ter conteúdo sobre a realidade dos que trabalharam nos CAPSis durante a pandemia de COVID-19. O que se tem na bibliográfica de impactos registrados sobre o trabalho dos CAPSis? Quais pesquisas vêm se dedicando a comentar sobre este assunto? A seguir a pesquisa apresenta uma revisão da literatura que buscou responder tais indagações.

CAPÍTULO 3 - IMPACTOS DEIXADOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 NOS CAPS E CAPSIS BRASILEIROS

Após a identificação das recomendações que deveriam ser incorporadas nos processos de trabalho de um CAPSi e o cenário da saúde mental em meio à pandemia de COVID-19, realizamos uma revisão de literatura sobre o que viveram as equipes de CAPS e CAPSis brasileiros, à medida que pretendemos realizar uma pesquisa de campo. Em um primeiro momento a revisão foi dirigida para os efeitos pandêmicos buscando impactos em relação aos serviços, não se restringindo aos CAPSis. Foram encontrados seis artigos sobre a temática. Em um segundo momento, nos restringimos aos CAPSis e aos impactos no trabalho. Foram encontrados quatro artigos sobre a temática. A primeira revisão tem a intenção de ser uma procura mais aberta, que busque apreender uma visão geral dos impactos em serviços semelhantes, enquanto a segunda traz uma busca mais específica sobre o CAPSi e as afetações no trabalho registradas até então. O fio que une ambas as revisões são os impactos registrados deixados pela pandemia de COVID-19 em serviços de Saúde Mental estratégicos da Atenção Psicossocial.

3.1 Os efeitos da pandemia de COVID-19 nos CAPS

Como já foi comentado, esta primeira revisão não se dirigirá especificamente aos impactos nos processos de trabalho, abrindo para as mais variadas situações que possam ter acontecido dentro destes serviços. Os textos selecionados têm como critério de inclusão publicação a partir de 2020, ano que se deu início a pandemia COVID-19, e ter dentro de sua temática os CAPS dentro do contexto pandêmico, comentando algum impacto causado. Os critérios de exclusão dos textos foram aqueles que tratam especificamente de alguma categoria profissional ou algum outro serviço da rede de saúde mental que não sejam os CAPS, dentro de seus mais variados tipos, além dos boletins e informativos emitidos por secretarias ou do Ministério da Saúde. As bases de dados utilizadas foram Scielo e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrange bases de dados como a *Medline*, *LILACS*, *BDENF* e *Coleciona SUS*. Para a busca foram usados os descritores: (I) Saúde Mental, (II) Pandemia, (III) Centro de Atenção Psicossocial. Foi utilizado como recurso o operador booleano AND para combinações entre os grupos de palavras. No *Scielo* foram encontrados dois (2) textos enquanto na BVS oitocentos e vinte e dois (822). Dos oitocentos e vinte e quatro (824) textos encontrados aqueles que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão foram vinte e oito (28) textos. Dentro destes, após uma leitura do título e do objetivo de cada um restaram nove (9) produções textuais. Para confirmar que estes nove textos realmente estavam dentro do tema desejado foi realizada uma leitura breve de cada um. Esperava-se que esta primeira revisão pudesse fornecer informações sobre os impactos nos serviços dentro de suas mais variadas tipologias, o processo de seleção não eliminaria um artigo que comentasse sobre os impactos no CAPS ad ou de um CAPS tipo III, por exemplo. No total de nove amostras acabam restando apenas seis (6) para compor o banco total de resultados encontrados.

Tabela 1- Informações sobre os textos da revisão bibliográfica do item 3.1.

Nº	Título/ Tipo de documento	Autor(es)	Método	Objetivo
1	“Perfil de atendimento em Centro de Atenção Psicossocial durante a pandemia da COVID-19: uma análise retrospectiva” (Artigo)	BENATTO, M. C; MERENECIO da SILVA, S.; JOHANN, D. A.	Pesquisa documental, descritiva, com delineamento retrospectivo e abordagem quantitativa. (2020)	Caracterizar o perfil de usuários atendidos presencialmente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Boa Vista, em Curitiba, no Paraná, a partir da decretação da pandemia de COVID-19.
2	“Construção de Cartilha Virtual para o Cuidado em Saúde Mental em tempos da COVID-19” (Artigo)	AQUINO, S. M. C; RODRIGUES de SOUSA, F. G; SALDANHA, F. G.P; EPIFÂNIO de SOUSA, M, I., MENDES da SILVA, G. PINHEIRO de OLIVEIRA, P.M; CARVALHO, C. M, L.	Estudo descritivo, do tipo relato de experiência.	Descrever a construção de uma cartilha virtual como tecnologia de cuidado em saúde mental
3	“Processo de trabalho em serviço de saúde mental na pandemia de COVID-19: estudo qualitativo.” (Artigo)	GOMES, N. M. R; PEREIRA, O. M; SILVA, D. L. G; RODRIGUES, R. A.F; ABRÃO, A.B; REINALDO, A. M, S.	Estudo de caso, interpretativo, de natureza qualitativa.	Compreender o processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial em Minas Gerais durante a pandemia de COVID-19.
4	“Centro de Atenção Psicossocial: cotidiano de trabalho e articulação com a rede na pandemia” (Artigo)	SILVANO, A.D; REZIO, L. A; MARTINS, F.A; BITTENCOURT, M. N; CEBALHO, M. T. O; SILVA, A. K. L; BORGES, F.A.	Estudo qualitativo sob a forma de diário do pesquisador somado a entrevistas semiestruturadas com 9 profissionais de saúde submetidas à análise de conteúdo temático-categorial.	Analisar o cotidiano do trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial e sua articulação com a Rede de Atenção Psicossocial no contexto da pandemia de COVID-19.
5	“Impactos psicossociais do trabalho na saúde mental de profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial no interior do Ceará” (Artigo)	ALVES, W.L; FILHO, T. L. L.	Pesquisa qualitativa, explicativa, com análise de oito entrevistas realizadas com os trabalhadores.	O estudo buscou investigar os impactos psicossociais do trabalho na saúde mental dos trabalhadores de um CAPS no interior do Ceará.
6	“O trabalho interprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial no contexto de pandemia: COVID-19” (Dissertação de Mestrado)	MARTINS, F.A.	Pesquisa exploratória qualitativa e descritiva.	Analisar o trabalho Interprofissional em um CAPS no contexto da pandemia

A Tabela 1 ajuda a refletir sobre o perfil das pesquisas divulgadas até então que se dedicaram a falar sobre pandemia de COVID-19 e CAPS, um importante dispositivo especializado e estratégico da rede de Saúde Mental implementado no SUS. De princípio, chama atenção o fato de existir apenas uma pesquisa que usa da abordagem quantitativa enquanto todas as outras optam pela qualitativa, tal fato pode se dar pela complexidade do serviço escolhido para se pesquisar. Neste caso, levar em consideração parâmetros quantitativos é um fator importante e interessante de ser analisado, entretanto, tal análise se enriquece quando também aborda de forma ética e responsável todo o contexto não quantificável no qual os CAPS estão inseridos.

Quanto aos objetivos, é possível perceber que a maioria deles se dedica a falar sobre algum aspecto do trabalho dos serviços no momento pandêmico de COVID-19. Por mais que nem todos tenham em seus objetivos a palavra pandemia, todos acabam comentando algum impacto que acabou acontecendo neste período que se relaciona com este evento, seja de saúde mental dos usuários ou trabalhadores ou nos processos de trabalho. Apenas um deles, o de número um na Tabela 1, toma como foco impactos nos usuários atendidos, detalhando o perfil de atendimento do serviço durante a pandemia de COVID-19. Dos quatro, nº 3, 4, 5 e 6, deles que comentam diretamente sobre o trabalho, sendo esta uma palavra presente em seus objetivos, apenas o de nº 3 elege os impactos nos processos de trabalho como objeto principal do estudo; os de nº 6 e 4 comentam os impactos no trabalho interprofissional do serviço e na articulação da rede de saúde mental dos CAPS respectivamente. O de nº 2 comenta especificamente sobre uma estratégia usada no trabalho, uma cartilha virtual, confeccionada no improviso para se lidar com os impactos sofridos de março a abril de 2020. Existe apenas uma única dissertação de mestrado no corpo das amostras que acaba trazendo uma amplitude maior de informações do que os outros textos

Tabela 2: Síntese do conteúdo dos artigos selecionados.

Nº	Tipo do CAPS.	Região que está localizado.	Ano(s) da pandemia abordado pelo estudo.	Principais impactos causados pela pandemia de COVID-19.	Principais conclusões do(s) autor(es).
1	CAPS III	Curitiba/Paraná	Novembro de 2020 a	- Ocorreram mudanças adaptativas em seus processos de trabalho para conter a transmissão do vírus, o que fez com que o PTS dos usuários tenham sido modificados	- O perfil de atendimento dos usuários que teve maior incidência foi do sexo masculino, com uma média de 40 anos através de busca espontânea. A grande maioria dos

			setembro de 2021.	- Durante esse tempo o CAPS ficou como a única porta de entrada para os usuários de saúde mental, pois as outras unidades de saúde estavam focadas em receber os doentes infectados pelo COVID-19. Com isso, para tentar atender a demanda e evitar com que os usuários de saúde mental circulassem em locais de alto risco de infecção, o CAPS passou a ficar responsável também pelos casos de transtornos leves que antes se encontravam na UBS.	atendimentos eram realizados por psicólogos. - Houve uma prevalência de quadros de transtornos de humor e também um aumento de atendimentos urgentes à crise que mesmo em contexto pandêmico precisarem ser no modo presencial. - O perfil dos usuários do CAPS se alterou, houve um aumento de transtorno de uso abusivo de álcool e outras drogas.
2	CAPS I	Guaiúba/Ceará	2020	- Assim que a pandemia de COVID-19 é anunciada existe a suspensão dos atendimentos eletivos e grupais, bem como de atendimento a usuários que fizessem parte do grupo de risco. - A construção de uma cartilha virtual que abordasse a questão do cuidado em saúde mental foi uma saída criativa que a equipe usou para tentar se conectar com os usuários que estavam se sentindo com medo e desamparados pela necessária interrupção das atividades de trabalho do serviço.	- Foi fundamental que a tecnologia fosse reconhecida como estratégia para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Ainda assim, foram encontradas algumas limitações apesar da divulgação gratuita do material na internet pela falta de recursos dos usuários. - Os desafios impostos pela COVID-19 exigiram uma reinvenção das estratégias por parte da equipe. Tal reorganização acabou impactando positivamente o trabalho em meio a urgência da epidemia, pois possibilitou a continuidade do cuidado de saúde mental em um momento onde as atividades precisaram ser interrompidas.
3	CAPS I	Minas Gerais (O CAPS se localiza em um município de pequeno porte).	2020	- As medidas de prevenção de contágio que foram tomadas pela equipe exigiram a suspensão de uma série de ações e estratégias. - O contato telefônico passa a ser um meio para acompanhar usuários estáveis ou que já eram acompanhados pelo	- Frear a contaminação foi um desafio aos processos de trabalho. - O atendimento online não foi viável para os casos de usuários com comprometimento cognitivo grave. Uma outra limitação encontrada para os atendimentos

				serviço. Já os novos apenas eram atendidos através de encaixes na fila de espera. - O número de consultas foi reduzido e as atividades grupais e individuais foram suspensas. Também foi detectado falta das EPIS necessárias para a continuidade do trabalho de forma mais segura. - Ocorreu uma fragmentação do trabalho durante esse período o que pode ter justificado o alto número de internações psiquiátricas também presente. - Houve relato de sobrecarga e saturação por parte dos profissionais da equipe do serviço. - Foi detectado um aumento dos casos de ansiedade, sintomas depressivos e de comportamento suicida, assim como, casos onde a vulnerabilidade social do usuário acabou intensificando ainda mais o sofrimento mental já apresentado.	online foram as constantes oscilações de internet. - É necessário levar em conta as condições de trabalho para definir os processos de trabalho na pandemia de COVID-19. - Houve sobrecarga emocional dos profissionais por conta do trabalho neste período de acordo com os profissionais que atuaram no contexto pandêmico de COVID-19. - As estratégias usadas no início onde o atendimento presencial estava suspenso não foram suficientes para atender a demanda, o que trouxe a urgência dos profissionais pensarem em uma forma de voltarem a ofertar as atividades presenciais. - É constatado que alguns usuários acabaram ficando sem atendimento porque o serviço não conseguiu suprir a demanda.
4	CAPS I	Não especificado (uma capital brasileira onde o serviço é o principal de Saúde Mental da cidade).	2020	Prevalência de comportamento suicida nos usuários. - A estadia de permanência foi suspensa, assim como as atividades de matriciamento. - Se acredita que a suspensão das atividades presenciais foi um dos motivos da grande quantidade de usuários terem recaídas no caso de vício ao álcool e/ou outras drogas.	- Foi detectado uma dificuldade da equipe em reorganizar seus processos de trabalho onde a pandemia de COVID-19 acabou escancarando problemas prévios do serviço.
5	CAPS (tipologia não especificada)	Ceará (localizado numa cidade do interior do	2020	- A pandemia de COVID-19 trouxe impacto à saúde mental dos trabalhadores de saúde mental.	- Os trabalhadores de saúde neste período podem encontrar-se com alta propensão ao adoecimento psíquico. Por isso, é importante que seja

		estado, da região do Cariri).		- O medo de contrair o vírus se mostrou como um dos grandes impactos que causaram sofrimento aos trabalhadores neste período.	exercitado o autocuidado dentro e fora do ambiente de trabalho.
6	CAPS I	Cuiabá/Mato Grosso do Sul	2020	- As atividades grupais foram suspensas sendo redirecionadas aos atendimentos presenciais individuais. - Os números de consulta foram reduzidos. - A equipe relatou que houve restrição e limitação de acesso aos EPIS e álcool em gel. - De início o serviço fica fechado por 15 dias e depois retoma com capacidade reduzida. - Reuniões e/ou estudos de caso foram suspensos. - Ligações telefônicas usadas como ferramenta de atendimento. - As demandas mais frequentes foram: ansiedade, sintomas depressivos, ideação suicida e surtos psicóticos. - Neste período ocorreu uma grande procura de amparo às questões sociais, onde a vulnerabilidade socioeconômica ficou mais latente, o que incrementou o sofrimento mental.	- Apesar do CAPS ser do tipo I ele acabou realizando o serviço de um CAPS tipo III. - Houve uma precarização da unidade. - A COVID-19 intensificou o isolamento deste CAPS diante dos outros serviços do município.

A Tabela 2 auxilia na reflexão sobre o conteúdo explorado nos textos. A seleção do conteúdo exposto na tabela foi feita a partir de uma busca em cada texto pelas palavras "impacto", "impactos", "impacto da pandemia", "usuário", "usuários", "trabalho" e "conclusões". Percebe-se que a maioria das pesquisas (todas menos a de nº 1) optou pelo CAPS I dentro das variações de CAPS existentes, e cabe ressaltar que o CAPS I é destinado às regiões com pelo menos quinze mil habitantes. Dos que restam, a de nº 5 acaba não especificando seu tipo, apenas que é um CAPS para adultos, e a de nº 1 pesquisou sobre um

CAPS III. Portanto, não encontramos trabalhos sobre CAPS ad, assim como o CAPS tipo II.

As regiões das produções textuais encontradas foram: duas do Nordeste (as de nº 2 e 5), uma do Sudeste (nº 3), uma Centro-Oeste (nº6) e uma do Sul (nº1), a pesquisa que aconteceu no Sudeste ocorreu em Minas Gerais dentro de um município de pequeno porte da região. Silvano, Rezio, Martins, Bittencourt, Cebalho, Silva e Borges, autores do texto nº 4 da Tabela 2, preferem não dizer qual região aconteceu o estudo, apenas se restringem a comentar que o serviço se encontra em alguma capital brasileira e é o principal de sua cidade. Todos eles abordam o período inicial da intra-crise do ano de 2020, onde o Brasil acumulou em seu primeiro ano um total de 194.949 óbitos. O cenário de mortes se aprofundou em 2021, onde o número de óbitos acumulados chegaram a 619.056 e apenas a pesquisa de Benatto, Merencio e Johann (nº1) acabou abordando o contexto deste ano até setembro. Nenhum dos textos abordou um possível cenário de pós-crise, onde se lida com as consequências do que aconteceu nos serviços a longo prazo. Como lidaremos com as consequências que os anos anteriores trouxeram? Elas existem? Surge então uma dúvida se existem consequências a longo prazo já identificadas, tanto nos usuários quanto nos serviços de saúde mental.

Todos atingiram o objetivo da revisão e responderam à pergunta norteadora, ou seja, todos comentaram e/ou citaram algum tipo de impacto sofrido na pandemia de COVID-19 dentro de algum CAPS. O ponto comum de todos os textos foi a preocupação por parte dos trabalhadores de colaborar com a redução do contágio do vírus, o que levou a uma série de mudanças adaptativas. Dentro das formas como colaboraram com esta questão, a maioria cita diretamente os protocolos de biossegurança e o que parece ter causado mais impacto é o distanciamento social porque fez com que todos os serviços precisassem repensar a forma como ofertaram seu trabalho em um curto espaço de tempo. A partir da adesão às recomendações dos protocolos de biossegurança existiriam diversas mudanças nos serviços e consequentemente no trabalho. O texto de Benatto *et al.* (2022), por exemplo, cita mudanças nos Plano Terapêutico Singular (PTS) dos pacientes. Todos comentam que foi tomada como medida de contenção do contágio a suspensão das atividades de grupo, assim como, a suspensão de supervisões e reuniões de equipe e matriciamento. Entretanto, pareceu ter existido uma pressão pelo retorno de determinadas atividades.

O texto de Gomes, Pereira, Silva, Rodrigues, Abrão e Reinaldo (nº3) de 2020 é um exemplo claro onde é citado pelos autores que a equipe se vê pressionada a pensar na forma como ofertaram atividades presenciais, pois não estavam conseguindo dar conta do número de usuários com sua suspensão. Por mais que nem todos os textos cheguem a afirmar

diretamente que a experiência era difícil ou desafiadora, todos acabam comentando alguma situação nova e complexa de se lidar onde foi necessário se pensar quais recursos poderiam ser utilizados. Pelas pesquisas terem sido realizadas no período inicial pode ter ficado faltando novas ferramentas que podem ter surgido ou se aperfeiçoado durante os anos de 2021 e 2022 que talvez tenham favorecido o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Ter essa informação pode favorecer a construção de um material que oriente os CAPS em situações semelhantes futuramente, já apresentando algumas ideias e estratégias pré-estabelecidas e por que não aperfeiçoadas durante estes 3 anos.

Quanto aos impactos o texto de Benatto *et al.* (2022) comenta a mudança do fluxograma de pacientes atendidos, pois se antes o CAPS III²⁶ era responsável por atender apenas casos graves e persistentes, a partir daquele momento ele precisou cobrir também os casos de transtornos leves para que as outras portas de entrada existentes anteriormente (UPA, SAMU E Unidades de Saúde) ficassem responsáveis apenas pelos casos de COVID-19. Os pacientes com transtornos leves que já tinham iniciado o tratamento nas Unidades de Saúde acabaram sendo absorvidos pelo CAPS para evitar que algum paciente não infectado circulasse em ambiente que atendia muitos suspeitos e doentes. No início da pandemia de COVID-19 - abril de 2020 - o serviço em questão apresentou o índice de menor frequência dos atendimentos presenciais. Apesar das medidas protetivas realizadas existiu uma sensação de medo e insegurança intensa por conta da rápida proliferação do vírus em questão. Dentro deste cenário, o artigo conclui que existiram “impactos no atendimento à saúde mental e também no protagonismo das instituições de tratamento especializado” (Benatto *et al.* 2022, p.10). Por não poder contar com os serviços parceiros, ele acabou sendo incluído como o único meio de acesso a um tratamento de saúde mental em um período de intensa angústia por conta do cenário pandêmico de COVID-19.

O CAPS foi incluído como referência de saúde mental em seu território de abrangência, recebendo de forma espontânea usuários com problemas de álcool e drogas, álcool e drogas infanto juvenil e transtornos mentais, que seriam acolhidos inicialmente na UBS ou UPA (Benatto *et al.*, 2022, p.10).

Os autores observam que houve uma descaracterização da Atenção Primária em Saúde na pandemia de COVID-19 que acabou executando um trabalho parecido com o das UPAs para dar conta dos infectados. O texto também cita que existiu uma “insuficiência do

²⁶ O CAPS de nº III é responsável por acolhimento noturno e observação, sendo destinado a todas as faixas etárias que possuam algum tipo de transtorno mental grave e persistente, inclusive uso de substâncias psicoativas. Ele atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes. Informação retirada do site do Ministério da Saúde, encontrada no link: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps#:~:text=Caps%20III%3A%20Atendimento%20com%20at%C3%A9,pelo%20menos%20150%20mil%20habitantes>.

tratamento ofertado pelo CAPS durante a época da pandemia para a contenção de crises psiquiátricas (Benatto *et al.* 2022, p.11)”, o que se junta ainda a uma sobrecarga nos processos de trabalho.

O texto de Aquino, Rodrigues, Saldanha, Sousa, Silva, Oliveira e Carvalho (nº3), do ano de 2020, trata de um CAPS I e traz como impacto a necessidade de se reinventar os instrumentos utilizados, o que levou a interrupção das atividades por um tempo para elaborar quais estratégias seriam usadas. Tal fato levou a confecção de uma cartilha virtual que promovesse cuidado de saúde mental como uma tentativa de se conectar aos pacientes no momento de implementação do distanciamento social, onde o período suspendeu uma série de atividades. Dessa forma, o texto comenta a importância de os serviços de saúde mental adotarem a tecnologia como uma estratégia apesar das limitações que foram encontradas (Aquino *et al.* 2020). Foi concluído pelos autores que:

O reinventar da prática em saúde mental pela equipe e por cada categoria, deslocando saberes e práticas a reorganizar novos modos de cuidado em saúde mental impactam positivamente no processo de trabalho (Aquino *et al.* 2020, p.5).

Dado tal afirmação, podemos supor que a tecnologia também pode ter sido um recurso utilizado pelo CAPSi que será estudado na pesquisa de campo. Tanto o CAPS I abordado por Aquino *et al.* (2020) quanto o CAPSi que será investigado pela presente pesquisa estão inseridos em região vulnerável socioeconomicamente, ou seja, também podem ter apresentado limitações semelhantes quanto ao uso do recurso tecnológico. Apesar de ser um recurso potente, ela também se mostrou limitada, principalmente em regiões de vulnerabilidade socioeconômica que podem ter acesso restrito para o uso da *internet* ou do acesso à aparelho celular e aplicativos como o *Whatsapp*, por exemplo. De toda forma, os autores avaliam o impacto como positivo por ainda assim ter promovido a continuidade do cuidado em saúde mental em meio ao distanciamento social (Aquino *et al.* 2020).

Gomes *et al.* (2020) citam uma série de impactos encontrados, e tem como foco discutir os processos de trabalho de um serviço de saúde mental especializado em meio a pandemia COVID-19. No que diz respeito aos usuários do serviço constatou-se um aumento dos casos de ansiedade, sintomas depressivos e comportamento suicida. Também foi observado que a vulnerabilidade social dos usuários intensificou o sofrimento mental já apresentado e acabou sendo uma demanda ainda mais intensa no trabalho do serviço. O CAPS I em questão, assim como o texto de Aquino *et al.* 2020, usou de recursos tecnológicos fazendo uso do contato telefônico para acompanhar os pacientes estáveis ou já vinham sendo acompanhados. Usuários novos eram encaixados na fila de espera para serem

atendidos. Os autores mencionam a falta de recursos para um adequado enfrentamento do vírus com a falta de EPIS necessárias, o que até então não havia sido mencionado por Benatto *et al.* (2022) e Aquino *et al.* (2020). Gomes *et al.* (2020) relataram um elevado índice de internações psiquiátricas de usuários do serviço, como uma possível razão da fragmentação do trabalho neste período. Um outro impacto detectado foi a sobrecarga e saturação dos processos de trabalho, o que causou afetação na saúde mental da equipe do serviço. Este aspecto pode mostrar que a pandemia de COVID-19 aprofundou os problemas relativos à saúde mental dos profissionais que atuam no campo da saúde mental. Este cenário está implicado nas conclusões dos autores: existiram pacientes sem atendimento porque o serviço não conseguiu suprir a demanda que recebeu, os processos de trabalho se viram sobrecarregados assim como os profissionais que o exerciam, que acabaram adoecendo mentalmente. Foi um desafio aderir às medidas adaptativas nos processos de trabalho, ainda mais levando-se em conta as condições de trabalho daquele momento, o que refletiu no atendimento e conseqüentemente na saúde mental dos usuários atendidos, assim como, dos próprios profissionais.

O texto de Silvano *et al.* (2022) analisa qual foi o cotidiano do serviço de um CAPS I, deixando claro mudanças em alguns dos processos de trabalho. Assim como nos textos de Benatto *et al.* (2022) e Gomes *et al.* (2020) foi detectado nos usuários uma prevalência de comportamento suicida, casos de ansiedade e sintomas depressivos. Também foram encontradas outras semelhanças com os textos anteriores, como a redução de consultas e a suspensão de atividades grupais. A falta de EPIS aparece sendo novamente um desafio que o serviço precisou lidar, assim como, a vulnerabilidade social se mostra (questão apresentada também no texto do parágrafo anterior) como um fator que agravou o sofrimento mental. Fatos que vão de acordo ao que concluiu Saraceno (2021).

Para Silvano *et al.* (2022), a pandemia de COVID-19 intensificou e por vezes revelou problemas prévios, constatação feita por organismos internacionais como a UNESCO. A fragmentação do trabalho do serviço só se aprofundou com a nova organização da equipe para conter o vírus. No caso deste serviço, os autores salientam que a desorganização foi custosa tanto para os profissionais que adoeceram mentalmente mas também para os usuários. A internação passou a ser uma das principais alternativas e também houve desassistência, pelo menos dois dos textos anteriores ressaltam um elevado número de internações como um impacto deste momento. O texto também destaca um isolamento do CAPS na rede de saúde mental em relação à RAPS parceiras também desarticuladas. Por mais que os profissionais apresentassem dificuldades pré-estabelecidas anteriores, é importante reconhecer que de acordo com os autores existia uma falta de

investimentos estruturais físicos e materiais para que o trabalho acontecesse também durante a pandemia de COVID-19. Em sua conclusão, os autores apostam no efeito catalisador da pandemia de COVID-19, pois ela pode ser um motor que permite questionar o lugar da saúde mental na sociedade, possibilitando um terreno fértil para se executar transformações.

Já o texto de Alves e Filho de 2021 acaba privilegiando o impacto psicossocial que aconteceu na saúde mental dos profissionais. O medo de contrair o vírus acabou sendo um dos fatores que intensificou a angústia dos trabalhadores, suponho que por todas as problemáticas que a aplicação de certos processos de trabalho envolvia. Para além do medo da morte existia a possibilidade de se passar o vírus para algum ente querido, isto também pode ter sido um outro fator que só intensificava a sensação de insegurança. Os trabalhadores do serviço estudado reconheciam a importância do trabalho para o município avaliando que conseguiam prestar um atendimento de forma positiva quanto às vulnerabilidades sociais apresentadas pelos usuários e seus familiares. Mas os autores, residentes profissionais do serviço, falam que existia um receio grande dos profissionais em falar sobre os desafios que enfrentavam para lidar com a alta demanda que existia na região.

Já destaco aqui, o receio dos profissionais em falar de forma fidedigna durante as entrevistas sobre o real funcionamento do serviço mediante as vagas ocupadas, pois apenas um dos entrevistados eram concursados, logo, levanto o questionamento das respostas terem sido simplistas frente ao medo de perderem o seu cargo, posto que estávamos em ano político, e municípios de pequeno porte tendem a sofrerem repressão nesse sentido (Alves; Filho, p.5, 2021).

Os autores comentam que tal receio nada mais é que uma justificativa para um trabalho precarizado e adoecedor, que mantém os trabalhadores sob a ameaça de serem demitidos a todo o tempo, criando um medo de se reivindicar e consequentemente aperfeiçoar as estratégias de trabalho. Os autores comentam que a pesquisa foi realizada em um momento crítico da pandemia de COVID-19 no qual ainda era imprevisível a forma como cada profissional lidaria com a situação. Dentro das conclusões encontradas Alves e Filho (2021) salientam que é necessário que os estudos se voltem para refletir uma forma de estabelecer os processos de trabalho de um jeito menos danoso à saúde mental, tomando essa questão como um emblema a ser investigado. Eles também propõem o exercício do autocuidado como uma possível ferramenta que pode ser utilizada pelos profissionais.

Por fim, encontramos no texto de Martins do ano de 2021 uma pesquisa de mestrado que se dedica, assim como esta, a falar sobre o trabalho de um serviço da saúde mental territorial em meio a pandemia de COVID-19. A diferença entre elas é que a de Martins (2021) privilegia o impacto no trabalho interprofissional de um CAPS para adultos. A

pesquisa traz uma análise da forma como o trabalho aconteceu em meio a emergência de saúde pública, o que favorece que se capte algumas mudanças nos processos de trabalho. Foi reforçado pelo autor a suspensão de algumas atividades presenciais, o número de consultas reduzidas, além da limitação de acesso a EPIS e álcool em gel. Com o anúncio da pandemia de COVID-19 acabou acontecendo uma suspensão de todas as atividades por 15 dias para depois retomá-las com a capacidade reduzida. Podemos encontrar nesta experiência vários aspectos semelhantes às experiências citadas anteriormente, como o uso das ligações telefônicas como estratégia de atendimento, reuniões e estudos e casos suspensos, mesmas demandas frequentes (ansiedade, sintomas depressivos, ideação suicida e surto psicótico). Mais uma vez também é reforçada a necessidade do amparo às questões sociais onde a vulnerabilidade socioeconômica é intensificadora do sofrimento. O autor encerra afirmando que apesar do CAPS ser do tipo I ele realizou um serviço que poderia ter sido destinado a um CAPS do tipo III, o que indica que mais uma vez foi detectado uma sobrecarga dos processos de trabalho o que acabou resultando em uma precarização da unidade. Na busca de uma causa, o autor resgata a informação de que a partir de 2016 iniciou-se um movimento de “contra-reforma psiquiátrica” articulada dentro do governo federal que desinvestiu bastante do SUS e consequentemente nos serviços de saúde mental que não priorizavam as internações. O autor também destacou o fato de que o serviço se compõe por multiprofissionais, mas que precisa existir a lógica de uma dinâmica interprofissional entre a equipe onde todos os profissionais tenham, independente de sua formação, conhecimento básico sobre o cuidado em saúde mental. Já sobre a articulação de rede foi apresentado um desconhecimento do conceito de RAPS e de como se articular, o que é diferente de apenas fazer encaminhamentos. O fator desinvestimento financeiro público no serviço também se mostrou como uma dificuldade adicional na adesão a tecnologia como recurso, que apesar de se mostrar promissora aos profissionais e eles desejarem incluí-la no escopo de atividades, os recursos financeiros e a vulnerabilidade socioeconômica dos usuários e familiares não permitiam sua adesão plena. É salientado como um aspecto positivo da experiência de trabalhar na pandemia de COVID19 reflexos de valorização tanto a própria vida quanto a vida de amigos e familiares e da resiliência diante de um cenário adverso. Também foi comentado que a experiência movimentou o incômodo sobre a autoridade imposta pela hierarquia do saber médico que assombra a saúde mental brasileira nos últimos anos (Martins, 2021).

Acredita-se que tal revisão foi importante para esta pesquisa por ter ampliado o conhecimento sobre alguns dos impactos que podem ser detectados. Os desafios no que tange ao funcionamento dos serviços foram quase que os mesmos, todos priorizavam antes

encontros presenciais com base na territorialidade e se viram obrigados a pensar o que iriam fazer a partir do decreto da pandemia de COVID-19, alguns usando de pouco financiamento público. Apenas o texto Gomes *et al.* (2020), que trata de um CAPS III, serviço que teoricamente não tem restrição de faixa etária em seu atendimento, comenta alguns possíveis impactos em outros tipos de usuários que não os adultos afirmando que houve um aumento de vício em álcool e outras drogas, inclusive entre os jovens. A internet e o contato telefônico se mostraram como uma estratégia utilizada em todos os serviços apesar das limitações encontradas. Sintetizando o conhecimento auferido sobre os impactos negativos, temos: (I) houve um aumento de casos de urgência, internações psiquiátricas e recaídas do uso de álcool e outras drogas; (II) a vulnerabilidade socioeconômica foi um fator que tornou ainda mais difícil de pensar como driblar os impactos sofridos na saúde mental dos usuários; (III) alguns serviços ficaram sem o incentivo financeiro necessário, com limitação de acesso a EPIS e álcool em gel e mesmo assim, seguiram trabalhando; (IV) existiram mudanças no perfil dos usuários; (V) houve desafios e dificuldades para a reorganização dos processos de trabalho neste período, destacando-se a sobrecarga; (VI) a saúde mental dos trabalhadores foi afetada.

No próximo item apresentaremos os textos que detalham o trabalho de CAPSis do Brasil durante a pandemia de COVID-19 e nos auxilia a refletir sobre eles entre os anos de 2020, 2021, 2022 e 2023. Nos dedicaremos a uma pergunta ainda mais específica: Quais foram os impactos da pandemia no trabalho dos CAPSis brasileiros?

3.2 Os impactos no trabalho dos CAPSis durante a pandemia de COVID-19

As bases de dados utilizadas foram o *Scielo* e a BVS de início, e posteriormente o *Google Scholar*. A princípio estava definida a combinação entre os operadores booleanos AND dos seguintes descritores: (I) CAPSi, (II) Pandemia, (III) Trabalho. Posteriormente, também foram adicionados outros descritores, combinados de diferentes formas. As combinações giraram em torno do acréscimo das seguintes palavras como descritores: serviço de saúde mental infantojuvenil, saúde mental infantojuvenil, coronavírus, COVID-19, processos de trabalho, para além das que já vinham sendo utilizadas dentro de novas combinações. Foram excluídas pesquisas que não analisaram o fator pandemia de COVID-19 e que não comentassem o trabalho realizado durante este período. Dessa forma, falar sobre o trabalho da equipe como um todo, não elegendo uma categoria profissional específica se torna uma condição de inclusão, assim como, terem sido publicadas a partir de 2020 e usar o CAPSi como campo a ser explorado. Observamos que foi difícil encontrar pesquisas sobre os impactos no trabalho do CAPSi durante a pandemia de COVID-19, o

que traz um receio de que diante a ausência de informação e notoriedade do tema nos sites de buscas, ele não esteja sendo reconhecido como uma questão para os pesquisadores da saúde mental e saúde pública infantojuvenil.

Ao longo da busca foram encontrados vários textos que falassem sobre saúde mental de crianças e adolescentes durante esse período, relacionando inclusive o fechamento das escolas como um fator primordial a muitos de seus impactos. Entretanto, poucos foram os que se especificaram para tratar da análise dos impactos escolhendo o trabalho do CAPSi como tema ou até mesmo um olhar amplo sobre como foi o trabalho em si. Também foi observado que quando era retirado a especificidade do público infantojuvenil da busca era encontrado um outro cenário com um maior número de discrepância em relação ao número de produções científicas entre os CAPS e CAPSis, onde o primeiro conta com um número maior de publicações.

Ainda assim, foi mantido como prioridade trazer informação do que se torna específico no caso de serviços infantojuvenis de saúde mental nos territórios, priorizando entender os possíveis impactos no trabalho que podem ter sido registrados até aqui. Mesmo com o pouco número de textos encontrados, todos se mostraram como um material de qualidade que atendeu ao objetivo desta revisão. Ou seja, todos eles à sua forma descreveram o trabalho e as estratégias usadas naquela época para dar continuidade às atividades. No total foram encontradas quatro textos que se adequam ao objetivo da revisão, onde três deles foram encontradas no *Google Scholar* e uma delas na Biblioteca Virtual de Saúde. O conteúdo obtido a partir da leitura dos quatro textos permitiu a elaboração da Tabela 3.

Tabela 3 - Síntese das informações sobre os textos da revisão bibliográfica do item 3.2 e do conteúdo dos artigos selecionados

Nº	Título, Objetivo e região do CAPSi.	Autor(es), tipo do documento e Metodologia.	Ano(s) estudado(s) e principais impactos e conclusões;
1	Título: “O impacto da pandemia COVID-19 em um serviço de saúde mental de atenção psicossocial infantojuvenil”. Objetivo: Apresentar reflexões sobre o impacto da pandemia COVID-19 em um serviço de saúde mental de atenção psicossocial Infantojuvenil. RIO GRANDE DO SUL	MAGRINI, J.M; HOMERCHER, B.M; VIEIRA, M. V. Artigo. Relato de experiência revisão de literatura de caráter qualitativo e exploratório.	2020 e 2021 - De início houve uma suspensão por tempo indeterminado dos atendimentos, mas conforme a pandemia foi passando foram adotadas algumas estratégias de biossegurança para conter a disseminação do vírus; - O atendimento fica dividido entre os atendimentos online (apesar de suas limitações), atendimentos presenciais de urgência e para renovação da receita médica. - Existiu uma alta demanda no serviço que não conseguiu ser suprida pela redução necessária do fluxo de pessoas que seriam recebidas. O ambiente de trabalho presencial era um ambiente tenso onde a todo o tempo os profissionais se viam com medo de contaminação. Tais fatores trouxeram mais ansiedade e estresse pro ambiente de trabalho e seus trabalhadores. - Com o passar da pandemia de COVID-19 as supervisões começam a ser online - Houve impactos negativos na rede intersetorial do serviço, o que trouxe prejuízos a seus usuários.
2	Título: “Atenção Psicossocial Infantojuvenil no contexto da pandemia de COVID-19: relato de uma experiência a partir da articulação ensino-serviço-comunidade” Objetivo: Materializar a experiência acerca das ações desenvolvidas por estagiários de Psicologia conjuntamente com a equipe de um CAPSi da região metropolitana de Porto Alegre (RS), no contexto da pandemia, no ano de 2020. RIO GRANDE DO SUL	MULLER, A; BERWALDT, S. D; SARAIVA, V.K. Artigo. Metodologia qualitativa.	2020 - Ocorreu suspensão das atividades grupais entre usuários e familiares, mas não de atendimento presencial em nenhum momento. Ainda assim, a participação não foi a mesma dos anos anteriores. - Ferramentas incluídas: atendimentos online ou telefonemas e tele monitoramento; divulgação de material informativo aos pais e adolescentes enviados pelo Whatsapp ao longo da pandemia de COVID-19, atendimento em grupo de adolescentes de forma online. - Recursos tecnológicos apresentaram limitações pela vulnerabilidade socioeconômica dos usuários. - O atendimento com os parceiros da rede do CAPSi foi suspenso. - Foi concluído que a situação foi muito desafiadora, mas que ainda assim existiram algumas técnicas que se mostraram positivas como os atendimentos online.

3	“Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia”. Relatar a vivência de residentes do Programa de Saúde Mental Infantojuvenil em um CAPSi no contexto de pandemia de COVID-19. BRASÍLIA	FONSECA, R. P. P; MARTINS, D.S; VIEIRA, J. C.C; LIMA, M. S; PORTELLA, N. M; FIGUEIREDO, S. H. G. Artigo. Metodologia Qualitativa	2020 - Foram suspensos os atendimentos coletivos/grupais e mantidos os atendimentos individuais usando das medidas de biossegurança nesses encontros de forma reduzida para evitar aglomeração. - Uso de recursos tecnológicos: teleatendimento e atendimento online, apesar das limitações - Passaram a classificar os pacientes atendidos entre: intensivos, semi intensivos e não intensivos para ajudar no aperfeiçoamento de intervenções particulares. - Se procurou manter os mesmos profissionais de referência de cada paciente já atendido. - A vulnerabilidade social intensificou os impactos, o que fez que o CAPSi se procurou ainda mais um fortalecimento da RAPS. - A pandemia foi uma situação desafiadora que tornou complexo se aliar com a lógica da atenção psicossocial.
4	“Impactos da pandemia de coronavírus em um CAPS Infantojuvenil do Distrito Federal.”. Apresentar dados sobre a frequência de atendimentos psiquiátricos e acolhimentos do tipo “porta-aberta”, bem como discorrer acerca de possíveis causas para o esvaziamento da unidade, obstáculos enfrentados e perspectivas quanto ao retorno das atividades pós-pandemia,	BRANDÃO, A. T; LIMA, C. C; MESQUITA, G. S; DA COSTA, W. D. Artigo.	2020 - Houve suspensão das atividades em grupo, mas se mantiveram os atendimentos individuais. - Houve um esvaziamento da unidade com profissionais relatando elevado percentual de falta por conta do medo de contrair o vírus e a dificuldade que era estabelecer um canal de comunicação com o serviço. Vulnerabilidade socioeconômica também aparece como um motivo por ter impedido o deslocamento do usuário com seu familiar - O atendimento online foi usado como estratégia. - Neste período existiu uma alta do número de consultas psiquiátricas (agora <i>onlines</i>) e de acolhimentos de porta aberta nos serviços comparado aos números antes da pandemia. - A pandemia permitiu que o serviço realizasse sua primeira obra na parte elétrica, o que seria inviável com o serviço em pleno funcionamento.

	BRASÍLIA.	Metodologia quali-quantitativa.	- É previsto pela equipe que a longo prazo observamos uma alta de casos de Transtornos Depressivos e Ansiosos e Transtorno Obsessivo Compulsivo. - A ausência de infraestrutura necessária para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 trouxe prejuízos à qualidade da assistência encontrada.
--	-----------	---------------------------------	--

Todas as pesquisas encontradas usaram metodologia qualitativa, apenas a de Brandão, Lima, Mesquita e da Costa de 2020 (nº 4) mesclou com uma metodologia quantitativa. Todas elas acabam trazendo um relato de experiência de pessoas que estavam trabalhando nos serviços naquele momento, a grande maioria sendo participantes de programas de Residência em Saúde Mental Infantojuvenil (textos de nº1, 3 e 4 da Tabela 3), enquanto a pesquisa de Muller, Berwaldt e Saraiva de 2020 (nº2) foi feita por estagiários de Psicologia que atuaram no serviço durante a pandemia de COVID-19 e fizeram suas observações de como o trabalho ficou organizado. Tal fato pode demonstrar o quão inédito foi realizar esse trabalho dentro das condições apresentadas, não havendo registros de experiências brasileiras anteriores dentro de um episódio como esse, fazendo com que fosse ou estimulado ou necessário o registro daquela vivência já naquela época inicial pelos pesquisadores. Todos os textos encontrados são artigos escritos por estudantes de diferentes níveis de formação e acabam sendo um registro enriquecedor não só para os que estavam trabalhando naquela época, mas também para um momento de pós-crise, onde é possível refletir usando de base bons materiais sobre o trabalho que foi desenvolvido. Novamente todos eles são realizados no período de intra-crise inicial, no primeiro ano da pandemia de COVID-19 (2020), apenas um deles, o de Magrini, Homercher e Vieira do ano de 2021 (nº1) se estende para o ano de 2021 e algumas das ferramentas que surgiram/se aperfeiçoaram com o passar da pandemia de COVID-19. Nenhuma delas é sobre um CAPSi do Rio de Janeiro, duas são do Rio Grande do Sul (nº 1 e 2 da Tabela 3) e as outras duas de Brasília (nº 3 e 4 da Tabela 3).

Todas as pesquisas trazem a adoção de mudanças adaptativas e o protocolo de biossegurança (máscaras, álcool em geral e EPIS, distanciamento social) como medidas para tentar evitar a propagação do vírus da COVID-19. Apenas o serviço do texto de Magrini *et al.* (2021) fecha o serviço por completo por um tempo para depois o reabrir (não fica especificado o tempo de duração do fechamento), todos os outros suspenderam atividades em grupos e permaneceram com atendimentos individuais, organizados sob diferentes estruturas que serão expostas em sua singularidade a partir do próximo parágrafo. Algo que é comum a todos os serviços é o uso do telefone e da internet como estratégia para

dar continuidade aos atendimentos devido ao distanciamento social, e tal estratégia acabou se vendo limitada por todos eles pela vulnerabilidade socioeconômica dos usuários e de seus familiares, assim como na revisão dos trabalhos que trataram dos CAPS. Todos chegaram à conclusão de que lidar com a pandemia de COVID-19 foi uma situação desafiadora, e citam dificuldades na continuidade da prática da intersetorialidade, tão importante para o CAPSi. É curioso perceber através de dados anteriores que a intersetorialidade já se apresentava como uma estratégia de difícil prática para os trabalhadores do CAPSi, o que reforça a hipótese de que a pandemia de COVID-19 pode ter intensificado alguns dos problemas anteriores dos serviços (Silvano *et al.* 2022). Apenas o texto de Fonseca, Martins, Vieira, Lima, Portella e Figueiredo de 2020 (nº 3 na Tabela 3) cita alguma eficiência no contato intersetorial, mesmo com dificuldades, já os outros comentam a interrupção abrupta e quase completa da Rede. Consequentemente, a maioria dos serviços se viu com o trabalho limitado e fragmentado, as vezes já até se via antes, como deixa claro o texto de Fonseca *et al.* 2020, mas a pandemia de COVID-19 parece ter intensificado ainda mais este problema, fazendo com que o trabalho do CAPSi não conseguisse ultrapassar barreiras que caberiam a outras instâncias assistenciais e de proteção social.

O texto de Magrini *et al.* (2021) apresentou um relato de experiência aliado a uma revisão da literatura. Ele foi um dos que apresentou de cara a fragilização das ações intersetoriais como um impacto da pandemia de COVID-19, que acabou ocasionando um cuidado fragmentado da saúde mental infantojuvenil. Isto aconteceu pois o contato presencial em muitas unidades parceiras foi fechado presencialmente e/ou possuíram horários de funcionamento reduzido. No caso dos usuários infanto-juvenis, a suspensão das aulas presenciais foi determinante para que o CAPSi tenha sido demandado de outras formas para além de sua alçada. Desse modo, os residentes explicitam que a qualidade de vida dos usuários piorou ao longo desses dois anos porque praticamente inexistiam suportes assistenciais e da área da educação. Magrini *et al.* (2021) afirmaram que os trabalhadores se viram ansiosos e estressados por conta da alta demanda que o serviço teve e pelo medo de se contaminarem e serem vetores de disseminação do vírus da COVID-19 entre os seus familiares. Além da limitação quanto à condição financeira dos usuários, a internet também se mostrou limitada em casos onde o paciente precisava de intervenções presenciais, como era em muitos dos tratamentos oferecidos pelos profissionais da Terapia Ocupacional, por exemplo. De início, já vemos um grande número de semelhanças com o que aconteceu nos CAPS, entretanto, temos aqui o dado relevante de que o fechamento das escolas foi um fator que fez demandar ainda mais dos processos de trabalho do CAPSi.

Enquanto o texto de Magrini *et al.* (2021) declarou ter fechado o serviço inicialmente, o que suspendeu os atendimentos presenciais de maneira geral, Muller *et al.* (2020) comentam que o serviço estudado em seu artigo se manteve na modalidade presencial de forma individual para evitar aglomeração, não interrompendo suas atividades. Ainda assim, foi detectado pela equipe que a participação foi bem baixa quando comparada aos anos anteriores, pois os familiares tinham medo de ir até lá e serem infectados ou infectar seus filhos. Este impacto até então não havia sido comentado sobre os CAPSis, entretanto, não se sabe o(s) mês(es) do ano de 2020 que os autores estudaram pois eles não o especificam. A ausência pode ser justificada caso o relato de experiência esteja abordando o mês inicial da pandemia de COVID-19, onde ninguém ainda tinha muitas informações sobre a doença ou como se proteger.

As ações que foram integradas a partir do decreto da pandemia de COVID-19 estavam alinhadas com as anteriormente estipuladas e acabaram sendo elaboradas em conjunto com uma universidade parceira, os estagiários de Psicologia da mesma e a supervisão local de estágio e da equipe multiprofissional do serviço. O texto de Muller *et al.* (2021) também comenta que foi observado pelos pais/responsáveis que sintomas novos surgiram em seus filhos ou que os mesmos se encontravam potencializados pela adoção do distanciamento social. Apesar disto, o texto conclui como positivo a implementação de algumas técnicas. No caso, o apoio aos pais usando de um aconselhamento *online* conseguiu aliviar parte do estresse pela convivência intrafamiliar intensa. Os profissionais entenderam que o distanciamento social, que também causou a suspensão das aulas, podia ser ainda mais difícil de se lidar para seus pacientes com TEA e TDAH pelos sintomas apresentados. Por isso, eles confeccionaram um material informativo para auxiliar os pais no manejo do cotidiano e cuidado com seus filhos que era enviado pelo *WhatsApp*. A partir deste, outros materiais *online* informativos foram confeccionados nos mais variados temas: de lazer, de estímulo sensorial e habilidades motoras, cognitivas e de linguagem. Outra estratégia que se mostrou positiva através de sua implementação foram os grupos de apoio aos adolescentes *online* que abriam a possibilidade de encontro com seus pares, respeitando o distanciamento social e mantendo um vínculo social.

Apesar dos entraves negativos que a pandemia de COVID-19 trouxe para este serviço, como o aprofundamento da vulnerabilidade social de alguns de seus usuários, após a leitura do artigo de Muller *et al.* (2021) é possível concluir que o serviço executou um trabalho valioso neste período. Pelo processo de elaboração das estratégias ter usado de um contato intersetorial com uma faculdade da região, o conhecimento parece ter se ampliado a respeito do que poderia ter sido feito (Muller *et al.* 2021). Foram apresentadas estratégias

fiéis às que até então estavam sendo executadas, buscando trazer o mínimo de mudanças possíveis, mesmo precisando se adequar às medidas de biossegurança.

O texto de Fonseca *et al.* (2020), por sua vez, traz uma reflexão dos desafios impostos à sustentação da lógica da atenção psicossocial infantojuvenil, um dos princípios norteadores do serviço, dentro do isolamento social justamente por esse elemento ser contrário a toda luta anterior do isolamento da loucura.

(...) percebe-se que a atual lógica da atenção psicossocial é contrário ao isolamento dos usuários e à loucura. Além disso, existe um esforço para que não existam retrocessos referentes à institucionalização e a consequente exclusão do indivíduo em sofrimento mental – como já ocorrido anteriormente ao retomarmos a história da evolução do “tratamento” da loucura. Porém, ao nos encontrarmos em um momento delicado de pandemia e crise mundial ocasionado pela COVID-19, em que a proteção dos sujeitos está diretamente relacionada ao isolamento, vemos com enormes desafios a serem enfrentados e adaptações a serem realizadas (Fonseca *et al.* 2020, p.8).

Os autores usam de tal informação para corroborar a importância de que os CAPS, em geral, precisavam continuar seu trabalho mesmo em meio à pandemia de COVID-19. O CAPSi estudado em questão se chama CAPSi Asa Norte, foi por 15 anos o único que atendia toda a região do DF e seu entorno e sofreu diretamente com a setorialização de Brasília. Até então ele se encontrava dentro de um ambulatório de saúde mental infantojuvenil e sofria dificuldade de ser remanejado para um lugar próprio. Apesar de terem sido criados outros CAPSis com o passar do tempo, o CAPSi Asa Norte recebeu demandas de diversas regiões de Brasília durante a pandemia de COVID-19. Dessa forma, os autores se questionam: “Como um serviço territorializado lida com territórios estruturais completamente diferentes e sem estar no território fisicamente? (Fonseca *et al.* 2020, p. 9)”. O serviço já se via com esta questão anteriormente, entretanto, a pandemia de COVID-19 chegou e intensificou ainda mais essa problemática, trazendo uma emergência ainda maior à resposta, contando com um trabalho territorial ainda mais limitado. Outros fatores que também já apareciam anteriormente e que se intensificaram foram: “... falta de equipamento público e escassez de recursos humanos, além disso, com os afastamentos dos profissionais em grupo de risco e por licença médica se encontra ainda mais árduo o trabalho neste período (Fonseca *et al.* 2020, p. 9)”.

A estratégia de afastamento de funcionários de grupo de risco até então foi um ponto inédito citado comparado às experiências que foram analisadas anteriormente. Os autores salientam que como forma de lidar com esta medida, o serviço acabou contando com a presença da Residência Multiprofissional especializada da região para executar as ações, o que trouxe uma potência ainda maior que permitiu com que o trabalho continuasse. Com

grupos e atividades que geram aglomerações suspensas, o atendimento dos 180 usuários do serviço passa a ser realizado de forma presencial e individual. A partir daí os teleatendimentos são incorporados nos processos de trabalho do serviço, porém se restringia somente ao contato com os responsáveis, o que dificultou o processo de tornar os sujeitos infantojuvenis responsáveis por suas demandas e sintomas, dificuldade específica não encontrada nos textos anteriores. O serviço tentou elaborar adaptações necessárias sobre a configuração de seu trabalho mantendo o atendimento público e dividiu seus pacientes em classificações que pudessem orientar os profissionais de algumas atividades em especial para àqueles casos que poderiam ser realizadas, foi mantido a equipe de referência dos casos para não haver uma quebra do laço transferencial.

(...) os pacientes classificados como intensivos tem acompanhamento por teleatendimento uma ou mais vezes por semana e, quando necessário - crise, situação de vulnerabilidade, agravamento em sofrimento psíquico - atendimento individual in loco, enquanto os pacientes semi intensivos e não intensivos são acompanhados por teleatendimento com maior intervalo de tempo entre as ligações e nas situações em que ocorra a necessidade da articulação intersetorial tem sido mantida a aproximação dos órgãos públicos com as devidas orientações e encaminhamentos implicados (Fonseca *et al.* 2020, p.12)

A fragilidade social pela vulnerabilidade socioeconômica dos usuários fez com que a intersetorialidade fosse um elemento ainda mais valorizado, então a equipe tentou de toda a forma, mesmo que remotamente, manter os contatos já estabelecidos. Resumidamente, as medidas que foram tomadas na organização do trabalho do serviço no texto de Fonseca *et al.* (2020) para se adaptar a pandemia de COVID-19 foram: redução de circulação de pessoas no serviço presencialmente, pacientes ativos que não estavam em crise seguiram os atendimentos de forma remota e mantiveram os protocolos de biossegurança para atendimentos presenciais urgentes. Para além disso, foi buscado um fortalecimento da RAPS, trazer capacitação da equipe para atuar atendendo as exigências da pandemia de COVID-19 e atualizando a promoção das informações nas reuniões de equipe. Os autores concluem que naquele momento se viam com um desafio a ser enfrentado, defrontando-se com um dilema por se tentar humanizar, mesmo dentro de um regime de isolamento social a atenção oferecida à saúde mental infantojuvenil, buscando não cair na lógica manicomial. Este caso é um dos poucos que traz tentativas bem sucedidas de intersetorialidade com a RAPS e ressalta a importância deste trabalho para o reconhecimento do sujeito em sua totalidade, tarefa necessária ainda mais pelos efeitos socioeconômicos sofridos pelos usuários e familiares na pandemia de COVID-19.

Por fim, o texto de Brandão *et al.* (2020) comenta que os atendimentos de porta aberta nunca foram interrompidos. Entretanto, foi encontrado mais uma vez ausência de participação dos usuários e familiares. Já quando analisado o número de consultas psiquiátricas realizadas nesse mesmo período, percebe-se um aumento quando comparado ao ano anterior (2019), ainda que as consultas tenham sido realizadas em sua maioria de forma *online*. Uma informação importante que os autores trazem que nos faz duvidar de que este fato se deu unicamente por conta da pandemia de COVID-19 é o fato de que em 2019 o psiquiatra tinha um vínculo de 20 horas semanais, enquanto que em 2020 o mesmo passou a trabalhar 40 horas. Entretanto, os autores também consideram que o número elevado também pode ter se dado pela necessidade de se renovar/prescrever medicamentos durante este período, o que pode ter sido um dos fatores que também elevou tal índice. Um outro impacto detectado pelos autores trazido pela pandemia de COVID-19 foi a dificuldade dos usuários conseguirem estabelecer comunicação com o serviço, pois o telefone que se encontrava na unidade estava indisponível. Recentemente a unidade tinha tido um curto-circuito na rede elétrica não consertado, dessa forma, muitos dos usuários não sabiam nem que o serviço se manteve funcionando. Outro fator que também explicou a redução no fluxo dos atendimentos presenciais foi o fato dos usuários terem dificuldade de locomoção pela suspensão do benefício de Passe Livre Estudantil, que ficou bloqueado com a suspensão das aulas.

Os autores concluem que ficou evidente o discurso medicalizante dos familiares em detrimento da adesão de práticas propostas por outros profissionais, o que também pode ter sido uma das razões que fez o atendimento psiquiátrico ser mais procurado quando comparado aos atendimentos oferecidos pelos outros profissionais, por mais que fosse reforçado o acompanhamento multiprofissional da equipe. Outro dado importante revelado neste texto é a percepção pelos responsáveis do surgimento de mudanças nos comportamentos das crianças, que ficaram mais ansiosas e agitadas.

Um dos pontos positivos ressaltados pelos autores foi a possibilidade de ter conseguido trocar toda a rede elétrica do serviço, coisa que com a fluidez que se dava o atendimento presencial nos anos anteriores não seria possível. Um outro ponto positivo foi a equipe ter tido mais tempo disponível para se voltar a elaborar as práticas dos usuários que ainda assim chegavam, conseguindo implementar dinâmicas e atividades lúdicas, por exemplo, para amenizar a pandemia de COVID-19 e seus impactos na saúde mental (Brandão *et al.* 2020). Os autores destacaram ainda que a ausência de condições financeiras prejudicou a qualidade da assistência que deveria ser garantida com preferência. Alguns dos

prognósticos do momento vivido que os autores propõem dizem respeito às seguintes questões:

(...) as medidas adotadas podem resultar a longo prazo em uma maior incidência de Transtornos Depressivos e de Ansiedade, além de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Também podem interferir nas atividades físicas de atenção à saúde, gerar alterações no funcionamento do corpo e mente mediante alterações de rotina, assim como expor crianças e adolescentes a situações de vulnerabilidade e violência, seja ela física, psicológica, sexual ou autoprovocada, visto que a maioria desses episódios acontecem dentro das próprias residências... Ainda não é possível analisar os impactos pós pandemia, uma vez que números exatos só poderão ser analisados com precisão em momento posterior à crise (Brandão *et al.* 2020, p.15)

De uma forma geral, todos os textos se mostraram valiosos para entender um pouco dos impactos que o trabalho do CAPSi sofreu nesse período, entretanto, fica a lacuna da informação de como os processos de trabalho foram se adaptando aos diferentes cenários da crise que os anos de 2020, 2021 e 2022 apresentaram, com taxas de mortalidade diferentes entre si e recomendações também diferentes.

Existem diversas semelhanças nas estratégias e mudanças no trabalho encontradas nos textos que tratam dos CAPS e dos CAPSis. O distanciamento social aparece como uma medida que causou uma série de impactos naquele momento, entretanto, observando o público infantojuvenil, existe um efeito singular a partir do fechamento das escolas. Por mas que a revisão 1 apresente impactos negativos na intersetorialidade, o que dificultou ainda mais o trabalho dos CAPS em relação à vulnerabilidade social de seus usuários, o CAPSi pareceu ter sofrido ainda mais com este ponto pelo fechamento das escolas, ficando claro que a interrupção do vínculo com seus pares exigiu do CAPSi uma tentativa de mantê-lo da maneira que fosse possível. Outro desafio extra sofrido pela população infantojuvenil com o fechamento das escolas era o fato de seus usuários estarem duplamente em vulnerabilidade, pois junto suspendeu-se atividades e auxílios vinculados à escola que proporcionaram a alimentação, cuidado e às vezes até mesmo medidas protetivas. Tal fato pode ter ajudado na potencialização dos sintomas ou até mesmo ter sido um fator que gerou novos quadros que até então não vinham sendo apresentados, o que traz ainda mais importância de pensarmos nesse público quando falamos dos impactos da pandemia de COVID-19. Torna-se importante questionar se existem demandas a longo prazo da pandemia de COVID-19, tanto dos usuários e dos familiares quanto no trabalho, e o quanto seus aprofundamentos não giram em torno do fantasma manicomial que circunda a história da saúde mental brasileira até hoje, mesmo em um período onde já se está fora do Governo Bolsonaro e fora da crise aguda. Dentro de todas as experiências apresentadas na revisão que preconiza o CAPSi encontra-se uma unanimidade das que apresentam equipes que se

articularam rapidamente e procuraram adaptar atividades que já estavam sendo feitas, ressaltando esta preocupação. Com o tempo foram pensadas novas estratégias que até então não eram realizadas (cartilhas e material informativo *online* e grupo de atendimento aos pais, por exemplo). Sobretudo com o público infantojuvenil pareceu existir uma preocupação de se alinhar os processos de trabalho com os anteriores, inclusive os presenciais, ainda que adaptados com as medidas de biossegurança, o que ali já se mostrava como uma tarefa difícil mas não impossível. Com o abrandar da taxa de transmissão o ideal seria que as medidas se abrandassem lentamente também. Com a ausência dessa informação nas revisões, torna-se interessante fazer esta investigação em novas pesquisas de campo, buscando somar informações às pesquisas já feitas sobre o tema.

Um outro ponto específico do CAPSi em relação aos outros serviços de semelhante finalidade são as estratégias que servem tais processos. Por se direcionarem ao público infantojuvenil é exigido dos trabalhadores também pensarem o que se fazer com os familiares/responsáveis dos usuários obrigatoriamente, levando-os a desenvolverem grupos de apoio a este público, materiais informativos, estabelecer contato através das ligações telefônicas, entre outros. Ao mesmo tempo que as estratégias com os pais se mostraram valiosas por conseguirem reduzir um pouco do estresse intrafamiliar que a pandemia de COVID-19 proporcionou com o convívio intenso, parece ter existido no público infantil uma dificuldade de mantê-los como interlocutores e responsáveis por sua demanda neste período. O público juvenil não pareceu ter passado por esse problema, pois em muitos dos artigos é citado a realização dos atendimentos *online* com a faixa etária, tanto de modo individual quanto os atendimentos em grupos, que conseguiram se manter em algumas das unidades. As diferenças que existem dentro do público que é atendido pelo CAPSi também pode ter trazido a necessidade de que se pensasse em um quadro ainda mais amplo de estratégias, mesmo com muitas de suas equipes reduzidas. Na verdade, tais fatores parecem ter trazido ainda mais complexidade sobre os trabalhadores em pensarem como executariam seu trabalho em relação aos demais serviços que foram abordados na primeira revisão.

Os processos de trabalho dos CAPSis em si mostraram um potencial adaptativo, assim como os dos CAPS. A rapidez do cenário epidemiológico exigiu com que alguns dos serviços parassem suas atividades, uns com a pretensão de voltar em breve tomando esse tempo para pensar, outros na aposta de que o *online* poderia dar conta, entretanto, se viram pressionados a retornar com algumas atividades ainda que adaptadas. Ou seja, parece não ter sido possível seguir com a lógica da atenção psicossocial apenas com os atendimentos *online* na maioria dos casos, mostrando a importância que teve o trabalho dos que se

mantiveram presencialmente nas atividades apesar de todo o medo envolvido e dos desinvestimentos públicos nos serviços.

É neste contexto que se encontra a presente pesquisa de campo, apresentada nos próximos capítulos. Através dela objetivamos analisar os impactos da pandemia de COVID-19 nos processos de trabalho de um CAPSi da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro a partir da percepção da equipe multiprofissional. Foi encontrada uma lacuna de estudos sobre o tema tanto no que se refere à população infantojuvenil quanto aos impactos da pandemia de COVID-19 nos CAPSs e CAPSis fora do período de intra-crise da pandemia de COVID-19. A seguir, apresentaremos de forma cuidadosa o processo metodológico escolhido para esta pesquisa, assim como, comentaremos um pouco sobre o serviço escolhido, o território que o cerca e equipe entrevistada.

CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA

4.1 Natureza da Pesquisa

O objetivo geral desta pesquisa é analisar os impactos da pandemia de COVID-19 nos processos de trabalho de um CAPSi da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro a partir da percepção da equipe multiprofissional, já os objetivos específicos foram conhecer os objetos, instrumentos e finalidades para os processos de trabalho em um CAPSi que foram estabelecidos a partir do contexto pandêmico de COVID-19; identificar os desafios trazidos pela pandemia de COVID-19 ao trabalho do CAPSi detectados pela equipe multiprofissional e investigar como a pandemia de COVID-19 influenciou na articulação entre os setores. Por isso, optamos pela metodologia qualitativa pois ela se preocupa com a compreensão e explicação de dinâmicas que tange às relações sociais e atende uma realidade que não pode ser quantificada (Minayo, 2001). Para atender ao objetivo da pesquisa, a partir do método qualitativo, foi incluído o trabalho de campo como um dos instrumentos para além das revisões bibliográficas apresentadas anteriormente nos capítulos 1, 2 e 3. A revisão da literatura procura aprofundar o conhecimento de um tema específico usando da leitura de referências bibliográficas publicadas em livros, revistas e periódicos. A leitura deste material possibilita dados importantes que favorecem a discussão da temática que se pretende investigar e que ajudam na análise dos dados do trabalho de campo (Martins, 2001). No caso desta pesquisa, os capítulos anteriores tiveram o intuito de trazer ao leitor conhecimento sobre os CAPSis, o termo processos de trabalho, informações sobre o período

da pandemia de COVID-19 no Brasil e de como fica estipulado o trabalho de serviços da saúde mental especializados neste momento.

Já o instrumento do trabalho de campo foi escolhido por permitir o aprofundamento dos questionamentos a que esta pesquisa se propõe. Levando em conta que o termo processo de trabalho também inclui encontros intersubjetivos, principalmente quando comentamos o campo da saúde, foi escolhida a entrevista semiestruturada para se aferir os dados. Este instrumento apresenta uma flexibilidade que permite reformulações que possam ser necessárias ao longo da pesquisa (Gil, 2002). Gil (2002) comenta que existem vantagens dos estudos de campo realizados com os profissionais que vivenciaram os acontecimentos que desejam ser pesquisados, como mais fidedignidade aos resultados obtidos. Por isso, esta pesquisa de campo toma como escolha justamente a escuta dos profissionais, independentes de seu cargo e formação, pois estes são um dos agentes dos processos de trabalho pesquisados. A pesquisa de campo buscou auferir os impactos da pandemia de COVID-19 nos processos de trabalho de um CAPSi, entendendo as especificidades, urgências e importância que esses serviços já apresentavam nos anos anteriores para a manutenção da Política de Saúde Mental Infantojuvenil nos territórios brasileiros.

O intuito é aprofundar a análise e permitir que os trabalhadores apresentem os modos como eles compreenderam e lidaram com os impactos investigados de forma livre, o que favorece o entendimento da construção e aplicação de algumas das práticas estabelecidas; o formato semiestruturado favorece estes aspectos (Minayo, 2001). Entendendo que as demandas dos usuários e familiares no decorrer destes três anos podem moldar os processos de trabalho em saúde, a entrevista buscou aferir se existiu algum tipo de demanda(s) específica(s) ou de maior intensidade durante a pandemia de COVID-19 e quais processos de trabalho ficaram estabelecidos para se lidar com ela(s), assim como, também teve o desejo de conhecer as dinâmicas de trabalho que ficaram propostas e como foram organizadas a partir do ano de 2020, até o momento das entrevistas. Em resumo, a equipe do CAPSi foi escolhida por estar diretamente implicada nos processos de trabalho do campo que foi pesquisado. Inseridos em um território que foi modificado pelas imposições da COVID-19, questionar-se-á as afetações no trabalho.

As etapas da pesquisa de campo anteriores à realização da entrevista buscaram preparar a pesquisadora para tal evento. Usando do conhecimento levantado nas revisões bibliográficas, foi pré-estabelecido o elenco de perguntas que seriam realizadas, aliado aos objetivos gerais e específicos desta pesquisa. No processo de confecção das perguntas foi estipulado três eixos que retomaram os objetivos específicos: **I) Conhecer os objetos, instrumentos e finalidades estabelecidos nos processos de trabalho executados durante**

a **pandemia de COVID-19**, a intenção é que se saiba um pouco sobre a rotina de trabalho desses profissionais e quais as práticas que foram propostas a partir de 2020: Quais as principais mudanças identificadas no funcionamento do CAPSi a partir de março de 2020? Estipularam alguma regra para o funcionamento do serviço? Foi usado algum manual de instituição de referência para auxiliar o estabelecimento de algum processo de trabalho? Como ficou organizada a equipe? Como ficou o recebimento de casos novos e o acompanhamento dos casos antigos? A pandemia de COVID-19 interferiu na demanda dos usuários? Vocês sabem dizer se existiu um alto número de usuários infectados? Como vocês lidavam com essa questão? E os profissionais? Existe algum registro desses números?; **II) Os impactos da pandemia de COVID-19 em processos de trabalhos específicos antes importantes para o CAPSi, investigando como a pandemia de COVID-19 influenciou na articulação entre os setores:** Como ficaram os acolhimentos? Como se estabeleceu a articulação com os outros serviços a partir da pandemia de COVID-19? Quais foram os serviços parceiros? Como ficou o contato com os responsáveis? E o atendimento a urgências? Como aconteceu a comunicação dos membros da equipe ao longo do período pandêmico? **III) Identificar os desafios vividos no trabalho nos anos de 2020, 2021 e 2022 causados pela pandemia de COVID-19** e se algum deles permaneceu até o momento da entrevista. Que tipo de situações inesperadas aconteceram no cotidiano de trabalho no período mais crítico da pandemia? Alguma permanece até hoje? Quais influenciaram no seu modo de trabalho? O vírus continua infectando, ainda que em menor escala e intensidade. Você(s) se veem ainda lidando com essa questão atualmente? Você percebeu urgência pelo campo da saúde mental infantojuvenil no período pandêmico? Isto foi desafiador?

A proposta inclui uma entrevista no formato de um grupo focal que tivesse como participantes apenas a equipe do serviço e, separadamente, uma entrevista semiestruturada com alguém que representasse o papel de um gestor/coordenador daquela equipe. A intenção de se estipular duas entrevistas separadas foi uma forma de conseguir maior diversidade de amostras, buscando dentro da individualidade de cada encontro a construção de um espaço único onde os participantes conseguissem falar abertamente e fazer emergir o conteúdo de interesse da pesquisa. Livres de qualquer tensão ou estresse causados por uma possível hierarquização do trabalho entre os membros da equipe e os coordenadores. A proposta inclui uma entrevista no formato de um grupo focal que tivesse como participantes apenas a equipe do serviço e, separadamente, uma entrevista semiestruturada com alguém que representasse o papel de um gestor/coordenador daquela equipe.

A entrevista grupal exige uma homogeneidade entre o grupo social estudado, neste caso, os profissionais de um mesmo CAPSi que contam com uma variedade de gêneros,

classes sociais, idades e formações. O entrevistador do grupo focal deve moderar e estimular a interação dos participantes, propondo temas-chaves para a discussão do grupo a partir de um roteiro. A vantagem desta ferramenta se dá por trazer como resultado um olhar do conjunto das percepções, crenças, valores e representações dos entrevistados (Borges; Santos, 2005). Isto ajuda na compreensão das formas de como esses profissionais estipularam as dinâmicas dos processos de trabalho a partir da interação da equipe que esteve atuando naquela época. Foi pensado para o grupo focal o mínimo de quatro e o máximo de oito participantes como uma quantidade pré-estabelecida.

O registro das entrevistas poderia ter sido feito tanto com o gravador quanto com um diário de campo, mas o gravador desde o início foi a ferramenta de preferência por conseguir evocar com mais fidedignidade os dados coletados, mantendo registrado o discurso e a linguagem dos profissionais. Entretanto, era necessário a aprovação por parte dos entrevistados.

4.2 Sobre o CAPSi escolhido

O CAPSi escolhido foi priorizado por integrar a região da Baixada Fluminense, região na qual está inserida a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). De acordo com o Sebrae (2016), em relação ao Estado do Rio de Janeiro a Baixada apresentava, antes da pandemia de COVID-19, os piores indicadores de renda e pobreza. No artigo “A COVID-19 na Baixada Fluminense: Colapso e apreensão a partir da periferia metropolitana do Rio de Janeiro”, Fortes, Oliveira e Sousa (2020) comentam que pelo vírus ter se difundido inicialmente em segmentos mais ricos, a dinâmica prevista era muito mais agressiva nas periferias urbanas. Os autores ressaltaram ser comum aos municípios dessa área uma alta densidade demográfica e a presença de lideranças negacionistas que tendem ao repasse de informações falsas, o que agravou ainda mais o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde física e mental da população. Outro fator também destacado foi a precariedade das condições de vida e das unidades de saúde. O artigo teve como uma de suas conclusões, no ano de 2020, que os índices das condições sanitárias na Baixada - e de uma parte do município do Rio - apontavam para um cenário grave, propondo um enfrentamento dos discursos de desvalorização da vida de lideranças nacionais dissipados na sociedade (Fortes *et al.* 2020). Isto pode indicar uma urgência de múltiplos esforços para que fosse garantido um bom trabalho de enfrentamento da pandemia de COVID-19 nos serviços de Saúde Mental Infanto-Juvenis da Baixada Fluminense, exigindo ainda mais dos trabalhadores.

A professora orientadora desta pesquisa tinha contato com a equipe do CAPSi, do município de Itaguaí, o que facilitou a comunicação entre a pesquisadora e uma das Coordenadoras com algum CAPSi da área de interesse. De acordo com informações do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁷ no ano de 2010 o IDHM do município de Itaguaí era de 0,715. No ranking de IDHs dos municípios do estado do Rio, Itaguaí fica na 38ª posição de um total de 92. O índice de escolarização desse mesmo ano era de 97,6% de crianças de 6 a 14 anos, já o índice de mortalidade infantil no ano de 2020 foi de 11,93 óbitos por mil crianças nascidas vivas.

4.3 Considerações Éticas

A pesquisa de campo adotou todos os procedimentos éticos exigidos para a realização de investigações com seres humanos. À vista disso, o projeto foi submetido à Comissão de Ética da Plataforma Brasil e contou com um Termo de Consentimento Livre-Esclarecido, presente no ANEXO 1 desta pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assinado por todos os sujeitos participantes no momento de aceite da pesquisa. A aprovação se deu no Parecer Consubstanciado do CEP da Universidade Iguaçu (UNIG) de nº 5.942.669 e CAAE 66562222.1.0000.8044. Antes do início das perguntas, a pesquisadora explicou possíveis dúvidas e disponibilizou no Termo uma forma de contato para eventuais problemas ou dúvidas que surgissem após a realização das entrevistas. Apenas uma participante entrou em contato posteriormente pedindo a retirada de um trecho de fala específica, tal trecho foi retirado e não foi usado na análise do conteúdo final.

Por exigência da Secretaria de Saúde do Município de Itaguaí a pesquisa também precisou da aprovação de seu projeto pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), equipe pertencente ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde do município. A pesquisadora tomou ciência da aprovação no dia 30 de janeiro de 2023 no Gabinete do Secretário através do processo de nº 21968/22, a entrevista foi realizada cerca de dois meses depois, em março de 2023. Tanto a Plataforma Brasil quanto o NEPS sugeriram alterações semelhantes no Termo de Consentimento Livre que foram adotadas antes da realização da pesquisa de campo. Foi perguntado a todos os participantes se eles concordavam com a gravação das entrevistas e todos se mostraram em conformidade.

²⁷ <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/itaguaui.html>

4.4 Sobre as entrevistas

Foi estabelecido um mesmo roteiro de entrevista semi estruturada pré-determinado para realizar as duas entrevistas, contando com apenas pequenas alterações necessárias entre si. Foi feito contato com o CAPSi de Itaguaí buscando uma autorização para a realização da pesquisa de campo. As entrevistas foram combinadas com a Coordenadora Técnica e realizadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos de forma presencial. Importante destacar que todos os participantes começaram a trabalhar no serviço, pelo menos, a partir dos anos de 2020 e 2021. As entrevistas aconteceram no início de 2023.

Já na conversa inicial, a pesquisadora percebeu que alguns dados da composição da equipe ao longo desses três anos poderiam causar empecilhos para a realização do trabalho de campo, trazendo a necessidade de existirem alguns rearranjos. Por exemplo, o serviço naquele momento contava com duas Coordenadoras, uma Técnica e outra Administrativa. Enquanto a Coordenadora Administrativa tinha iniciado no cargo bem no início da pandemia de COVID-19, a Coordenadora Técnica atual havia começado no cargo em meados de 2021 sendo importante procurar a ex-Coordenadora Técnica que trabalhou durante o ano de 2020. Parece que existiu uma mudança na Coordenação nos anos de 2020/2021, mas todas elas já trabalhavam no serviço como Coordenadoras ou não durante a pandemia de COVID-19 e tinham um conhecimento íntimo dos processos de trabalho executados, sendo fortes candidatas para trazerem boas análises.

Após o primeiro contato, a pesquisadora foi convidada a ir presencialmente até o CAPSi escolhido para ficar a par dos processos burocráticos exigidos à realização da pesquisa de campo e também para poder apresentar um pouco da proposta da pesquisa, inclusive o tema que seria investigado. O convite foi importante também por ter proporcionado uma forma da pesquisadora poder conhecer os participantes antes do dia das entrevistas. Dentro da relação construída entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa, destaca-se que a postura da pesquisadora buscou dar destaque ao diálogo e a escuta.

As entrevistas foram combinadas com a Coordenadora Técnica e Administrativa atuais e realizadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos de forma presencial. As Coordenadoras disponibilizaram uma manhã de trabalho onde toda a equipe estava concentrada no serviço para a realização das duas entrevistas, uma seguida da outra. Metade da equipe foi liberada para entrevista de grupo focal e a outra metade precisou estar presente na supervisão. Dado a questão da disponibilidade de alguns participantes, principalmente pela necessidade de determinados funcionários precisarem estar presentes no momento em que estava acontecendo a supervisão clínica-institucional da equipe paralelamente, tanto a

Coordenadora Administrativa atual quanto a ex-Coordenadora Técnica foram acolhidas no grupo focal junto à equipe. A atual Coordenadora Técnica acabou convidando a antiga a estar presente neste dia no CAPSi, hodiernamente ela desempenha o cargo de direção da rede de Saúde Mental do município, a mesma só tinha disponibilidade para estar presente no horário do grupo focal, o que fez ser necessária mais uma inclusão. Acredita-se que tal ponto não fez muita diferença no conteúdo final pelas relações do CAPSi terem se apresentado, pelo menos aos olhos da pesquisadora, horizontais.

Ficou estabelecido previamente para o grupo focal que antes das perguntas seria estimulado uma breve apresentação dos funcionários para saber um pouco sobre cada um em sua individualidade, isto não aconteceria sem antes a pesquisadora reforçar a intenção do projeto de pesquisa e o tema que viria a ser tratado, se apresentar, fazer todos os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e perguntar se aquela entrevista poderia ser gravada por voz. No momento da apresentação dos profissionais foi perguntado seu nome, o cargo que cada um desempenhava e desde quando começaram a trabalhar no serviço. O roteiro de entrevista que se encontra no ANEXO 2 ajudou a guiar cada encontro, lembrando a pesquisadora dos principais temas que deveriam ser abordados em cada etapa da entrevista.

As duas entrevistas aconteceram no mesmo dia, na parte da manhã, em março de 2023. A primeira entrevista realizada foi a do grupo focal e se iniciou por volta das 10 horas da manhã, durando cerca de 01:02:52. Após o fim do grupo focal foi dada uma pausa de 10 minutos para iniciar a entrevista com a Coordenadora Técnica que durou 01:45:18. Cabe ressaltar que uma participante do grupo focal acabou se atrasando do horário que estava marcado (10 horas da manhã) e entrou posteriormente, em silêncio, não interrompendo o andamento das perguntas.

4.5 Tabela 4: Os participantes da pesquisa

Para ajudar os leitores na compreensão de como é formada a equipe de entrevistados, desde quando eles trabalham no CAPSi e quais foram as legendas estabelecidas respectivamente para cada um, foi feita a Tabela 4. A segunda coluna traz o cargo que cada profissional trouxe como resposta no momento de sua apresentação pré-entrevista.

Tabela 4. Identificação dos participantes.

Entrevistado	Cargo	Tempo no serviço
C1	Ex-Coordenadora Técnica	Entra em 2018 e sai em 2020
C2	Coordenadora Administrativa	Entrou em 2013 mas começou como Coordenadora no ano de 2020.
C3	Coordenadora Técnica	Entra em 2020 mas começa como Coordenadora em junho de 2021.
E1	Fonoaudióloga	Entra em 2020
E2	Serviços gerais	Entra entre 2013/2014
E3	Técnico de Enfermagem	Entra em novembro de 2018
E4	Psicóloga	Trabalhou uma temporada anterior no CAPSi e não fica claro quanto tempo ela durou, apenas que se iniciou em 2009. A segunda e atual temporada de trabalho se iniciou em agosto de 2020.
E5	Técnica de Enfermagem	Inicia em 2017
E6	Técnica de Informação	Inicia em 2012
E7	Terapeuta Ocupacional	Inicia em 2013

A participante C3 foi a única entrevistada individualmente enquanto todos os outros 9 participantes estavam presentes no grupo focal. A pesquisa contou com 10 profissionais entrevistados no total. Sobressaltou o fato de muitos dos profissionais já terem um vínculo empregatício duradouro com o serviço anterior à pandemia de COVID-19. Apenas a C3 e E1 iniciaram o trabalho exatamente em 2020, todos os outros já estavam executando os processos de trabalho há um tempo naquele território. Todos os participantes atenderam a regra de terem iniciado o trabalho a partir de 2020, o que foi importante para a qualidade dos resultados obtidos.

4.6 As etapas da análise dos resultados

Como já mencionado, o roteiro utilizado foi o mesmo nas duas entrevistas, o que favoreceu certa uniformidade nos dados que foram apurados. Minayo (2001) ressalta que a fase seguinte da realização do trabalho de campo é o processo de elaboração das informações que foram coletadas, para se conseguir uma boa teorização dos resultados. Nesta fase, os resultados foram elaborados ao mesmo tempo de acordo com as seguintes etapas:

- i) **Ordenação:** os dados das duas entrevistas foram gravados por voz e transcritos. A partir daí foram lidos com cuidado e os principais momentos foram destacados para favorecer uma organização dessas informações.
- ii) **Classificação:** Os resultados obtidos e organizados foram analisados de acordo com seu conteúdo. Esta parte do processo buscou selecionar as falas mais

recorrentes e importantes dos profissionais. Também foram observados os pontos de concordância e discordância entre as duas entrevistas. A partir disso, foram construídas 5 categorias.

- iii) **Análise final:** Após isto ser sintetizado no capítulo 5 através da Tabela de nº 5, foi feita uma discussão sobre os resultados. Foram correlacionados os saberes obtidos anteriormente na pesquisa bibliográfica e algumas das hipóteses que foram construídas no decorrer da pesquisa. A discussão toma como eixo também os objetivos específicos pré-determinados.

4.7 Análise dos resultados

4.7.1 Regras estabelecidas e como foram orientadas

Após o decreto da pandemia de COVID-19, a equipe do CAPSi estudado apresentou uma série de mudanças na forma como organizava sua dinâmica de trabalho, remodelando alguns dos instrumentos anteriormente usados mas também criando novos que atendessem às urgências que acabaram sendo apresentadas dado ao novo contexto. Quando perguntados logo na primeira pergunta da entrevista sobre as principais mudanças detectadas no serviço, a partir de 2020, foi relatado:

C3: (...) a partir de março as principais mudanças foram a **interrupção dos atendimentos em grupo**. No início da pandemia na verdade a gente interrompeu tudo que era feito e **ficou só disponível pra atendimento de urgência...** então, **casos mais graves de tentativa de suicídio ou atenção a crise**, acho que esse foi o maior impacto (grifo próprio).

E6: (...) mudou o nosso formato de atender, a gente teve que se adaptar, repensar de como a gente prestaria apoio porque o medo não partia só dos usuários e familiares, mas da gente também, né. Com a questão dessa pressão dada, que significava uma pandemia. E aí foi intensificado a questão do **atendimento por telefone**. Eu não lembro se foi criado nessa época o *WhatsApp* ou se ele foi mais utilizado porque era a ferramenta que a gente conseguia dar as orientações, então assim, a gente diversas vezes sentou para repensar essa questão de como é que a gente iria oferecer, né, um certo apoio para essas famílias e usuários (grifo próprio).

A fala da Coordenadora apresenta dois impactos iniciais diferentes. O primeiro, é de cunho mais organizacional que diz respeito à interrupção de todas as atividades, inclusive dos grupos terapêuticos, permanecendo apenas com o atendimento de urgências. Entretanto, ela também coloca o impacto nos usuários do serviço, identificando o aumento de crises graves e tentativas de suicídio. Perceberemos depois como este último acabou reorientando vários dos processos de trabalho da equipe. Já o grupo focal cita a adoção dos atendimentos telefônicos, onde o *WhatsApp* foi um instrumento bastante utilizado. Por mais que permanecessem abertos para atendimentos de crise neste início de 2020, foi detectado a

diminuição da presença dos familiares, usuários e trabalhadores no CAPSi por conta do medo de contágio.

E2: Os pais pararam de trazer as crianças, né. Pararam de trazer, o fluxo aqui diminuiu muito. Porque ficaram com medo, né?

Entrevistadora: O serviço fechou em algum momento ou não?

Coro dos participantes: Não.

Entrevistadora: Ele permaneceu aberto durante esses 3 anos...

C1: Com escala né?

E1: Mas com **rodízio de escala**, né. Inicialmente com uma proposta que funcionava em acompanhamento de grupo, prioritariamente, então foi preciso suspender, né. Como a E6 falou, revisar isso. E aí a gente entrou numa escala inicialmente de revezamento (grifo próprio).

C3: (...) a gente teve a **carga horária dividida**. Por exemplo, no meu caso na época como Técnica de Saúde Mental, eu trabalhava 16 horas e atendia 2 dias na semana. Era um dia presencial e um dia *homme office*. A gente fez isso pra reduzir o número de pessoas circulando ao mesmo tempo no serviço. Como um serviço de saúde mental não podia fechar, então foi considerado um serviço essencial e a gente não pôde fechar. Então isso foi uma mudança de funcionamento, de lógica de funcionamento... (grifo próprio)

Parece que o serviço adotou de imediato o distanciamento social como uma norma de biossegurança, o que os forçou a se organizar em escalas para evitar aglomerações, mudando toda a rotina de trabalho para um estilo híbrido. Neste início de 2020 o trabalho ficou dividido apenas em atendimentos de urgência e acompanhamento dos casos pelo telefone. O *WhatsApp* foi citado como uma ferramenta importante neste começo pois proporcionou um espaço de orientação, principalmente em relação aos responsáveis, permitindo que o trabalho continuasse em meio a tantas restrições. Ao perceber a tensão dos pais com o fechamento das escolas a equipe relata que o *WhatsApp* ajudou na orientação de algumas queixas, estabelecendo um contato que pudesse ajudar os pais na adaptação junto às crianças dentro daquela nova rotina.

E6: Me lembrando aqui, você falou da ferramenta, o *WhatsApp*, a gente ligava, a gente tentava se organizar nos dias e separava assim entre a equipe, né? Tantas crianças, aí ligar, como é que ele está, como é que está fazendo as atividades, porque como era um movimento novo, eles se queixavam muito pra gente, assim: “Meu Deus, como que eu vou fazê-lo parar pra assistir uma aula”, né, “Como é que eu faço isso?”. Então a gente **tentava orientar** nesse sentido também, porque pra eles ficou assim muito pesado, né, a questão da pandemia e das crianças com doença de rotina, principalmente pros autistas (grifo próprio).

Conforme foram surgindo novas informações sobre a doença, outros protocolos de segurança passaram a ser aplicados. Com o passar do tempo, mantendo apenas os atendimentos emergenciais, os trabalhadores parecem ter se sentido pressionados pois já em junho de 2020 uma participante cita a urgência de que um processo de trabalho específico retornasse. O aumento de casos urgentes com o passar dos primeiros meses da pandemia de COVID-19 fez com que os profissionais se sentissem pressionados a retornar com algumas atividades específicas, como as Visitas Domiciliares (VD). Elas aconteciam com o máximo

de distanciamento social possível, uso de máscaras e álcool em gel. As medidas de contenção epidemiológica citadas pelos profissionais foram diversas, desde o cuidado em como poderiam impedir a disseminação do vírus nos contatos interpessoais até de como poderiam evitar a disseminação do vírus nos objetos disponíveis dentro do serviço fazendo desinfecção apropriada. Isto exigiu da equipe um grande empenho na higienização de tudo que eles disponibilizavam dentro daquele espaço.

C1: (...) que na verdade eu voltei, eu estava de licença maternidade. Eu voltei em **junho**, então quando começou em março eu ainda estava afastada. Aí eu voltei naquele momento, no susto pra todo mundo.

E6: E foi nesse momento também que a gente é... assim, as **VDs**, algumas eram extremamente necessárias, assim...então a gente fazia com um EPI. Isso ficou meio complicado porque assim, pra redistribuir no município, né, ficou assim... **a gente ficava meio, né, amedrontado sim mas foi necessário**. E aí a gente tinha face shield, tinha capota descartável, aquele avental, luva, álcool gel (grifo próprio).

C2: E tinha algumas **regras** também, né, pra fazer as visitas do auxiliar. A gente não entrava na casa dos pacientes, né. A gente procurava ficar no quintal, né, aberto. Não ficar muito tempo também. Era só aquele atendimento assim, bem pontual (grifo próprio).

C3: (...) tipo assim, os usuários não foram abandonados. Mas em relação à proteção, foram a suspensão dos atendimentos regulares pra evitar circulação intensa no CAPS, **a retirada dos brinquedos**, o uso de máscara, o uso de álcool e a gente sinalizar o que a gente podia no CAPS porque tinha gente né, que negava (risos). **Os usuários que tinham famílias que não acreditavam achavam que tudo era uma besteira mesmo...** não aceitava que o atendimento estava suspenso, então as regras foram mais nesse sentido (grifo próprio).

Apesar de ser apontado um negacionismo da seriedade da doença na época por parte de alguns familiares, como já era previsto por Fortes *et al.* (2020), parece que todos os funcionários entenderam a gravidade da situação e adotaram os protocolos necessários. Assim como, também se encarregaram da difícil tarefa de tentar conscientizar os céticos. Foram citados veículos de informação de qualidade que orientaram as informações passadas e as regras que foram estabelecidas para os processos de trabalho, quase que as mesmas apresentadas no capítulo 2, o que pode ter facilitado o entendimento desta questão por todos os trabalhadores entrevistados. Sobre este ponto, todos se mostraram bastante cientes da difícil missão de conter a transmissão dos vírus naquela época, se preocupando tanto em transmitir informação correta quanto em estabelecer o trabalho da forma mais segura possível. Sobre o conteúdo informativo que orientou as mudanças executadas no trabalho os profissionais comentaram:

C3: (...) a gente ia vendo todas as atualizações das **Notas Técnicas** que saíam MAS como uma iniciativa nossa, da equipe.. **o Ministério da Saúde não veio fazer nenhuma ação ou nenhum movimento**, não veio trazer nada, a gente que recebia por PDF, pelos grupos de WhatsApp, aí via e falava “ah, a gente vai fazer assim...”. A gente acabou utilizando de documentos da **FIOCRUZ**, a gente fez um curso, é... não me lembro agora o nome, mas era específico sobre isso né... a FIOCRUZ ela atualizava muito as informações então a gente também teve essa facilidade (...) (grifo próprio).

E1: (...) pra além da organização do serviço também eu lembro que em uma dessas nossas reuniões online, né, teve um **curso da Fiocruz** que a gente assistiu, né, e foi muito bacana assim porque eles falaram sobre várias coisas para além dos cuidados assim que estavam sendo amplamente difundidos, mas uma questão assim de preocupações também, como que a gente organizava em relação a luto. Enfim, foram muitos aspectos (grifo próprio).

A FIOCRUZ e as Notas Técnicas do Ministério foram citadas. Apesar da qualidade utilizada nos instrumentos de contenção do vírus citados pelos participantes, a Coordenadora entrevistada em particular comentou que a busca por informação era de total iniciativa do serviço e não existiu nenhum incentivo nem do Ministério da Saúde e nem da Secretaria de Saúde do Município de Itaguaí de as difundir no CAPSi; informação esta que não apareceu no grupo focal. A Coordenadora inclusive comenta como este fator acaba trazendo a sensação de descaso por parte do interesse público em relação a todos que estavam frequentando o serviço naquela época, como se não se preocupassem com a segurança dos usuários e profissionais. Enquanto outros serviços da saúde recebiam materiais que ajudavam na divulgação de informação, o que também é uma medida de segurança tão importante quanto as EPIS, o CAPSi, mesmo sendo um serviço da saúde, não foi incluído nessa estratégia.

C3: **As condições que o Ministério da Saúde exigiram foram conduzindo a gente...** o distanciamento, uso de máscara, álcool... isso não faltou pra gente, a gente recebeu as bombinhas de álcool. não chegava pra gente os cartazes de divulgação de programas, né? **Cartazes do Ministério da Saúde dizendo as diretrizes de proteção, nunca chegou aqui. nenhum!** Nenhum! Pra gente pendurar, a gente fez cartolina a mão e aí a gente pendurava quando precisava. A gente via na clínica da família, nos postos de saúde, mas **a saúde mental é como se não fosse um local onde as pessoas não precisassem se proteger** Mas a gente sentiu muita falta, do próprio da Secretaria do Município, da Vigilância Sanitária do município, não ter feito um trabalho que incluísse a saúde mental. nenhum cartãozinho, pelo menos, pra botar ali escrito “use máscara!”, não tivemos mesmo () (grifo próprio).

Apesar das críticas proferidas percebe-se que, ainda assim, a produção de um material científico de qualidade e de fácil acesso ajudou os funcionários a se orientarem no trabalho. As exigências do cenário epidemiológico da época foram um dos grandes impactos imediatos aos processos de trabalho do CAPSi no primeiro ano da pandemia de COVID-19 porque os profissionais foram obrigados a interromper e remodelar vários de seus instrumentos em um curto período de tempo e, ainda assim, se exigiam de que a essência da finalidade de seus processos de trabalho não fosse perdida. Foi necessário elaborar mas o tempo e a urgência do cenário não permitiu com que este processo tomasse muito tempo. Foi citada a aplicação de medidas sanitárias que envolvem o distanciamento social e a higiene contínua dos brinquedos que estavam disponibilizados e alterações nas escalas de trabalho, por exemplo. Foi adotado um rodízio e redução de carga horária presencial para evitar as aglomerações. Os pacientes foram atendidos na modalidade online e de forma

presencial. Houve tentativa de afastamento dos profissionais que pertenciam ao grupo de risco da COVID-19, entretanto, os mesmos preferiram assinar um termo de responsabilidade e retomar as atividades mesmo dentro do contexto de risco da pandemia de COVID-19. Ainda que tenha sido recomendado aos usuários e familiares que eles não fossem ao serviço se estivessem com sintomas de gripe, essa regra parece não ter sido muito bem respeitada e isso foi um dos desafios da pandemia de COVID-19 nesse primeiro ano.

Como foi observado anteriormente, os profissionais se mostraram mais conscientes neste ponto. De início, dado os sintomas, eles eram afastados e faziam o teste para iniciar um trâmite de perícia. A doença se confirmada garantia um afastamento de 14 dias das atividades de trabalho. Apesar desta consciência dos profissionais, no grupo focal citaram a falta de testes no município que acabaram causando intercorrências na perícia, corroborando o conteúdo referido anteriormente de como o descaso do Governo Federal afetou várias camadas da sociedade (Avila, 2021).

E3: E foi muito importante nesse período também que eu e a E5, nós somos os mais “jovens daqui” (risos), a gente ficou um pouco afastado. Depois nós fizemos um acordo, eu e ela e passamos a... Revezar, revezar entre eu e ela pra vir.

E4: Eu tive sintomas gripais... não consegui ser testada, até fui para o postinho, não consegui ser testada porquê... **não tinha teste**. Eu já fui com crachá. Não tinha o teste. E aí eles marcaram uma data pra eu retornar dentro do prazo e foi um “bololô” danado. Eu sei que **o prazo que eles marcaram eu teria que vir trabalhar e sem saber se eu tava com COVID ou não**. Aí eu sei que acabou que a perícia me afastou sem eu saber se eu tava com COVID ou não. Até hoje eu não sei

E2: Aqui... eu creio, tá? Que aqui tinha teste sim. Mas eu acho que deveria ser pros privilegiados. Por quê? **Quando eu fui fazer meu teste, eu tive que ser um pouco ignorante com o médico** (risos). Um pouco agressiva com o médico nas palavras porque em nenhum momento ele quis fazer o teste em mim. Ele se omitiu, porque ele ficou assim: “Ah, se você já passou pelos 14 dias, os 8 dias, não morrendo, não vai morrer agora” ... eu bati o pé para ele, eu trabalho com criança... aí eu tiver que falar com ele, “eu trabalho com criança, são especiais, eu não sei se eu estou, se eu tive, entendeu? Porque eu tenho que dar um parecer pra equipe. Foi aí que ele falou assim, “vai fazer o teste, vai fazer o teste” Com uma ignorância. Fiz o teste, deu positivo. Eu fiquei desesperada porque até então estava dando positivo, que aí um outro médico, não foi mais esse, foi um mais educado, me explicou tudo, entendeu? (grifo próprio).

E4: Mas quando vinha alguém e chegava aqui com sintomas virais ... mesmo a gente não tendo essa confirmação ou não se era o COVID a gente orientava a fazer um teste, afastar e esperar.

C2: A gente tentava fazer isso ali na recepção. Apresentou algum sintoma. **Mas passava, né? Um ou outro....**

E4: Depois eu lembro de estar no atendimento, já no final do atendimento, e o pessoal fala “ah porque eu tô com sintomas gripais”

Uma das falas acima cita problemas do sistema de saúde do município em lidar com a demanda de saúde mais urgente da época, a COVID-19. Foi questionado pelo grupo se a falta de testes vinha do Ministério da Saúde, que não conseguiu prover uma quantidade adequada, ou se a razão pela falta se dava por algum tipo de “privilegio”, como afirma a

participante E2. Esta dúvida permanece sem resposta, entretanto, podemos afirmar que existiu uma dificuldade dos médicos de entrar em consenso em relação às informações sobre a COVID-19, principalmente no início da pandemia. Foram confusas as informações sobre os remédios que poderiam ser tomados e também sobre as medidas de biossegurança possíveis, principalmente os testes e quando deveriam ser realizados ou não. De toda forma, foi encontrado dificuldades no acesso destes profissionais aos serviços de saúde do município para que pudessem garantir a segurança de todos que estavam trabalhando no CAPSi, gerando estresse nos trabalhadores durante o ano de 2020.

Cabe destacar que a Coordenadora Técnica não cita essas intercorrências, muito pelo contrário, ela comenta não ter percebido falta de acesso ao teste por parte dos profissionais. Ela cita de início uma obrigatoriedade dos testes serem feitos em Itaguaí para o trabalhador poder tirar sua licença médica, o que pode ter favorecido ainda mais o estresse dos trabalhadores com as questões que foram levantadas pelas participantes E2 e E4 anteriormente, muitos dos profissionais não são residentes do município de Itaguaí morando nos arredores da região.

C3: (...) no início era assim, qualquer sintoma de gripe afasta por 14 dias, aí depois isso ficou mais... como começou a vacinar, tendo o teste, a perícia da prefeitura já analisava se... uma coisa que mudou, a perícia passou a ser online, então o profissional que tava com sintoma de gripe fazia o teste na unidade mais. muitos protocolos foram mudando mas tinha que ser obrigatoriamente aqui, a pessoa tinha que vir até Itaguaí, fazer o teste aqui pra ver se ela tava ou não e depois ir pra casa. Depois isso foi flexibilizando, eles podiam fazer o teste próximo de casa, mandava pra gente a foto pelo *Whatsapp* e a gente já mandava por email e aí tava tudo certo. Geralmente era de 7 a 10 dias de afastamento que foi caindo né? Antes era 15 dias, depois 10 dias, depois 7 e no finalzinho acho que foi pra 5 dias de afastamento foi diminuindo. Com relação aos profissionais a gente nunca teve problema, é. acho que a gente nunca também teve falta de teste, nem em Itaguaí, nem em as pessoas moram em muitos municípios do Rio e conseguiam fazer os testes com agilidade, acho que tinha que esperar só o tempo, tinha três dias pra fazer o teste. Com os profissionais nós não tivemos problemas, com os usuários a gente sempre, quando eles ligavam a gente perguntava se tava com sintoma de gripe, e aí a gente. se tivesse, a gente tava ali fazendo o acolhimento por telefone. Se chegasse pra gente, aí a gente atendia porque é aquilo, a gente não sabe o que que é.

Ambos, o grupo focal e a Coordenadora Técnica, concordam no ponto de que aconteceram os atendimentos de pessoas doentes pelos funcionários. Existiam os familiares que negavam e iam gripados para o serviço e o interesse público que não forneceu incentivos de enfrentamento adequados, até chegar nos médicos que também estavam sobrecarregados no momento de emergência. É difícil ter uma compreensão mais concisa sobre esta última questão, mas é possível dizer que faltou testes e que consequentemente o trabalho também foi afetado. Todos pareciam estar muito preocupados com o contágio, o medo parecia não ser só de pegar o vírus mas de também o transmitir para familiares e entes queridos.

As falas dos entrevistados deixam claro o quanto todo este cenário de desamparo os colocava em uma situação de risco ainda mais iminente, para além do medo e tensão que toda aquela época já denota por si só. As duas entrevistas também destacaram uma alta quantidade de recepção de novos casos a partir de 2020, o que pode tornar todo o contexto ainda mais desafiador dentro deste cenário de medo e insegurança. Os acolhimentos de porta aberta apenas davam seguimento aos atendimentos de urgência, como foi orientado nas Notas Técnicas referidas no Capítulo 2, o que foi chamado pelo grupo focal de “atendimento mais individualizado”. Foi mantido o princípio da porta aberta mas era avaliado pelos profissionais a urgência, quando não era urgente eles pediam para que a família retornasse em um outro momento. Sobre como estava organizado o atendimento dos casos emergenciais que chegavam ao CAPSi no primeiro ano da pandemia de COVID-19, os profissionais comentam:

E1: Então, tiveram alguns casos novos, algumas recepções. É porque rolava uma seleção, assim, se dava para esperar um pouquinho, se era mais urgente ou não. O que... é, enfim. Vinha, né. A gente fazia esses **atendimentos mais individualizados** (grifo próprio).

C2: **A gente às vezes acolhia, né.** “Não, aqui não é tão urgente, dá para esperar”. Aí a gente orientava para as coisas melhorarem, a gente entra em contato, para estar marcando o retorno (grifo próprio).

C3: Os acolhimentos não, porque aí porta aberta a gente mantinha mas a gente, **quando a gente via que aquilo não era uma urgência a gente avisava que não ia poder atender**, de fazer um acompanhamento aqui dentro (...)

Os impactos no trabalho pela necessidade da adesão das medidas de biossegurança permaneceu reorientando muita das práticas de forma intensa até o momento da vacinação dos profissionais, em 2021, a partir daí parece ter existido um abandono gradual de acordo com os resultados do calendário de vacinação da população. A evolução da vacinação foi o que permitiu com o tempo que as medidas de biossegurança adotadas começassem a ser abandonadas de forma gradativa.

C3: Acho que **a vacina é um marco pra quando as coisas começam a voltar...** eu acho que sim. A vacina se eu não me engano ela começou no dia 20 de janeiro que foi o feriado de São Sebastião, **20 de janeiro de 2021**, que a gente começa a se vacinar... eu lembro porque eu peguei COVID e na semana da vacina eu não podia tomar (risos) e fiquei frustrada para caramba. Eu fiquei o ano de 2020 inteiro sem pegar, em 2021 foi exatamente isso, início de janeiro... e eu acho que a gente manteve esse rodízio até janeiro de 2021(...) a gente ficou um bom tempo fazendo grupos com menos de cinco, cinco no máximo e isso foi até ano passado... 2022... esse ano, quando a gente liberou, foi até um movimento da supervisão também tipo: chega de agendar! **Porque isso foi um impacto negativo no serviço, essa questão do controle da quantidade de pessoas dentro dos grupos gerou agendamentos**, o que não é preconizado dentro de um atendimento da saúde mental, virou um ambulatório (grifo próprio).

Com a vacinação da equipe algumas atividades começaram a retornar à “normalidade”, como os atendimentos em grupo, ainda que por bastante tempo tenham

permanecido com quantidade limitada de pessoas. Isto foi um impacto negativo detectado pelo Coordenadora Técnica advindo da pandemia de COVID-19 nos anos de 2021 e 2022: os grupos começaram a se organizar sob agendamentos, o que nunca foi priorizado pelo serviço em questão antes e este instrumento de trabalho se viu prejudicado. Cabe destacar que, apesar da equipe e posteriormente os adultos se vacinarem, ocorreu todo um atraso na vacinação, principalmente do público infantil, o que causou um impacto no trabalho do CAPSi:

Entrevistadora: Vocês acham que esse atraso da vacinação das crianças, principalmente, causou alguma intercorrência no trabalho de vocês aqui?

E1: Acho que o fato de elas serem vacinadas depois também fez com que os pais se sentissem mais confortáveis e mais seguros para retornar aos atendimentos depois também. Eu acho que teve um impacto nisso, na minha opinião.

C2: Eles só voltaram assim, de fato quando a escola começou, foi muito junto. Apesar da gente não ter fechado, os atendimentos aqui só começaram quando as escolas começaram (grifo próprio).

A vacinação da equipe já tinha dado início a um estímulo do retorno das atividades presenciais de forma plena, mas parece que somente após a vacinação das crianças existiu uma retomada definitiva. De início é possível perceber que os processos de trabalho do CAPSi estudado sofreram bastante pressão por conta do sofrimento sentido por seus usuários, mas também, por conta de todas as exigências que precisaram ser incorporadas, obrigando a equipe a renovar e remodelar seus instrumentos. As medidas de biossegurança atualmente já não são mais vigentes e não impactam mais os processos de trabalho do CAPSi. Entretanto, a expressiva demanda de urgências a partir de 2020 trouxe uma série de mudanças no trabalho; atendê-la sem os serviços parceiros necessários foi um outro impacto da pandemia de COVID-19 destacado pelos profissionais entrevistados. Por isso, é importante que o próximo tópico se dedique de expor os relatos dos profissionais sobre os usuários e sua relação com o trabalho construído.

4.7.2 O perfil dos usuários do CAPSi durante a pandemia de COVID-19

A pandemia de COVID-19 acabou gerando um grande impacto na saúde mental infantojuvenil da região, como foi destacado no desenrolar de ambas as entrevistas. Existiu uma mudança no perfil de atendimento deixada pela pandemia de COVID-19 no CAPSi, assim como, alguns impactos severos sofridos na saúde de usuários e familiares marcaram a história do CAPSi em questão e dos próprios funcionários entrevistados. Tais marcas reorientaram práticas de trabalho, mas também, fez emergir novos instrumentos que pudessem dar conta das demandas recebidas.

Foi relatada uma mudança significativa no perfil de atendimentos a partir da pandemia de COVID-19, pois se antes o serviço da região era conhecido pelo atendimento apenas de crianças a partir de 2020 eles começam a receber casos expressivos de adolescentes em crise, o que obriga a equipe a pensar em questões completamente novas.

E1: Eu acho que sobre esse ponto assim, eu cheguei em fevereiro, né? Mas eu não sei se houve, de fato, estatisticamente uma mudança de perfil. Mas a gente começou a ver muito mais questões de **ideações suicidas, de automutilações, muito proveniente desse isolamento social**. Então assim, a gente passou a ser muito mais frequente. Se antes a gente recebia... Acho que a gente ainda recebe, né? Muitos autistas, muitas questões aí de linguagem e tal. Mas esses temas passaram a ser mais frequentes nos nossos acolhimentos, então acho que **teve uma mudança de perfil** também (grifo próprio).

C3: Antes da pandemia... tipo, atendíamos crianças a partir de 5 anos, a partir de 6 anos... aí tinha os adolescentes... mas assim, **a marca do CAPSi eram as crianças**. Com a pandemia isso vira, essas crianças ficam bem em casa e os adolescentes aparecem demais! Muito adolescente automutilado, as questões trans, da população trans apareceram, porque eles passaram a ficar mais em casa com os pais. Então isso começa a ficar muito... a questão da repressão que os pais faziam né? Então começa a vir muito pra gente a **questão da depressão, da automutilação, tentativa de suicídio da população trans entre os adolescentes, um número avassalador e crescente e as crianças abaixo de 5 anos que a gente não recebia**. A gente começou a receber criança de 1 ano aqui! (grifo próprio).

Pelo o que é possível perceber, por mais que os adolescentes tenham se tornado um público mais expressivo do que antes, o que foi uma novidade pro CAPSi, as crianças também apresentaram suas questões com o desenrolar da pandemia de COVID-19.

C3: (...) mãe já pedindo diagnóstico pra criança de um ano porquê...e aí, isso foi assim... **2020 foi tranquilo, 2021 começa os pequeninhos que ficaram sem escola 2020 inteiro, não foi pra creche, não teve estimulação, e... aí começa e não para até hoje**. A gente tem até uma... a gente faz o acolhimento... quando a gente tem um acolhimento de crianças de 0 a 2 anos a gente atende os pais, a gente explica pros pais que primeiro vamos ter que conversar com esses pais porque não tem como a gente diagnosticar criança de 0 a 2 anos. Isso aqui no CAPSi e aí a gente faz a orientação aos pais. No outro dispositivo que foi trabalhando em paralelo com a gente, que foi é o Centro de Especialidade de Fonoaudiologia e Fisioterapia, que é o **CEFF, eles passaram a fazer o serviço de estimulação precoce de 0 a 3 anos e meio, a partir de 2021**, no finalzinho de 2021 e 2022, é...e aí foi dando que... a gente falava que com os pais a gente sabia que podia encaminhar as crianças pra esse lugar que fazia uma estimulação precoce... porque, começou esse **boom do autismo a partir da pandemia** e muita gente... todo mundo virou risco de autismo e a gente entendia que tinha ali algo, que aquilo era algo que tinha a ver com o desenvolvimento (grifo próprio).

Enquanto os impactos com o público adolescente surgiram logo no início da pandemia de COVID-19, em 2020, aumentando expressivamente a demanda de crises graves, as crianças se viram mais impactadas em um momento posterior. O afastamento da escola e o distanciamento social aos mais novos desenvolveram um *boom* de diagnósticos de autismo na infância que exigiu ainda mais diálogo e preparação da equipe.

Os atrasos no desenvolvimento do público infantil fizeram com que a equipe procurasse pontos complementares para o tratamento, como o encaminhamento à Estimulação Sensorial Precoce. Sobre como a demanda dos adolescentes na pandemia de COVID-19 vem sendo encaminhada pelo CAPSi a Coordenadora Técnica do serviço comenta:

C3: Então quando você pergunta se ficou, os adolescentes permanecem? **Eles permanecem porque hoje existe um outro espaço de acolhimento...** já era mas agora eles entendem que aqui podem ser acolhidas outras questões que eles não diziam pra ninguém então tem uma ampliação e aí eles permanecem em um **lugar de luta**, por exemplo... a gente tem aqui um adolescente que passou a mudar as roupas, passou a se maquiar e antes ele vinha de máscara a gente não via, hoje ele tirou a máscara e estava de batom vermelho. E aí aqui é o lugar que ninguém vai julgar... e também não é fácil porque tem **parte da equipe que tem dificuldade com isso**, não é fácil pra todo mundo, é fácil pra minoria... (grifo próprio).

Já sobre as questões que incidiram sobre a infância e que ainda permanecem como demanda têm-se os seguintes relatos:

Entrevistadora: Acaba virando uma outra epidemia né?

C3: Exato. **Vira outra epidemia e que a gente ainda não saiu né do autismo** e agora vêm a epidemia dos pedidos de mediadores nas escolas, agora a gente está com as professoras enlouquecidas desde o ano passado... **2022 foi muito difícil pra educação e aí reflete nos nossos, né?** (...) É porque eu vejo que muitas crianças receberam diagnóstico de autismo sem ser e eu me preocupo muito com qual vai ser o futuro dessas crianças e o futuro escolar inclusive. Muitas pessoas abraçam o autismo como deficiência intelectual, uma pessoa anulada... um eterno deficiente de tudo. Então a gente vê a escola muito perdida com isso, é o que a gente mais ouve. Hoje mesmo eu recebi uma ligação da escola onde a diretora falou assim “É uma turma de 15 alunos e 5 são autistas..” e isso está até hoje, ficou... tem turmas de 20 que 10 são, não tem mediador pra todo mundo, tem mães querendo ajudar na escola e isso não é possível (grifo próprio).

E6: E a gente tem recebido bastante esse né... digo porque eu estou aqui já esse tempo, os pequenos, nessa faixa etária aí dos três anos, né? Que foi justamente nascidos, ou na pandemia, ou próximo a ela e aí tiveram essas **questões de socialização confusas**, né? E a gente tem recebido bastante dentro dessa faixa etária, uns quatro, cinco, seis anos.

E5: E depois disso, até nessa fase de oito, sete, oito anos, por conta da **alfabetização que foi muito prejudicada**. E assim, a escola está nos mandando, né? Como se a criança tivesse, às vezes você observa que é só parte mesmo da socialização. Não é um problema em si que a criança tenha (grifo próprio).

Mesmo com as dificuldades de parte da equipe com os adolescentes trans comentadas pela Coordenadora Técnica, eles foram acolhidos no CAPSi. O que os fez ficar mesmo com a resistência dos profissionais é desconhecido, sendo uma lacuna deixada por esta pesquisa. O grupo focal, apesar de citar a mudança de perfil dos atendimentos e identificar um maior número de crises graves, não citou esta informação. Isto pode indicar a permanência da resistência na equipe detectada pela Coordenadora Técnica, entretanto, parece que os objetivos finais dos processos de trabalho não mudaram, pois estes adolescentes foram acolhidos e permaneceram. Até a entrevista com a Coordenadora Técnica acontecer, a pesquisadora não tinha ciência desta questão, o que

impediu que este ponto pudesse ser perguntado à equipe para que se pudesse entender melhor dos próprios como eles vinham lidando com esta questão.

Um outro ponto que tocou os usuários e que recebeu destaque em ambas as entrevistas foi a situação de vulnerabilidade socioeconômica dos familiares e pacientes, que acabou exigindo ainda mais da equipe no ano de 2020. A princípio, a Coordenadora Técnica cita este aspecto se aprofundando mais na criação de novos processos de trabalho. Ela localiza a emergência da questão, entretanto, se aprofunda na descrição dos instrumentos que foram criados. Além dos novos procedimentos, a equipe comenta que tais impactos acabaram obrigando-os a ocupar um lugar “meio assistencialista”, o que diz sobre uma reorientação de finalidade dos processos de trabalho. Não é que o serviço não lidasse com a vulnerabilidade socioeconômica antes, é que naquele momento, ela se apresentou como uma prioridade exigindo que fossem tomadas ações mais diretas nesta direção.

E5: (...) eu sou um que comando muito as VDs, né. Estou muito envolvido nas VDs, aí hora eu chamo uma colega, outro pra vir comigo e tal, e eu sou muito de ir nos lares e saber como é que está passando. Participei de muitas entregas de cestas, fiz também alguns... é... pedidos para ajudar, para poder fazer, porque é importante. Eu acho que **as famílias ficaram muito vulneráveis nesse período**, foi um período muito crítico, porque para gente que tem um emprego garantido, show de bola, mas para quem não tem, que vive de uma produção dele própria, aí parou de trabalhar, fica difícil, né. Então **nós precisamos de aí dar um apoio meio que assistencialista mesmo**, infelizmente nós tínhamos que fazer um papel desse para poder estar cooperando com essas famílias (grifo próprio).

C3: (...) o que eu acho que trouxe de muita novidade em 2020 foi a gente começar a se preocupar com quem ia ficar desempregado, com quem ia passar fome, isso ficou muito... muito emergente. É algo que quando estamos aqui, no dia a dia do trabalho, a gente recebe casos de sofrimento muito intenso a gente até se perde disso, isso vai acontecendo em um processo depois. Mas no primeiro atendimento, uma violência, é, um abuso sexual e uma violência doméstica ou uma crise, a gente vai dar atenção a aquela crise naquele momento mas a gente esquece de se perguntar se mora em casa ou mora na rua, a gente não pergunta se passa fome ou se não passa... isso não vem num primeiro momento. A gente vai conhecendo a história e a gente vai se deparando com essas situações, e aí vai entrando ali no nosso radar. **Quando começa a pandemia isso se torna prioridade**, entendeu? (grifo próprio).

As VDs geram um contato próximo com as famílias, e se deparar com tal realidade acaba exigindo dos profissionais outros instrumentos de trabalho que até então não eram usuais. Os processos de trabalho já estavam modificados pelas exigências de biossegurança do ano de 2020 e também precisaram se adequar às demandas que os serviços da assistência deveriam suprir; o que confirma que as políticas públicas não atenderam a problemática intensificada pela pandemia de COVID-19, já que ficou a cargo do CAPSi esta tarefa. Apesar desta reorientação no trabalho ser considerada pelo participante E5 como um apoio “meio assistencialista”, pelo cenário relatado, isto era o que muitos casos realmente necessitavam de forma bastante emergencial por conta do alto número de desempregados que veio junto com a pandemia de COVID-19. Ambas as entrevistas citam como um

determinado ex-Técnico de Saúde Mental da equipe alertou sobre a necessidade dos processos de trabalho do serviço se orientarem também mais diretamente para a questão da pobreza encontrada nas famílias de Itaguaí. A partir daí foram criados novos instrumentos, como a Anamnese Social, que ajudavam na compreensão de quais atitudes poderiam ser tomadas.

C2: Quando tinha algum chamado, alguma crise acontecendo. A gente na época, tinha um psicólogo que trabalhava aqui com a gente, o (nome do ex-funcionário) que ele ficou muito preocupado com a questão social mesmo, sobre os usuários, porque uns pararam de trabalhar, a maioria autônomos. Então ele conseguiu **doações de cestas básicas pra esses usuários. Então a gente ia nas casas para estar entregando.** (grifo próprio).

C3: (...) tínhamos um mini questionário no acolhimento com a queixa principal, se tem algum encaminhamento pra fazer e de onde está vindo, e aí vem os dados pessoais ali do usuário, os pais, endereço, escola, muito básico. A gente sente necessidade de saber assim: como que é esse território que essa família mora? Quem são os vizinhos? Com quem eles podem contar? Qual a rede de suporte familiar? Tem os documentos? Certidão de nascimento? Não tem? Coisas que nunca perguntamos... tem o cartão da... tem o cad-único? Tem o número do NIS, do SUS? Então via essa questão da documentação, via a questão da moradia, se era alugada ou própria, que tipo de moradia... se era de alvenaria ou de madeira, se era na rua, se tem piso, se tem laje, tem teto, tem telhado, se tinha saneamento básico, se tinha vaso sanitário, a gente nunca perguntou isso em 2019 (risadas) já fazia um ano que eu tava aqui e a gente não perguntava isso, isso não vinha e aí isso vêm como uma realidade. A gente começa a descobrir de gente que não tinha vaso sanitário na casa! Então... a pandemia trouxe isso, esse instrumento ele ainda existe (...)

Entrevistadora: Então esse instrumento ele se mantém até hoje, vocês continuam usando, e aí vocês o remodelaram um pouco pela questão da pandemia ter se afrouxado, né? Mas continuaram usando...

C3: Mas confesso que... ele veio num primeiro lugar na pandemia, que a gente entendeu que isso era importante, e aí de novo **ele vêm assim... de vez em quando...** não fica pra todos os usuários, os Técnicos ainda não tem o hábito de “Ah, vamos fazer **anamnese social** em todos os casos”. Alguns casos que a gente observa: Ah, nossa! Esse caso aqui é muito social... muito psicossocial... opa! Anamnese! Vamos fazer. Mas ele não é um instrumento regular do acolhimento que eu acho que tinha que ser (risos) mas eu também entendo que as pessoas tem chegado com um sofrimento assim... **a gente tá cada vez mais impacto com as violências mesmo que chegam, com as crises que chegam, com as não crises que são vistas como crises e a gente tem que desconstruir** (grifo próprio).

Passou a ser feito um mapeamento social dos pacientes a fim de prever o grau de vulnerabilidade que seria encontrado, afinando as estratégias que poderiam ser aplicadas a depender de cada caso. Parece que o CAPSi se sentiu obrigado a inserir como finalidade do processo de trabalho a distribuição das cestas básicas e doações de igrejas, por exemplo, até intermediando a distribuição dos recursos. Os funcionários realizaram a distribuição de cestas básicas e também passaram a trabalhar junto à feira municipal, buscando um meio de fornecer renda a responsáveis que se viram sem trabalho durante o tempo do isolamento social. Foi criado então um outro instrumento, a Feirinha de Saúde Mental dentro da feira local de Itaguaí. O material vendido era feito tanto pelos responsáveis quanto pelas oficinas

com os usuários que aconteceram dentro deste retorno gradual. Atualmente o CAPSi já não faz mais o trabalho de redistribuir recursos, entretanto, a Feirinha de Saúde Mental continua como um instrumento que nasceu na pandemia de COVID-19.

E4: E nem foi só assistencialista porque quando eu cheguei aqui, eu já cheguei já tinha um projeto pronto pelo (nome retirado do ex-Técnico de Saúde Mental comentado anteriormente), que foi citado aí. Que era um projeto da **Feirinha de Saúde Mental**, justamente por essa questão, pelos pais terem perdido os seus empregos, pensar na possibilidade de se reinventar e ter uma outra fonte de renda. Algumas peças já ficavam expostas aqui na recepção. Eu lembro muito de uns panos de prato que ficavam aqui... pulseirinhas. Aí para além de ter esse espaço aqui, esse psicólogo ele conseguiu uma parceria com a cooperativa dos artesãos daqui de Itaguaí. Era uma feira que acontecia mensal. Não lembro a partir de quando a feira começou, acho que foi em 2021. A gente começou em **maio de 2021**, mas essa feira já existia, eu não lembro precisar assim a data. E aí a gente entra nessa feira a partir de maio de 2021, levando as produções dos pais. E na época a oficina ainda não tava no ritmo de produções que fossem vendáveis. Então o que a gente conseguia fazer aqui de produções da oficina a gente levava pra lá, mas a gente também pegava o que esses pais produziam em casa e a gente levava pra essa feira. E pra não aglomerar, a gente não convidava os pacientes. A gente se responsabilizava pra gente levar e depois o que a gente conseguia vender, a gente identificava de quem que era e dava esse valor integral pro familiar. E o que fosse vendido daqui da oficina a gente acabava comprando bens materiais para a oficina se auto alimentar. **E a gente está nessa feirinha até hoje** (grifo próprio).

C2: Uma coisa boa que ficou.

C3: Isso vem na frente. É... a gente tinha um Técnico aqui especificamente que começou a alertar isso pra gente. Ele dizia “a gente precisa saber, fazer um **mapeamento de quais famílias vão ficar mais vulneráveis**”, como que seria conseguir cesta básica... então, inclusive ele conseguiu a **doação de algumas igrejas** e deixava aqui, aí a gente ia fazendo a elegibilidade, qual família estava precisando mais, **o quanto seria terapêutico também o CAPSi estar nesse lugar, o quanto aquilo ali era um processo de cuidado... né?** Uma cesta básica que antes era uma coisa da assistência, pro CRAS fazer, a gente nem entrava nisso... é, mas aí depois a gente teve uma atuação com a escola, transformando todas as merendas em cesta básica. Eu não sei se todos os municípios teve isso, mas aqui aconteceu. Como as famílias não estavam mais frequentando as escolas, a escola fazia a distribuição desse alimento e aí a gente ficava acompanhando quem estava recebendo ou não (grifo próprio).

Ao que parece o CAPSi ficou responsável por ações assistencialistas no começo da pandemia de COVID-19 porque houve uma falta de serviços parceiros que deveriam estar cobrindo este ponto, a Coordenadora entrevistada individualmente cita o CRAS como um exemplo. Posteriormente entenderemos mais amplamente as falhas na articulação entre os setores que aconteceram a partir da pandemia de COVID-19 e como isso tudo trouxe consequências aos usuários e ainda mais estresse aos trabalhadores. Com o desenrolar da pandemia de COVID-19 e a volta à normalidade parece que a questão da vulnerabilidade retornou para um segundo plano e aparece de forma urgente em casos específicos, mas sempre está ali nunca sendo ultrapassada. Apesar de ser detectado que a Anamnese Social poderia voltar a ser regular nos acolhimentos, é afirmado que as violências e crises que o

serviço estavam recebendo no início de 2023 acabavam impactando os profissionais de forma mais alarmante.

Até o momento foram apresentadas questões complexas para esses trabalhadores tentarem contornar, isso tudo em meio a um cenário muito estressante e inseguro. Na entrevista feita separadamente com a Coordenadora alguns conflitos que aconteceram entre os funcionários no ano inicial da pandemia de COVID-19 que perpassam o trabalho acabam vindo à tona. A seguir, será apresentado como a equipe se organizou estrategicamente a partir de 2020 e alguns dos impactos da pandemia de COVID-19 nas relações interpessoais destes profissionais ao longo dos anos estudados. Foi necessário pensar em uma reorganização técnica dos encontros e das estratégias de qualificação, mas também, lidar com tensões dentro da equipe.

4.7.3 Organização da equipe

Já foi comentado que a equipe acabou adotando o formato híbrido de trabalho. Ao que parece, a maioria dos profissionais possuía uma carga horária de 16 horas, o que os permitiu de se dividirem entre 8 horas de trabalho presencial e outras 8 horas para reunião de equipe e trabalho *home-office*. As reuniões aconteciam online no começo da situação emergencial de saúde e foram se adaptando conforme novas estratégias de videochamadas foram evoluindo, até que retornaram para o formato presencial após a vacinação de todos os funcionários. Apesar de citarem um dia fixo para as reuniões e um esforço para que todos os profissionais estivessem presentes, foi comentado que a equipe não tinha uma supervisão clínico-institucional até meados de 2021 e acabou passando um dos anos mais críticos da pandemia de COVID-19 sem nenhuma orientação nesse sentido.

Entrevistadora: E como é que acontecia a comunicação de vocês durante esse período?

C1: Foi pelo online mesmo...pelo Zoom. pelo Zoom?.

C2: **Pelo Zoom, pelo Meet.** A gente começou com o Zoom, né? Aí o Zoom tinha aquela questão do tempo que caía toda hora...

C1: Com a questão do celular muita gente não tinha essa de mexer no telefone, então era... **pra começar era uma luta.**

E6: Aqui a maioria são 16 horas. Então a gente vinha no dia presencial e no dia da reunião a gente fazia online.

Entrevistadora: Pelo que entendi, se vocês organizassem isso daria um grupo de supervisão durante esse período?

C2: Não, não. **Não tinha supervisão.** A gente tinha reunião de equipe, já discutimos os casos. Isso acontecia online.

E6: Às vezes, um caso mais pontual a gente discutia também no privado, sabe? Quem estava acompanhando mais de perto (grifo próprio).

C3: (...) desde que eu entrei na coordenação em 2021 a gente tem feito um esforço pra que todos os profissionais do CAPSi estejam nas reuniões de terça-feira para

participar como uma supervisão. **Em 2020 a gente ainda tinha isso fragmentado, nem todos os profissionais participavam na terça...** tinham o dia de terça-feira pra isso, era como um dia de trabalho. Aí, com o online e com a pandemia a gente conseguiu ter acesso na reunião de equipe desses profissionais que não vinham na terça né mas online eles conseguiam estar participando. Isso foi uma diferença também (grifo próprio).

A Coordenadora comenta que a supervisão só foi adotada por conta de um incentivo financeiro estabelecido pelo Governo do Rio de Janeiro.

Entrevistadora: Mas as supervisões hoje vocês fazem?

C3: A supervisão ela chega pra gente depois da pandemia... a gente passa a pandemia sem supervisão. A supervisão chegou **a supervisora chegou em 2021**, abril de 2021 a gente recebe a primeira supervisora do CAPSi. A gente não tinha. Isso tem a ver com a imposição da política pública, aí vem né. **os indicadores da Saúde Mental passam a ser o matriciamento e a supervisão, pra receber a verba do COFIS você tem que ter essas duas coisas.** Então a gente tem um redirecionamento do serviço a partir da política pública. Dessa imposição que vem do estado e aí a gente recebe a nossa primeira supervisora em abril de 2021 então a gente passa a pandemia sem supervisão! (risos) (grifo próprio).

O programa citado pela Coordenadora é o Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS), este programa é uma estratégia de fortalecimento da RAS. Ele foi instituído em 2019 pela Resolução SES nº 1.911 mas apesar de destacar a importância da supervisão ainda não havia estabelecido nenhum recurso financeiro específico que buscasse favorecer sua adesão até o ano de 2021. Somente a partir de 13 de maio de 2021 é estabelecido um incentivo financeiro dentro deste Programa para que os municípios mantivessem e aderissem às supervisões clínico-institucionais²⁸. A Coordenadora-Técnica destaca em sua entrevista a importância da supervisão para os processos de trabalho da equipe.

Entrevistadora: Vê como que esse período todo, ele também acontece com usuários mas também impacta as pessoas que trabalham aqui né?

C3: Totalmente.... muito mesmo. Então a supervisão chegou ajudando muito. Não sei o que seria da gente se não fosse a supervisão (risos). Acho que muita gente teria pedido pra exonerar ...muita gente.

O fato do CAPSi ter aderido a supervisão por conta do Programa citado mostra a importância de uma boa política pública, que oriente, mas que também tome ações de incentivo financeiro que possibilitem ferramentas de trabalho de qualidade. Não adianta existir um incentivo apenas com palavras, alguns serviços necessitam de investimentos financeiros para conseguir operacionalizar as propostas, como foi com a supervisão neste caso. Esta ação só chega no desenrolar da pandemia de COVID-19 quando na verdade já

²⁸ Tal informação foi publicada na Deliberação CIB-RJ nº 6.406 de 13 de maio de 2021.

deveria ter acontecido há muito tempo, não foi citado por eles nenhum outro programa de suporte ao trabalho destes funcionários no ano de 2020, ou até mesmo algum outro programa de incentivo após o ano de 2021.

A Coordenadora Técnica menciona que antes da pandemia de COVID-19 o CAPSi a reunião de equipe acontecia de forma desorganizada. Apesar da mesma apontar benefícios no formato *online* quanto à adesão, o grupo focal parece ter uma opinião diferente. Os profissionais citam a elaboração de estudos de caso nestas reuniões, mas também ponderam a dificuldade de alguns para acessarem este recurso *online*. Em ambas as entrevistas, quando perguntados se a pandemia de COVID-19 trouxe alguma situação inusitada ao trabalho, as respostas foram na direção das visitas aos hospitais do ano de 2020, justamente no período que estavam sem supervisão. Enquanto o grupo focal comenta a tensão da equipe por conta do medo da contaminação, a Coordenadora Técnica comenta sobre a complexidade dos casos de pacientes internados e a dificuldade de se lidar com isso. Sobre as idas ao hospital, no grupo focal a equipe comenta:

C2: Eu acho que a equipe na época ficou assim, apesar de a gente continuar fazendo as visitas domiciliares e tal, mas **a equipe ficava muito impactada quando tinha que ir ao hospital**. Apesar de ter, né? O material de proteção, e tal. Mas ir ao hospital era bem complicado para a equipe

Entrevistadora: E quando é que era? Quando acontecia isso de vocês terem que ir lá?

E4: É porque a gente faz umas **visitas institucionais**, aí às vezes era um paciente que entrava em crise, tava internado, aí a gente era acionado. Aí a gente tinha que ir, acontecia.

Entrevistadora: Como é que era pra vocês?

C2: Nossa! Ficava um olhando pro outro. “E aí, quem vai, quem vai?”

C1: E a pessoa voltava tipo assim... nem volta, vai!

E6: É, como se fosse uma astronauta, saía daqui todo preparado.

C1: É, eu voltei... A minha filha tava com cinco meses. Então assim, eu não podia ordenhar o... os seios aqui pra tirar o leite por conta da contaminação, então eu não podia sair pra amamentar ela porque eu tinha que ir em casa, tomar banho, lavar cabelo, tudo pra ir pra casa da minha mãe, então assim foi bem difícil, era bem complicado, aí ficava o dia inteiro aqui, aí pra todo mundo né, pra ir pra casa era ruim, porque aí você tinha que se lavar todo pra ter contato com a criança. Aí foi bem... foi complicado demais, assim pra mim foi muito. Eu fico preocupada pela minha filha, porque eu ficava “poxa, ela é um bebê... cinco meses”, e um tio com câncer, e a minha mãe, todo mundo morando junto. Então foi tenso, mas sobrevivemos (grifo próprio).

Já a Coordenadora desenvolve o assunto da seguinte forma:

C3: (...) **a gente passa a estar mais em hospital, muito adolescente fazendo tentativa de suicídio...** muito adolescente internado... automutilação importante, cortes profundos... é... ingestão de medicação... isso fez a gente estar sempre indo lá, indo sempre ao hospital... eu acho que isso é o que mais assim, com a pandemia e eu entrando na coordenação, é o que mais a gente... **nós tivemos dois falecimentos, duas situações inusitadas**. Acho até que não tem tanto a ver com a minha coordenação, eu não tava na coordenação ainda... mas tem um usuário, não sei se já falaram aqui mas marca o CAPSi essa morte, que é de um adolescente, que eu fico como referência da família depois da morte dele (grifo próprio).

As falas indicam que os funcionários sentiram o impacto das idas aos hospitais. Ainda que tenham desenvolvido o assunto expondo diferentes medos em relação a esta situação, ambos detectaram as visitas hospitalares como um desafio. As idas pouco tinham a ver com a doença da vez, a COVID-19, mas sim com graves tentativas de suicídio que estavam se apresentando. Enquanto os serviços de saúde do município se viram totalmente voltados para as questões geradas pela COVID-19, o CAPSi precisou dar conta de uma série de outras questões de saúde tão mortíferas quanto, que também acabavam tendo a ver com a COVID-19 por todo o cenário de distanciamento social que ela exigiu. Resumidamente, o ano de 2020 foi marcado pela preocupação com a disseminação do vírus e a reorientação dos processos de trabalho para um atendimento mais assistencialista já que os serviços que atendem esta demanda estavam fechados. As crises graves e o alto número de tentativas de suicídio foi um outro ponto do ano de 2020 importante ressaltado por esses profissionais, que exigiu logo no começo a circulação dos profissionais em ambientes perigosos, com alto risco de contaminação, gerando ainda mais medo e estresse.

A Coordenadora Técnica cita que a morte de um paciente em específico acabou gerando impactos ainda mais profundos na equipe, contando como foi realizar determinados processos de trabalho a partir desta morte. Este caso será exposto no próximo item pois ele ajuda também a entender como se comportou a rede intersetorial de saúde em relação aos usuários do CAPSi a partir de 2020. Antes de aprofundar no próximo item o impacto da pandemia de COVID-19 na articulação entre os setores, é importante comentar que as falhas de articulação que serão descritas geraram impactos na saúde mental dos profissionais.

C3: Então assim, eu acho que esse é um momento muito inusitado mas eu não tava como coordenação, tava como técnica, acontece esse falecimento, acontece de um Técnico que era super referência nossa sair, a gente tinha ele como um cara que tinha uma visão muito boa da saúde mental e aí ele meio que desiste do CAPSi, não quero mais estar aqui... e aí ele saí do CAPSi no ano seguinte, 2022, no início do ano né, eu acho... mas é isso né, porque a Técnica de Saúde Mental viu o sofrimento dele nesse caso e entende que **ele não ia conseguir mais ficar** e ela consegue tirar ele, não me lembro exatamente do mês mas acho que é no início de 2022 ou no final de 2021 mas **a morte dele, desse usuário, quebra isso e a equipe fica muito pesada**, a gente fica com a culpa toda na gente. **A supervisão quando ela chega em 2021, faz esse acolhimento da equipe né**, e isso é uma marca da equipe, a gente tem medo de errar, a gente não se lança muito ou se lança demais e trabalha muito sozinho, sempre com esse medo de errar. Isso é uma coisa que foi pontuada... a gente tá na segunda supervisora, as duas apontam a mesma coisa né? A equipe que não se permite errar. Eu acho que traz essa marca..

Entrevistadora: Entendi...

C3: A partir dessa morte, assim... foi importante. E a perda do funcionário, além do usuário a gente perde o funcionário, aquele que era referência assim. Quando ele diz: Eu não quero mais trabalhar com essa equipe! Isso traz uma marca pra essa equipe muito forte e **a gente hoje tem muitos pedidos, de pessoas que estão cansadas, que estão com a saúde mental afetadas... a gente tá renovando a equipe, né? Muita gente saindo** (grifo próprio).

A Coordenadora Técnica relata como fica a equipe após a morte de um paciente pela falta de atendimento de serviços que deveriam ser parceiros, o que impactou bastante a finalidade dos processos de trabalho do CAPSi no caso deste usuário. De acordo com o relato, isso repercutiu na equipe intensamente. Ela ainda comenta as consequências deste impacto na sensação de cansaço dos profissionais onde ela, como Coordenadora, estava lidando com muitas saídas de profissionais. Sobre saúde mental, os profissionais do grupo focal relataram ainda se sentirem sobrecarregados.

Entrevistadora: E vocês perceberam alguma urgência do campo da saúde mental Infantojuvenil durante esse período? Ou vocês perceberam que houve muitas urgências durante nesse período?

E4: Acho que **a gente continua nessas muitas urgências.**

E7: Acho também.

Entrevistadora: Isso de alguma forma impactou a saúde mental de vocês?

Coro de participantes: Sim.

C2: A equipe está muito cansada, assim. **Tá muito cansativo o meu trabalho devido a demanda.**

C1: Acho que a saúde mental tá adoecida. E a gente tá adoecendo junto.

Entrevistadora: Mas vocês, pelo que eu tô entendendo, vocês estão se vendo bastante demandados, né?

C2: Sim. Muito.

E6: Eu acho que falta trabalho nesse campo, no município. Olhar para os profissionais... para os trabalhadores..... é aquela famosa “cuidar de quem cuida” que fica lindo só na teoria. Mas não acontece (grifo próprio).

O próximo item inicialmente trará trechos de um relato de atendimento da Coordenadora Técnica que, para além de trazer um exemplo concreto de tensões significativas que existiram entre a equipe e afetaram diretamente o trabalho, também acaba comentando sobre um grande problema destacado pelos trabalhadores que afetou os processos de trabalho a partir do ano de 2020: a interrupção abrupta das redes intersetoriais.

4.7.4 Articulação entre os setores

Retomando o ano de 2020, agora será apresentado o desenrolar dos impactos da pandemia de COVID-19 na rede intersetorial do serviço. Seguindo parte do fio deixado no tópico anterior, a seguir será exposto um relato de um caso atendido logo no início da pandemia de COVID-19. O relato é da Coordenadora Técnica e auxilia a compreensão de como fica estabelecida a rede intersetorial em relação aos usuários do CAPSi e os aprofundamentos no trabalho que são gerados a partir do desdobramento deste caso. Nesta época, a Coordenadora Técnica ainda não ocupava este cargo, ela era uma Técnica de Saúde Mental do CAPSi. A mesma destaca que ela enquanto técnica tinha como um de seus processos de trabalho acompanhar o caso em questão. O relato revela um isolamento profundo do CAPSi em relação ao restante dos serviços da rede, e tal fato é confirmado na

entrevista com o grupo focal, o que trouxe consequências diretas ao trabalho e à saúde do paciente em questão.

De acordo com as entrevistas, o isolamento inicial do CAPSi em relação aos outros serviços parece ter sido um dos momentos da pandemia de COVID-19 em que os profissionais mais se viram demandados e sobrecarregados e, quem sabe, até mais adoecidos. No caso do CAPSi, a ausência do princípio intersetorial no ano de 2020 os obrigou a tentar remontar uma rede nos anos seguintes, que antes já não estava bem solidificada.

O relato mostra a falta de acesso adequado aos recursos de saúde e assistência, por talvez ou estarem fechados ou tomados com os pacientes infectados pelo vírus da COVID-19. Isto impediu o acesso de um usuário, ainda em 2020, aos recursos necessários para enfrentar uma doença dermatológica que permaneceu desconhecida para os profissionais do CAPSi. Com a falta de acesso a médicos e a piora da saúde do paciente, a equipe começa a questionar o psiquiatra que trabalhava no serviço se o mesmo, pela formação médica, não poderia fazer a receita de alguma medicação. Com a morte do paciente em questão, fica a sensação na equipe de negligência apontada por um de seus ex- Técnicos, cuja saída do serviço se deu apenas em 2022. Os funcionários acabaram passando por uma perda dupla, a de um usuário e de um colega importante de trabalho em menos de dois anos.

C3: Ele tinha... quando ele morre, ele morre com 17, ia fazer 18 no mês seguinte. E a família... é... a irmã dele é um ano mais nova, então ela tava com 16 ou ela já tinha feito 17 e ele ia fazer 18, algo assim... porque eles eram muito próximos, de verdade. E aí ela também teve as feridas, as mesmas feridas que ele teve, ela teve, então essa família pra passar por esse luto foi difícil porque teve que enterrar um filho mas continuar cuidando da outra, e aí a gente fez... mas assim, teve uma questão da rede assim... era uma família que não conseguia sair de casa e **não tinha clínica da família no território**, era muito difícil sair pra cuidar dele, pra levar... ele era muito agressivo, muito grandão, então **muita coisa foi ficando com o CAPSi. Isso é uma coisa que muda também, quando acontece a morte dele... a gente para com isso**, se tem um curativo pra fazer a gente vai cobrar da prefeitura, nem que demore um mês pra fazer o curativo senão a gente vai fazendo, vai fazendo, porque tem um Técnico de Enfermagem aqui... e a **Atenção Básica não entra no caso**. Então a irmã dele né? Quando a gente vai acompanhar essa família, nós fazemos essa mudança. Mas ele quando falece tem todo esse caminhar dele piorando, a gente acompanhando... aí tem uma situação do nosso psiquiatra, do outro psiquiatra, dizendo: eu não vou prescrever antibiótico! Não é minha área. E aí ele trouxe uma questão pra equipe: Ah porque ele foi negligente, ele não prescreveu... enfim. Outro médico que tinha que estar olhando e ele trazia isso e isso era importante mas **a rede de Atenção Básica não funcionou** e aí enfim, até que ele piora a ponto de ser internado. Quando ele é internado ele morre em pouco tempo (...)

Entrevistadora: Esse período eu imagino que vocês deveriam estar muito sobrecarregados...

C3: Sim... e **aí a gente não acessava fácil o hospital porque era pandemia**, tinha tudo isso complicando. E aí esse colega que começa a dizer que chegou no limite, ele saí... e é um excelente Técnico de Saúde Mental, mas esse peso ficou na equipe, de termos sido irresponsáveis nesse caso (...)

Entrevista: Isso foi abril de dois mil e...

C3: 2020! (...) tá melhorando mas teve uma perda. **E acho que isso ficou na equipe (voz embargada) ... o J morreu porque a equipe não fez o suficiente.** Mas tem todo uma rede que tem que trabalhar. (...) acontece esse falecimento, acontece de um Técnico que era super referência nossa sair, a gente o tinha como um cara que tinha uma visão muito boa da saúde mental e aí ele meio que desiste do CAPSi, não quero mais estar aqui... e aí ele sai do CAPSi no ano seguinte, 2022, no início do ano né, eu acho (grifo próprio).

O relato traz uma série de negligências dos serviços parceiros que acabaram trazendo tensões entre a equipe e acabou ocasionando na saída de um Técnico importante. Ele chegou a ser citado pelo grupo focal por ter os alertado à questão da vulnerabilidade socioeconômica dos usuários e familiares e ajudou a estabelecer novos instrumentos para lidar com esta questão. No final, a perda se dá nos processos de trabalho do CAPSi que acabou perdendo um agente/objeto importante. É curioso perceber novamente que a questão da saúde em si não é a COVID-19, apesar do quadro enfrentar dificuldades de enfrentamento pelo cenário que se desenrolou a partir desta pandemia. Foi encontrado dificuldades de atendimento no sistema de saúde municipal para o tratamento de uma condição inicialmente dermatológica que esse paciente possuía que foi se agravando de tal forma que o levou a óbito, a rede de saúde neste caso infelizmente não funcionou. Percebe-se que esta falha trouxe impactos nos objetivos dos processos de trabalho desses profissionais, o que levou inclusive à saída de um de seus Técnicos.

Tão drástico quanto às consequências neste caso são as respostas dos profissionais quando perguntados sobre como fica justamente a articulação entre os setores durante o período pesquisado. Foi encontrado uma uniformidade no que diz respeito a uma sensação de total solidão a princípio. Para além das dificuldades de acesso nos serviços da saúde, é relatado também um corte abrupto com outros da assistência e da educação.

C1: Já era difícil quando não tinha pandemia. **Com a pandemia só piorou.**

C2: Durante a pandemia o contato com os outros setores foi muito difícil porque a **educação fechou, a assistência fechou. Só ficou só a saúde trabalhando.**

E1: Eu acho que a assistência também tava com escala.

C2: A escala entrou bem depois. Eles fecharam.

Entrevistadora: Como é que isso interferiu no trabalho de vocês?

E3: Foi impactante, né. Porque a gente... **imagina você procurar socorro onde não acha...**

E5: Onde ninguém te atende.

E3: Onde ninguém te atende, é... é difícil, né? É como se você estivesse malhando sem solução, dando porrada sem se achar solução. **Ainda é difícil, né.**

C3: Ficou um vazio! A gente ficou sem rede... a pandemia, eu não entendo a saúde mental sem rede! A atenção básica tava exacerbada com as questões da COVID, não era um lugar muito aberto pra saúde mental, vamos dizer assim... **a gente já não tem uma boa comunicação com a atenção básica desde sempre, até hoje ainda é uma luta a gente trazer a atenção básica pra uma conversa,** a gente consegue alguns estudos de caso mas eles não fazem parte da nossa regularidade. Então **a gente ficou num vazio,** sem rede de educação, de CRAS, esporte então nem fala, cultura então nem se fala... isso tudo acabou, né?! Ficou um deserto (grifo próprio).

Parece que o ano de 2020 junto com a pandemia de COVID-19 intensificou um outro problema pré-existente: a falta da rede intersetorial. Apenas os serviços da saúde ficam abertos no território e como pudemos perceber o acesso parece ter sido bastante difícil. Os impactos iniciais já relatados nos usuários e familiares se relacionam com o fato das atividades da educação e da assistência estarem suspensas. Além das demandas de saúde mental aumentarem e se tornarem mais urgentes pelo convívio familiar mais frequente, que por vezes pode ser problemático, o fechamento das escolas interrompeu os encontros de crianças e adolescentes com seus pares. Isto se somou à suspensão das atividades de serviços assistenciais importantes dentro de um cenário socioeconômico nacional desfavorável com alto número de desempregados, o que resultou no aprofundamento encontrado na situação de vulnerabilidade socioeconômica dos usuários e familiares. Isto consequentemente causou um impacto direto na finalidade dos processos de trabalho até aqui analisados, que foram reorientados nos anos iniciais da pandemia de COVID-19. Cabe destacar que a escola municipal também acaba fazendo um trabalho de assistência, muitas crianças se alimentam neste espaço por exemplo, o que só intensifica a consequência da paralisação de todas as atividades de uma vez só.

Sobre o desenrolar desta questão com o passar dos anos, ambas as entrevistas quando comentado os anos de 2021 e 2022 detectaram problemas que vieram junto com o retorno das atividades presenciais na escola, que inauguraram uma nova problemática no diálogo que até então não havia aparecido. Com o retorno gradual dos alunos às atividades presenciais foi detectado uma inabilidade da escola em lidar com algumas consequências na saúde mental das crianças e adolescentes e nas dificuldades escolares advindas da pandemia de COVID-19 no público infantojuvenil.

As falas indicam que parece estar incutido nos trabalhadores da educação do município que os casos atendidos pelo CAPSi são menos capazes de habitar aquele espaço, tornando bastante difícil o princípio da inclusão e acesso ao território preconizado pela Política de Saúde Mental Infantojuvenil.

C3: Muitas pessoas abraçam o autismo como deficiência intelectual, uma pessoa anulada... um eterno deficiente de tudo. Então a gente vê a escola muito perdida com isso, é o que a gente mais ouve (...) então, a saúde mental ela vai ter essa questão de inserir a criança na sociedade, acesso a cidade, acesso a todos os direitos. O que a escola começa a fazer... tem muito autista, não tem mediador, a criança é agitada, vamos **reduzir a carga horária** dela. Então começou a ter redução de carga horária e isso se tornou uma briga (...) uma vez que sai e a gente relaxa e essa equipe de profissionais não vão se capacitar a receber de volta, quando sai e a prefeitura não enxerga que precisa contratar mediado... então são muitos fatores que foi mexendo muito com a gente. Principalmente a redução de carga horária e aí a exclusão das crianças da escola que tá acontecendo assim... de uma forma muito intensa. E a gente passou a se a ver com questões de produzir documentos para justificar o afastamento de um aluno, responder relatório de escola que diz: “esse aluno só volta quando ele

não tiver mais crise de ansiedade, quando não tiver mais depressão. não entra mais na escola!”, sabe? Coisas assim... **Enquanto as crianças tinham a redução de carga horária, os adolescentes estavam completamente em pedaços e não podiam sofrer na escola, enquanto eles não ficassem bem eles não podiam voltar.** A gente recebeu muuuitos telefonemas então a gente teve que fazer muitas conversas com todas as orientadoras e foi muito difícil acessar os professores porque eles estavam sempre presos em sala de aula, a gente não conseguia. Então a gente foi na via da Orientação Educacional, da Psicologia Escolar e a Educação Especial que precisava entender que transtorno mental é da ordem da Educação Especial. A Educação Especial ela começa a conversa com a gente dizendo que transtorno mental não era com eles, com eles era só pessoas com deficiência e agora tinha o autismo que entrou há pouco tempo, ele ainda falava: “O autismo entrou a pouco tempo, a gente ainda tá aprendendo a lidar com isso. Mas do que eu tenho que dar conta é de um cadeirante, é de um deficiente visual, de um deficiente auditivo. Eu tenho que produzir material e ferramentas adaptadas pra essas pessoas”. Mas e o esquizofrênico? (grifo próprio).

Observando as dificuldades na conversa com a escola, a equipe do CAPSi busca outros serviços que pudessem ser parceiros. É evidente na fala da Coordenadora Técnica como que a escola do município se desobrigou da missão de incluir os usuários do CAPSi em suas atividades. Apesar desta resistência, os resultados do momento emergencial acabaram influenciando mudanças positivas nos anos seguintes quanto à rede intersetorial. A equipe parece ter intensificado as tentativas de conversa com os serviços parceiros, questionando as decisões que optaram pela exclusão. A luta neste caso é contra o discurso manicomial ainda incutido em muitos dos profissionais da saúde e educação que trabalham com crianças e adolescentes, que deveriam agir de forma articulada com o CAPSi. Na verdade, as mudanças que proporcionaram pequenas melhorias na articulação com os setores se iniciaram lá em 2020, a partir do falecimento do usuário citado anteriormente, onde os profissionais começaram a parar de tomar tudo para si e tentaram dividir com os pontos intersetoriais a tarefa de promover saúde.

Um outro aspecto, ainda não comentado, que parece ter também favorecido o reconhecimento da necessidade de mudanças e melhorias no contato CAPSi e educação foram as faltas constantes de alguns alunos na escola. A Coordenadora Técnica comenta que quando a criança falta com frequência na escola, o responsável é chamado e, em alguns casos, se coloca a possibilidade de expulsão do aluno. A partir disso, o CAPSi inicia uma tentativa de diálogo com a escola, pois é direito fundamental das crianças e adolescentes estarem matriculadas. Isto escancara os problemas de inclusão dos usuários do CAPSi no ambiente escolar e a implica nesta problemática, obrigando os profissionais da educação elaborarem meios de os incluir em suas atividades.

C3: ... olhando agora friamente, isso foi um ponto positivo porque antes isso não era olhado e isso ficou muito evidente depois da pandemia. **Pessoas com transtorno mental na escola, não eram vistas porque elas eram invisíveis,** então eles precisaram a começar a dar conta dessas crianças porque se desse falta excessivamente ou se perder a vaga ... eu tava até conversando com um pai que essa

coisa de perder a vaga pra mim é tão relativa... porque a educação é direito fundamental de todo mundo, se a criança não vai na escola ele é chamado com o responsável por isso e se a escola veda a vaga na escola a gente vai ter que pleitear, vai ter que matricular de novo, porque tem que estar na escola.. **as faltas constantes fizeram esses transtornos mentais aparecerem na escola...** porque eles não estão indo? Quem são eles? E aí... e como vai ser exigido que eles estejam lá dentro se eles são diferentes? E aí a gente passa a conversar sobre essas pessoas dentro da escola, que enquanto crianças são só esquisitos, na adolescência é que começam a abrir alguns quadros de delírio né e uns comportamentos mais inadequados mas enquanto na infância eles eram realmente inviabilizados, não faz diferença né... não tinha muito com o que se preocupar. Então nesse ponto a gente tem um ganho com a pandemia que é **abrir a conversa e hoje a Educação Especial** nem questiona se é deles ou não. É deles, eles tem que participar dos nossos estudos de caso, do que a gente faz com aquela criança que tem dificuldade de acessar a educação, melhorou bastante assim, foi um ganho... fantástico (grifo próprio).

A Coordenadora também acaba comentando uma outra melhoria não citada até então. Um instrumento importante foi adotado no ano de 2022, muito utilizado na época da Reforma Psiquiátrica.

C3: Eu entro em 2021 na coordenação e aí eu tenho assim... a gente precisa fazer conversas regulares com os dispositivos que estão voltando. Então a gente passa o segundo semestre de 2021, em junho... em agosto a gente começa a chamar todos os dispositivos com regularidade... então o CEFF, as escolas, as orientações educacionais, Educação Especial e outros dispositivos da saúde a gente começa a chamar pra conversar. Os abrigos... onde estavam algumas crianças e adolescentes... e a gente passa seis meses trabalhando em conversas e aí em maio de 2022 a gente apresenta assim, que é quando a gente convida a R né e a L pra vir falar um pouco e aí o nosso foco foi principalmente a questão da educação, todo mundo exigindo laudo...a escola exigia laudo e a gente questionava esse laudo: vai ser pra afastar? Porque a gente já tava vivendo isso, de crianças fora da escola. Então a conversa com a rede recomeça no segundo semestre de 2021 e a gente faz esse Fórum que é mais uma espécie de Seminário, porque não foi um Fórum deliberativo. **Mas a gente precisava explicar a que veio, o nosso papel, isso se perdeu muito na pandemia.** A gente trabalhou muito sozinho na pandemia, a gente teve ali um momento de explicar o que é a Atenção Psicossocial, e explicar esse adoecimento mental, que não existia assim um adoecimento mental psiquiátrico, existia um adoecimento mental psicossocial, existe um adoecimento mais amplo e a gente faz isso em maio. Apresento o nosso Fórum de... o nosso **primeiro Fórum Intersetorial do município de Itaguaí, aconteceu no dia 3 de maio de 2022** (grifo próprio).

O grupo focal acabou não comentando nenhum impacto positivo neste sentido, apenas localizando que ainda existe uma alta demanda vinda da escola e uma dificuldade grande no diálogo. O grupo permaneceu com a sensação de isolamento, ressaltando a dificuldade encontrada nas conversas intersetoriais que persistem até o momento da entrevista.

E6: Não é tão fácil. A gente estava falando sobre matriciamento, né? É um documento de matriciamento. Eu estava olhando lá e falei “caraca, no papel é muito lindo, bonito pra caramba, show de bola, mas na realidade não acontece”, entendeu? **Até hoje a gente tem essa dificuldade** de chegar num outro dispositivo e encontrar de braços abertos, diálogo para atender a gente. **É muito difícil de articular.**

E4: E até de conversar com a própria saúde.

E3: Sim, dentro da própria saúde.

C1: **A gente tem até dificuldade de discutir até com a própria rede, né, com a Raps que é entre a gente, imagina fora.**

C2: A gente recebe muitos adolescentes com essa questão de automutilação, e as crianças, a gente vê também que... um atraso, né? de linguagem porque ficaram em casa, mães que ainda têm medo de levar as crianças para a escola, ficaram tanto tempo em casa com eles, né? A gente ainda vê essas questões, né? A gente ainda está vendo essas questões.

E7: Até porque eles demandaram... tinha muita essa questão, né? “Mas eles ficaram sem escola dois anos”. Então, apareceram as questões de saúde mental, e foi quando começou a aparecer muitos casos aqui no CAPSi... e a escola também, precisando, encaminhando, aí... (risos) (grifo próprio).

4.7.5 Os processos de trabalho do início de 2023 e resistências frente às mudanças

Agora pensando estritamente nos processos de trabalho do ano de 2023 que tiveram relação com algum impacto da pandemia de COVID-19 foi citado em ambas as entrevistas a resistência de alguns familiares, que eram frequentadores do CAPSi antes da pandemia de COVID-19, de retornarem às atividades presenciais. Também foi comentado que atualmente estava acontecendo vários processos de passagem de pacientes que se tornaram maiores de idade durante a pandemia de COVID-19 e só naquele momento estava sendo possível a transferência, alguns já com 23 anos, por exemplo. Os profissionais argumentam que este processo de trabalho de passagem vai muito além do fato de ser pautado em uma maioria. Ao fazer 18 anos é iniciado, junto ao paciente e seus responsáveis, um processo para a passagem que busca fazer esta transição de uma forma que não fiquem desassistidos.

C2: A gente... quando a gente retornou para os grupos, a gente se organizou em estar recebendo... a gente até colocou o nome do grupo de boas-vindas. Então a gente fez três tentativas, né? **Agora a gente fez três tentativas, com os responsáveis de estar trazendo pro grupo**, para a gente estar pensando junto, como retornar, como a gente iria refazer os grupos. E nessas três tentativas alguns realmente não retornaram, falaram: “não, a gente vai sim”, **mas não vieram**.

E5: Os grupos antigos, a gente praticamente, foi difícil de reunir novamente, né? Porque se espalharam. Aí, com esse período também, alguns já atingiram uma idade, né? Chegaram aos 18 anos, aí não quiseram mais vir aqui. Eu até comuniquei um dia desses... **“mas não é porque você fez 18 anos que você está fora daqui**. A gente está fazendo um **processo de passagem**, você poder continuar vindo. Porque o **processo de passagem é devagar**, a gente vai passar vocês para outros dispositivos, mas com calma, com cautela”. Não é assim, fez 18 anos e já não vou mais porque ela fez 18 anos. Não é bem assim. Então a gente tenta esclarecer isso porque a gente sabe que se você ficar em casa, a tendência é agravar o quadro, tem muitos que estão bem, estão super bem, mas tem outros que se ficarem, né? Agravam (grifo próprio).

C3: (...) que entrou aqui criança, vira adolescente, alcança os 18 anos as vezes.. quem alcançou os 18 anos na pandemia tá com a gente agora com 20 anos, 21... não foi passado. **Então estamos dando prioridade aos mais velhos, com 20, 21, 22, 23.. os de 23 já foram, o último foi recentemente**. E a gente vai encontrar resistência lá no CAPS adulto, “o que eu faço com autista?”, né? Um CAPS adulto que tem na sua maioria idosos, muita galera de 40 pra cima, 60... 70... e que são meio que aquele clássico da saúde mental que é a psicose, aí chegam os adole... os jovens adultos na verdade, né! Com 20, com 18... as mães olham e falam assim: “Isso não é lugar pro meu filho! Isso é lugar de maluco! Não vou deixar meu filho aqui” ... E pra onde vão? Isso é uma questão. E a gente tinha resistência do CAPS adulto daqui de receber,

e hoje a gente fez um... **começamos em janeiro um GT de passagem, um grupo de trabalho de passagem**, então a gente reúne dois técnicos do CAPS infantil com dois ou três técnicos do CAPS para adultos e a supervisão faz a orientação pra essas passagens... é uma passagem que a gente discute caso, é uma vez ao mês que estão trabalhando em torno de 4 casos, e aí os casos são trabalhados... principalmente esses que são adultos, são os que na pandemia ficaram afastados, então a gente realmente se afastou dos casos.. então **antes da gente passar pra eles, a gente retoma o caso, retoma o território**, vê se eles estão sendo acompanhados pelo CRAS, pela ESF ou pela UBS, como é que tá essa família? Como eles tão pegando receita? Como que tá a escola? E aí quando a gente passa pro CAPS adulto eles já tem todo esse relatório, aonde ir, quem é a rede de suporte, quem tá no território...e aí eles vão ter a supervisão deles, agora o que se faz no CAPS adulto, aí fica pra eles resolverem, **isso começa em janeiro de 2023 e também acaba sendo uma consequência da pandemia** (grifo próprio).

Estão sendo estabelecidas conversas entre o CAPSi e o CAPS local buscando uma troca de informações sobre os casos que estavam sendo encaminhados, o que pode favorecer a qualidade do processo. Apesar da resistência inicial por parte do CAPS e dos responsáveis foi estabelecido um bom instrumento para direcionar esta demanda, os Grupos de Trabalho. Parece que só após a articulação entre os setores funcionar melhor o CAPSi se viu conseguindo pensar na questão da passagem destes usuários.

Existiram tentativas de convocação para o retorno de alguns usuários e familiares antigos que até então vinham sendo ignoradas. Os que negavam a presença no CAPSi tinham suas fichas de cadastro arquivadas no caso de um possível retorno. Por fim, a Coordenadora relata como que após a pandemia de COVID-19 os processos de trabalho estabelecidos anteriormente ficaram inviáveis ao serviço, não cabendo mais como atividades de trabalho. Ao que parece a reorientação dos processos a partir da pandemia de COVID-19 no CAPSi foi profunda e será duradoura. Foram tantos impactos que ficou inviável que a forma de trabalhar permanecesse a mesma, foi necessário uma série de redirecionamentos importantes.

C3: A gente teve um momento no ano passado que precisamos fazer uma convocação desses antigos porque eles entenderam que: “Ah! Agora vocês não atendem mais a gente... agora vocês atendem outros que chegaram, **a gente foi esquecido**.”. Na verdade eles participavam de grupos que foram desfeitos, com o novo público que foi chegando e foi sendo necessário a gente construir novas ferramentas e novos grupos pra atender essa demanda nova, **então o formato a que se funcionava antes ele foi totalmente... a gente já não tinha mais como funcionar daquela forma...** então a gente teria que agregar os antigos ao formato novo e algumas mães não aceitavam porque já era muito familiar né? Deles... então teve o fato de uns que cresceram durante a pandemia, uns viraram adolescentes então já não viam mais sentido em estar num grupo que antes era algo mais infantil porque o CAPSi antes era mais infantil e aí eles foram ficando mais em casa. As mães começaram a dizer: “Não tem mais espaço pro meu filho aqui!” né? Principalmente vendo muitos adolescentes que não tinham perfil de autismo e nem psicose, são os da automutilação, os da depressão que já tem algo mais a ver com neurose. Estamos tendo um processo sobre isso, de não ter um grupo de autistas então de pegar os autistas que não são verbais e os inserir no grupo de adolescentes que falam e esses adolescentes também precisam aprender a conviver com alguém da idade deles que são autistas, isso é um processo ainda... é difícil pra equipe. Como é que eu vou lidar

com um grupo que debate sobre, sei lá, sexualidade e aquele autista tá ali, é um aprendizado. E agora a gente tá chegando no momento que é passar, estamos numa fase que é de intensa passagem de autistas pro CAPS adulto (grifo próprio).

Em meados dos anos de 2021 e 2022 a conversa com a escola começa a ficar mais fluida, ainda que apresente até março de 2023 suas dificuldades. Naquele momento o serviço se via precisando pensar em um jeito de estabelecer novos formatos de grupos. Cabe destacar que a COVID-19 continuou sendo uma questão epidemiológica nesses dois últimos anos, mas as vacinas contribuíram bastante para o retorno gradual pleno das atividades presenciais. No início de 2023 o CAPSi parecia se ver completamente livre dos impactos causados pelas medidas de biossegurança e tinha retomado a sua capacidade máxima de atividades presenciais. O grupo foi um instrumento bastante impactado ao longo desses três anos, o que pode ter resultado na resistência atual de alguns responsáveis ao retorno.

Com a situação de crise sanitária mais contida, os profissionais se viram podendo ter mais tempo para as questões que apareceram com o retorno de todas as atividades presenciais, como o fato de que as crianças cresceram durante esse período, assim como, tinham adolescentes que já eram adultos. Com o fim da exposição dos dados, a seguir será exposto a Tabela 5 que tem como objetivo sintetizar os impactos da pandemia de COVID-19 encontrados nos processos de trabalho do CAPSi.

4.7.6 Síntese dos Resultados

Tabela 5: Os impactos da pandemia de COVID-19 nos processos de trabalho do CAPSi.

	2020 Pandemia declarada	2021 Vacinação	2022 Retorno Gradual das Atividades Presenciais	2023 Retorno das Atividades 100% Presenciais
Objetos/ Agentes	-Profissionais relatam o trabalho como uma fonte de estresse. - Início da mudança no perfil de atendimento: número maior e crescente de adolescentes com graves crises e tentativa de suicídio. - Muitos usuários e familiares em alta vulnerabilidade socioeconômica.	-Profissionais relatam o trabalho como uma fonte de estresse. - Atendimento de muitos casos de crianças com prejuízos no desenvolvimento cognitivo. - Muitos usuários e familiares em alta vulnerabilidade socioeconômica.	- Profissionais relatam o trabalho como uma fonte de estresse - Resistência dos familiares de usuários antigos retornarem às atividades presenciais.	- Profissionais relatam o trabalho como uma fonte de estresse - Resistência dos usuários de antes e depois de 2020 se integrarem nos grupos terapêuticos.

Instrumentos	- Interrupção das atividades de grupo - Equipe passa a se organizar no formato híbrido - Uso de EPIS e distanciamento social em todos os processos de trabalho presenciais necessários. - Arrecadação e administração de entrega de cestas básicas. - Mudanças na dinâmica do acolhimento de porta aberta e na recepção de novos casos: - Prosseguimento do atendimento apenas de casos/crianças emergenciais. - Adesão do atendimento individualizado (E1) - Anamnese Social - atendimentos pelo telefone e orientações pelo <i>WhatsApp</i>. - Equipe adota reuniões online.	- Retorno de atividades de grupo com quantidade limitada de participantes sob agendamento. - Suspensão do formato híbrido da equipe - Adesão da supervisão clínico-institucional. - 2º SEMESTRE: se começa a chamar os dispositivos intersetoriais com mais regularidade (C3) - Feirinha de Saúde Mental - Encaminhamento a Estimulação Precoce de 0 a 3 anos CEFF (C3)	- Atividades de grupo com filas. - Início do retorno à normalidade: fluxo de usuários presencialmente retornando ao normal com a vacinação das crianças (C2) - Processo de convocação: Tentativas de contato para o retorno dos pacientes antigos às atividades. - Abandono definitivo do atendimento individualizado - Conversa mais aberta com a Educação Especial (C3) - Primeiro Fórum Intersetorial de Itaguaí em maio (C3)	- Retomada ao formato anterior dos grupos terapêuticos: sem agendamentos e filas. - Retomada da capacidade máxima de todas as atividades presenciais sem nenhuma regra de proteção contra o vírus - Processo de passagem dos pacientes maiores de idade ao CAPS municipal/ Novo instrumento: GT de passagem.
Finalidades	- Torna-se necessário instituir processos de trabalho “mais assistencialistas”. - Adesão de regras de biosseguranças nos processos de trabalho com o intuito de diminuir o contágio do vírus da COVID-19 baseadas nas Notas Técnicas do Ministério da Saúde e no material produzido pela Fiocruz.	- Início da interrupção de algumas regras de biossegurança respeitando as instruções da época para um retorno gradativo das atividades presenciais.		

Desafios	- Idas frequentes ao hospital para acompanhamento dos casos. - Número alto de recepção de novos casos. - Alguns familiares não acreditavam na letalidade do vírus e não respeitavam as regras de biossegurança. - Não tinha testes de COVID-19 suficientes no município (E4). - Parte da equipe tem dificuldade em lidar com a população trans no serviço (C3). - Dificuldade no contato intersetorial	- Número alto de recepção de novos casos. - Dificuldade no contato intersetorial. - Alto número de encaminhamentos das escolas. - Lidar com a perda de pacientes (C3).	- Lidar com a saída de um ex-Técnico importante (C3). - Número alto de recepção de novos casos - Alto número de encaminhamentos das escolas - Dificuldade no contato intersetorial “2022 foi muito difícil pra educação e aí reflete nos nossos, né?” (C3)	- Elaboração de processos de trabalho que possam integrar o perfil antigo com o perfil novo de usuários. - Número alto de recepção de novos casos - Alto número de encaminhamentos das escolas - Dificuldade no contato intersetorial “Agora a gente fez três tentativas, com os responsáveis de trazer para o grupo (...) mas não vieram” (C2).
Articulação entre os setores	“C2: o contato com os outros setores ficou muito difícil porque a educação fechou, a assistência fechou (...)” “E3: É como se você estivesse malhando sem solução, dando porrada sem se achar solução.”	“C3: Enquanto as crianças tinham redução de carga horária, os adolescentes estavam completamente em pedaços e não podiam sofrer na escola, enquanto não ficassem bem eles não podiam voltar.”	“C3: Então nesse ponto a gente tem um ganho com a pandemia, que é abrir a conversa e hoje a Educação Especial nem questiona se é deles ou não.”	“C1: Até hoje a gente tem essa dificuldade de discutir até com a própria rede, né, com a RAPS que é entre a gente, imagina fora.” “C3: Quanto mais a gente conversa mais demanda aparece... mas acho que agora também é pra todo mundo, não é só pra saúde mental né?! Quanto mais a gente conversa mais demanda aparece mas é tudo mais claro...”

A Tabela 5 buscou sintetizar os principais impactos da pandemia de COVID-19 nos processos de trabalho do CAPSi detectados pelos profissionais. Os impactos estão estratificados de acordo com o ano em que surgiram ou se mostraram de forma mais intensa. Cada ano foi marcado por um acontecimento da pandemia de COVID-19 que estimulou orientações nos processos de trabalho demarcadas como subtítulo de cada ano. Visando atender os objetivos específicos estipulados, os anos da pandemia de COVID-19 foram correlacionados com os elementos dos processos de trabalho definidos por Mendes (1992): objetos, agentes, instrumentos e finalidades. Entendendo a correlação dos agentes e objetos nos processos de trabalho em saúde de serviços como o CAPSi apontada por Faria

et al. (2009), neste caso, entre os profissionais e os usuários (crianças, adolescentes e familiares) a primeira linha de resultados sintetizou os impactos diretos nestes 3 atores. Os impactos em negritos são todos àqueles que se mostraram em continuidade no decorrer do período estudado, podendo ser considerados impactos de longo prazo da pandemia de COVID-19, e merecem atenção das esferas públicas e das próximas pesquisas que se dediquem a estudar o trabalho dos CAPSis.

Além disso, a Tabela 5 também apresenta os desafios citados por esses profissionais e falas que resumem como se deu a articulação entre os setores do município em cada ano de enfrentamento desta pandemia, outros dois objetivos específicos desta pesquisa. Escolhemos trazer as falas dos profissionais na última linha da Tabela 5 sobre a articulação entre os setores à medida que esta produziu instrumentos, reorientou finalidades e trouxe desafios aos agentes e objetos. As falas remetem justamente ao cenário de como fica estabelecido tal princípio em cada ano da pandemia de COVID-19. Outras falas consideradas importantes também foram apresentadas na Tabela 5 para auxiliar na compreensão dos dados. Quando o impacto não é uma informação trazida de forma unânime nas duas entrevistas foi referenciado, de forma direta ou indireta, qual profissional o detectou.

5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“C3: (...) então o formato que a gente funcionava antes ele foi totalmente... a gente já não tinha mais como funcionar daquela forma...”

“E6: O serviço de saúde mental é solitário, na minha visão. E permanece mesmo depois da pandemia. Antes já era. Agora piorou. Mesmo dentro da saúde parece que é algo a parte da saúde.

C1: Não há anexo, nada contínuo.”

Os processos de trabalho do início de 2023 ainda permaneciam impactados pela pandemia de COVID-19. Sobre os impactos, pelo menos um deles é interessante que não seja superado: a presença dos adolescentes no serviço. Como afirma a Coordenadora Técnica, citada no epílogo deste capítulo, os processos de trabalho do CAPSi parece que não retornarão ao formato anterior, pelo menos não por enquanto. Houve tantos impactos epidemiológicos da COVID-19 de 2020, 2021 e 2022 que reorientaram a forma como qualquer dinâmica de trabalho acontecia, mas também existiram impactos de saúde mental apresentados por estes usuários e funcionários que trouxeram toda a mudança no perfil de atendimento, novos instrumentos e saídas de trabalhadores ao longo desses três anos. Na presente pesquisa observamos que os impactos na saúde mental dos usuários foi

um dos assuntos mais comentados pelos entrevistados, um dado que mereceu notoriedade quando falamos dos processos de trabalho e pandemia de COVID-19.

Especificamente sobre os instrumentos, um que se mostrou impactado a longo prazo é o grupo terapêutico. Ele era uma ferramenta importante de trabalho do CAPSi antes da pandemia de COVID-19, além de serem terapêuticos serviam de orientação para as crianças e responsáveis. Foi sendo criada uma sensação de conforto entre os participantes até que os grupos foram interrompidos de forma abrupta em 2020. Como afirma Faria *et al.* (2009) o processo de trabalho em saúde se baseia nas relações interpessoais entre os objetos e agentes, logo, é possível compreender que caso tais relações interpessoais sejam abruptamente interrompidas ou reduzidas o trabalho poderia ser prejudicado. Em 2021, os grupos retornaram com capacidade limitada de no máximo cinco participantes, para evitar aglomerações, o que gerou uma fila de espera, e isso incomodou os profissionais e provavelmente também os usuários. Já massivamente impactados pela pandemia de COVID-19 em um caráter mais organizacional, no início do ano de 2023, os grupos ainda apresentavam dificuldades em sua execução e exigiam dos profissionais mais elaboração. Por mais que tivessem retornado ao formato presencial sem capacidade máxima, a equipe ainda se via desafiada com este instrumento: Como unir os usuários novos com os antigos? Isto vinha sendo um desafio pelas diferenças nos quadros clínicos encontrados.

Enquanto os usuários antigos parecem ter ficado bem em casa sendo monitorados pelo *Whatsapp* e atendidos pelo telefone, uma nova demanda emergiu e redirecionou os processos de trabalho do serviço em questão. Assim como os antigos usuários cresceram e já não eram mais crianças, alguns inclusive estavam sendo repassados ao CAPS municipal, surge uma nova exigência para os processos de trabalho do ano de 2023. A virada do perfil de atendimento a partir do ano de 2020 fez com que naquele momento fosse urgente a implementação de estratégias de integração entre os usuários de antes de 2020 com os de depois de 2020. Mais precisamente, entre os usuários que possuem o desencadeamento de surtos psicóticos e dos usuários com crises neuróticas de depressão e de angústia. O ano de 2023 parece ter inaugurado um novo momento para o serviço, não é mais adotada nenhuma regra de biossegurança sobre os processos de trabalho, já era possível abandonar a maioria das regras de biossegurança do período da pandemia de COVID-19 que tanto impactaram os processos de trabalho no ano de 2020 e 2021 e 2022. Entretanto, ainda fica a questão de como lidar com os responsáveis que ainda trazem manifestações de um sofrimento psíquico causado pela pandemia de COVID-19. Os impactos ainda permanentes na saúde mental das crianças e adolescentes por conta desta pandemia ainda vinham reorientando as práticas e exigindo um aprimoramento contínuo desses profissionais.

Outro ponto relevante quando comentamos sobre os instrumentos é que os três novos que surgiram a partir de 2021 são consequências dos impactos de 2020 na articulação entre os setores. A princípio foram iniciadas conversas regulares com outros dispositivos e se estabeleceu o instrumento da Feirinha de Saúde Mental, para dar conta do aprofundamento na vulnerabilidade social das famílias atendidas. Em 2022 aconteceu o primeiro Fórum Intersetorial de Itaguaí justamente para ser conversado com os serviços parceiros sobre os problemas, explicando as finalidades e objetivos dos processos de trabalho do CAPSi. É interessante perceber o retorno deste instrumento em um momento que o serviço se via com a necessidade de retomar incisivamente o discurso antimanicomial; não à toa os Fóruns foram bastante utilizados na época da Reforma Psiquiátrica Brasileira para lutar contra a mesma questão.

Jucá (2019) comenta que a partir do ano de 2016 a Saúde Mental sofreu ataques e isto pode sim ter refletido no discurso manicomial ainda encontrado pelos trabalhadores do CAPSi. Interessante perceber como a pandemia de COVID-19 isolou ainda mais esta equipe dentro de sua rede, a falta de acesso aos serviços parceiros revelaram negligências irreparáveis na saúde de, pelo menos, um de seus usuários. Sobre os profissionais, foram escutados relatos de cansaço, estresse e pedidos de demissões. A pandemia de COVID-19 contribuiu para um apagamento da finalidade dos processos de trabalho do CAPSi no entendimento dos serviços parceiros. A implementação do Fórum no município foi urgente, o diálogo já não era bem elaborado antes e ficava marcada a sensação de que os serviços parceiros não conseguiam compreender bem o papel do CAPSi, por isso, foi necessário um encontro que pudesse proporcionar esse entendimento. O ano de 2020 foi marcado pelos serviços da educação e assistência com atividades bastante reduzidas e os da saúde totalmente voltados para as questões da COVID-19 fazendo com que o CAPSi se visse isolado e sobrecarregado. A OPAS em setembro de 2021 já tinha anunciado que o fechamento das escolas se mostraria como um impacto secundário à COVID-19 no público infantojuvenil. Os dados encontrados por Magrini *et al.* (2021) sobre a relação entre o princípio da intersetorialidade, processos de trabalho e pandemia de COVID-19 no CAPSi também enfatizaram a grande dificuldade de fazer valer o princípio da intersetorialidade e um adendo especial também foi o fechamento das escolas. Os profissionais do CAPSi acabam não trazendo esta questão tão incisivamente no ano de 2020 mas localizam que a partir do ano de 2021 começaram a aparecer mais expressivamente encaminhamentos vindos deste serviço da educação que não pararam até o início de 2023. Todos os serviços, inclusive os da RAPS, se mostraram resistentes em abrir o diálogo e pensar como poderiam incluir os usuários do CAPSi em suas propostas. Dentro dos impactos da

pandemia de COVID-19 na articulação entre os setores, a escola parece ter sido o serviço que mais exigiu desses profissionais, mantendo um número alto de encaminhamentos até, pelo menos, início de 2023. Não que esses três últimos anos tenham sido fáceis para a educação, entretanto, é curioso de se perceber como isto não deixa de ser uma questão.

A pesquisadora já apontou que perceptivelmente lidava com uma equipe cansada, que destacava o estresse e a angústia intensamente sentido ao longo desses três anos, quando não por medo do contágio era pela sobrecarga nos processos de trabalho, que precisaram ser reconstruídos dentro de um cenário social, econômico e epidemiológico complexo. Lidar com tudo isso com uma articulação entre os setores difícil, que mais se mostrou fechada para conversar do que disposta a ouvir, foi um fator que a equipe destacou como um desafio a seus processos de trabalho e que já se apresentava mesmo antes da pandemia de COVID-19. E por mais que a Coordenadora Técnica relate benefícios arduamente conquistados ao longo desses três anos sobre a articulação entre os setores, seus relatos não negam muita dificuldade nesta construção. A sensação de solidão comentada pela equipe e Coordenadora Técnica interferiu no trabalho e na saúde mental desses profissionais, que se encontram com uma difícil missão, e quando conseguiram articular foi com muito custo.

Os impactos na saúde mental da equipe é um aspecto que chama a atenção por se entender que ele pode sim causar intercorrências nos processos de trabalho, e principalmente, de que essa não é uma questão apenas do cenário pandêmico de COVID-19. Taño (2014) já havia nos alertado sobre o fazer manicomial que também atingia a saúde mental dos profissionais do CAPSi. Entendendo que esta era uma questão prévia da pandemia de COVID-19, seu efeito foi ter intensificado o estresse institucional, este dado também foi auferido por outras pesquisas anteriormente expostas que estudaram, ou não, sua relação com a pandemia de COVID-19 (Gomes *et al.* 2020; Alves; Filho 2021; Magrini *et al.* 2021; Souza, 2021; Bustamante; Onocko-Campos 2022;). O que se tem feito sobre este assunto desde então? Como se pode perceber através dos relatos, o CAPSi é mais um desses serviços onde os profissionais sofrem pela negligência das esferas públicas frente a esta questão. A ausência de propostas que possam contornar esta situação proporciona um terreno fértil para o adoecimento destes trabalhadores, o que pode prejudicar os processos de trabalho em saúde.

Existe um adoecimento na saúde mental da equipe do CAPSi, confirmado de forma unânime pelos profissionais. Isto vem causando certa instabilidade nos vínculos empregatícios do serviço em questão. As estratégias das esferas públicas, neste caso, não corresponderam e ainda não correspondem à urgência com que este adoecimento vem se apresentando. O incentivo pela supervisão foi uma ação muito positiva ainda que

atrasada, o que corrobora a importância de que o campo jurídico-político da Saúde Mental Infantojuvenil estabeleça incentivos financeiros que tornem o trabalho possível de acordo com os princípios da atenção psicossocial, principalmente em um momento de pandemia. A demora não atendeu aos agravos encontrados a partir do ano de 2020 e muito menos o fato da saúde mental dos profissionais já ser negligenciada nos anos anteriores. O Ministério da Saúde até colocou certa preocupação sobre a saúde mental dos profissionais da área em suas *Notas Técnicas* e *Documentos* emitidos durante a pandemia de COVID-19, mas nos questionamos se as medidas tomadas até aqui estão sendo suficientes em função da quantidade de relatos semelhantes.

Cabe ressaltar que houve a tentativa de explorar mais o assunto dos impactos na saúde mental dos trabalhadores na entrevista com o grupo focal, para entender melhor quais afetações no trabalho isso pode ter gerado. A pesquisadora estava percebendo nas entrelinhas que o trabalho estava sendo bastante cansativo para a equipe e que foi um fator intensificado pela pandemia de COVID-19. Ao tentar explorar mais a questão, a entrevistadora sentiu certa resistência de parte da equipe em desenvolver o assunto, que foi respeitada. A intenção era realizar uma entrevista que pudesse auferir dados dentro de um ambiente confortável a todos e não criar o espaço de um grupo terapêutico. Entretanto, poderia ter sido interessante que os profissionais tivessem se permitido comentar mais sobre os atravessamentos em sua saúde mental nos processos de trabalho para que o conteúdo pudesse trazer este contraponto de suas próprias opiniões. Mesmo assim, todos os participantes desta pesquisa não se omitiram de trazer este impacto como algo contundente.

Existiram informações apenas mencionadas pela Coordenadora Técnica: a presença dos adolescentes trans no serviço, a morte de um paciente que marca os processos de trabalho e a fragmentação das reuniões de trabalho durante o tempo anterior a COVID-19. O contato mais íntimo que o encontro em dupla proporcionou e também o fato da Coordenadora Técnica ter acompanhado o caso relatado com uma certa proximidade podem ter contribuído para que as informações tenham sido comentadas apenas em uma das entrevistas. Entretanto, fica a dúvida do quanto estas informações não se tornaram tabus que como tais revelam censuras a respeito de temas que podem ser desmistificados. O modo como foi feito o relato da morte de um usuário, por exemplo, parece ignorar toda a complexidade vivida nos sistemas de saúde naquele momento, além de acentuar que teria sido possível a equipe fazer mais do que pode fazer. O que pode levar a uma culpabilização vivida e mantida entre os membros da equipe. Bustamante e Onocko-Campos (2022) já haviam nos alertado que não compartilhar as vivências de trabalho que causam sofrimento poderia levar os profissionais do CAPSi a uma culpabilização errada de si mesmos quando

algum processo de trabalho não funcionasse, como aconteceu no relato de caso contado pela Coordenadora Técnica presente no Item 4.6.4. Quanto à fragmentação das reuniões de trabalho, a entrevistadora acredita que pode ter ocorrido problemas com as reuniões *online* também pelo fato de que parte da equipe pode ter apresentado dificuldades de acesso, entretanto, parece que a pandemia de COVID-19 apenas escancarou mais esse problema prévio.

Já sobre a presença dos adolescentes trans no CAPSi, Bustamante e Onocko-Campos (2022) também assertivamente destacaram em sua pesquisa a necessidade de preparo técnico para receber as questões raciais e de gênero por parte destes profissionais, o que parece não ter acontecido neste caso, pelo menos nenhuma iniciativa neste sentido foi comentada pelos profissionais. Ainda assim, os adolescentes LGBTQIA + permaneceram no serviço e foram incorporados nos processos de trabalho do CAPSi, que se viu repentinamente com a necessidade de atender a uma exigência nova até então. A demora da chegada dos adolescentes no serviço leva ao questionamento de onde estavam esses sujeitos antes, a quem eles estavam procurando ajuda? Esta informação é uma lacuna deixada pela pesquisa. Uma outra é o que esses profissionais precisaram trabalhar em si mesmos e no trabalho para que estes adolescentes tenham sido acolhidos sem que a finalidade de seus processos de trabalho tenha sido abandonada. Acreditamos que uma boa instrumentalização sobre este assunto poderia tê-los ajudado a lidar com esta questão.

Uma outra diferença encontrada entre a entrevista com o grupo focal e com a Coordenadora Técnica foi a desesperança *versus* o otimismo nas enunciações. A Coordenadora Técnica entrevistada individualmente consegue vislumbrar resultados positivos que aconteceram no contato intersetorial, já a equipe não conseguiu trazer a mesma avaliação, por exemplo. Ainda que os impactos tenham se dado em profundidade, alguns parecem realmente ter trazido melhorias, mudando o curso e o planejamento de como o trabalho deste CAPSi acontecia. Os pontos positivos que surgiram ao longo da pandemia de COVID-19 detectados pelos profissionais foram: I) a articulação entre os setores começa a melhorar ligeiramente ao longo desses três anos após um grande esforço, II) adesão da supervisão clínico-institucional pelo incentivo público e III) o instrumento da Feirinha de Saúde Mental. Enquanto o primeiro e o segundo foram identificados pela Coordenadora Técnica, o terceiro foi comentado no grupo focal como algo positivo que permaneceu nos processos de trabalho do CAPSi. Tal instrumento já vinha sendo elaborado antes da pandemia de COVID-19 mas foi devidamente implementado no ano de 2021 e foi o único ponto positivo nos processos de trabalho comentados no grupo focal. Acreditamos particularmente que um quarto ponto positivo dos impactos da pandemia de COVID-19,

neste caso, tenha sido a presença dos adolescentes no serviço. Compreender que novos instrumentos de qualidade surgiram nos processos de trabalho a partir da pandemia de COVID-19 foi o que levou a Coordenadora Técnica a avaliar que no final das contas, acabaram surgindo pontos positivos desta experiência no trabalho.

Dos impactos destacados na Tabela 5, o que todos eles têm em comum é terem sido detectados entre os dois primeiros anos da pandemia de COVID-19. A maioria deles já tinha sido destacada pelos profissionais no ano de 2020, apenas os altos números de encaminhamentos da escola é um ponto destacado a partir de 2021. Ao que parece eles não eram necessariamente uma novidade, mas a pandemia de COVID-19 esgarçou completamente tais impactos. Assim como o CAPSi estudado por Fonseca *et al.* (2020), a pandemia de COVID-19 para o CAPSi parece ter intensificado muitos desafios anteriores e até mesmo revelou problemas prévios. Os problemas e desafios encontrados se tornaram urgentes e foram os motores para a geração de novos instrumentos (segunda linha da Tabela 5).

A equipe relatou tentar ao longo desses três anos seguir o conteúdo emitido pelas Notas Técnicas que foram trazidas no capítulo 2, atendendo as normas de biossegurança e aderindo às mudanças necessárias em seus processos de trabalho. Entretanto, os incentivos públicos durante o ano de 2020 giravam apenas em torno de proteger os profissionais e usuários da infecção do vírus da COVID-19, fornecendo o material de proteção necessário para o trabalho continuar acontecendo. Ainda assim, este ponto é questionável quando entendemos que nenhum outro tipo de ação foi oferecida até a supervisão clínica-institucional ser instituída, nem os cartazes dos programas de proteção chegaram ao CAPSi. Isto apenas reforçou a sensação de solidão já sentida com o fechamento temporário das atividades dos serviços parceiros apontada e a perpetuação de uma necropolítica que decide quem deve viver ou morrer, também apontada por Ávila (2021) em relação a desorganização do Ministério da Saúde frente ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 e governos federais que negaram diretrizes de autoridades sanitárias. Os profissionais relatam o medo do contágio como algo bastante perturbador do ano de 2020. Ao que parece o medo do contágio foi um ponto que mobilizou bastante as práticas de trabalho em 2020 e meados de 2021, ainda assim, alguns pais negavam a questão e não respeitavam as regras de biossegurança. Atender a intensidade de atendimento presencial de crises que se deu com o desenrolar da pandemia de COVID-19 desta forma foi comentado como um outro desafio para o CAPSi.

O cenário que se desencadeou a partir de 2020 exigiu ainda mais da equipe, era necessário se tomar cuidado com o contágio do vírus mas também que se direcionassem as

práticas sem cair nem em um lugar assistencialista nem manicomial, isso tudo sem contar com nenhum serviço parceiro. Assistencialista porque, principalmente no ano de 2020, foi sentido pelos profissionais uma grande pressão para o CAPSi responder a questões que caberiam aos serviços da assistência, o que reorientou a finalidade de alguns processos de trabalho pontualmente no ano de 2020 e 2021. Os profissionais trazem relatos em ambas as entrevistas de condições bastante precárias de saúde em que se encontravam as famílias atendidas. A situação de vulnerabilidade socioeconômica encontrada no ano de 2020 se mostrou tão urgente que esses profissionais se viram obrigados a tomar ações mais diretas para lidar com esta questão, organizando doações recebidas pela igreja local e até distribuindo alimentos. O CAPSi acabou restabelecendo instrumentos assistencialistas que são encontrados no passado da história da Saúde Mental, como a ajuda da caridade. Ainda que tenham questionado em alguns momentos qual seria o limite entre a assistência e a saúde mental, parece que a realidade encontrada realmente tocou estes profissionais.

Este ponto corrobora a teoria de Benedetto Saraceno (2021) dos Determinantes Sociais, apresentada anteriormente, pois a situação de pobreza encontrada era tão grave que automaticamente necessitou ir para o primeiro plano para que fosse proporcionado algum tipo de tratamento de saúde mental. Outro ponto corroborado pelos relatos da intensa vulnerabilidade socioeconômica vivida pelas famílias de Itaguaí é o fato do Brasil ter retornado ao Mapa da Fome da ONU em 2022. O que se percebe é que com o retorno do funcionamento da assistência e educação, que se viram fechados durante maior parte do ano de 2020, a vulnerabilidade socioeconômica volta para um segundo plano mas nunca chega a ser superada. Mais uma questão que o poder público não consegue dar contornos suficientes para sua extirpação.

A finalidade dos processos de trabalho no CAPSi foi uma das dimensões menos afetadas como é possível observar na terceira linha da Tabela 5 e consideramos isto um ponto positivo, dado a precarização e falta de investimento dos últimos anos no campo da Saúde Mental brasileira. O que ocorreu foi um redirecionamento pontual no ano de 2020, além da adesão das regras de biossegurança que foram se desmanchando com o tempo. Ainda que os profissionais possam ter se questionado sobre seus limites e reorientado o seu trabalho de acordo com a urgência e a vulnerabilidade socioeconômica, fizeram isto inteiramente sozinhos e com o formato de comunicação totalmente transformado com o formato híbrido e as reuniões *online*, até então inéditas. A supervisão chega no ano de 2021 e parece ter sido uma ferramenta importante que pode ter ajudado a elaborar medidas cada vez mais assertivas para esta questão, como é observado

nos instrumentos que foram criados a partir do ano de 2021 quando comparados aos do ano de 2020. Nos anos de 2022 e 2023 não foi detectado nenhum outro impacto nas finalidades, sendo esta a única dimensão que não se alterou nos dois últimos anos no recorte de tempo escolhido.

Parecia existir uma comunhão entre a equipe sobre as finalidades da Política que deve embasar seus processos de trabalho. Mesmo na época do redirecionamento assistencial, os profissionais pareciam ter consciência de seu papel na busca pela autonomia através do exercício da cidadania dos usuários e de que não deveriam se acomodar em ações assistencialistas. O CAPSi estudado apresentou qualidade técnica nas ações implementadas, usando material de qualidade para orientar as ações que foram tomadas em seus processos de trabalho durante a pandemia de COVID-19. As práticas buscaram seguir os princípios éticos da Política de Saúde Mental Infantojuvenil baseada nas propostas da Atenção Psicossocial, mesmo no desafiador cenário da pandemia de COVID-19 que exigia o distanciamento social, até se alterando mas depois sabendo reconhecer qual é o seu lugar de atuação.

Qualidade técnica não foi detectada em falta nesta equipe, ainda que pudesse ser mais incentivada pelas esferas gestoras, por iniciativa própria, a equipe vinha acessando um material de qualidade para buscar se orientar. A dificuldade neste caso aparecia na rotina e na realidade de como o trabalho se apresentava. Acreditamos, assim como Taño (2014) e Souza (2021), que deveriam existir mais espaços de compartilhamento entre os profissionais para favorecer os processos de trabalho que não a supervisão clínico-institucional. Parece ter sido exaustivo para os CAPSi combater a lógica antimanicomial durante a pandemia de COVID-19. Por mais que esta questão já pudesse se apresentar antes, a pandemia de COVID-19 parece ter intensificado a problemática e foi um discurso que os profissionais precisaram lutar contra.

Quando o discurso manicomial não aparecia nas exigências feitas pelos responsáveis na forma como o serviço deveria atender seus filhos, ele vinha dos serviços parceiros que não entendiam este público como seu. Ou seja, estes usuários não eram incluídos em seus processos de trabalho fazendo esta missão ser unicamente do CAPSi, fato que parece ter começado a mudar mais efetivamente apenas em 2022. Isto trazia a necessidade dos profissionais estarem a todo o tempo precisando se reafirmar em suas competências, objetivos e finalidades, tanto em relação aos serviços parceiros quanto aos familiares. Desta forma, é importante que a equipe trabalhe em formas de implicar os profissionais de outros setores e essa não é uma missão fácil que deveria fazer sozinha; às vezes toma tempo dentro de uma realidade de urgências. Apesar das dificuldades, o CAPSi não vinha

falhando nesta missão e pouco a pouco foi conseguindo elaborar melhor a forma como se articula com os setores de seu município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da pesquisa foi analisar os impactos da pandemia de COVID-19 nos processos de trabalho de um CAPSi da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro a partir da percepção da equipe multiprofissional. O período da pandemia de COVID-19, em alguns casos, favoreceu o potencial criativo dos trabalhadores dos CAPSis e movimentou o incômodo quanto à hierarquização que faculta o poder médico. Entretanto, é importante que prestemos atenção sobre o que aconteceu com os processos de trabalho do CAPSi e seus objetos/agentes durante a pandemia de COVID-19.

Desde o início da nossa pesquisa consideramos que seria necessário levar em conta a temporalidade e duração da crise pandêmica, entre os anos de 2020 e 2023, pois cada fase da crise foi percebida e vivida de forma distinta pela população em geral e pelos serviços. Identificamos assim que o ano de 2020 foi o que trouxe mais desafios e promoveu mais reorientações nos processos de trabalho, e que os processos de trabalho no início do ano de 2023 ainda permaneciam impactados pela pandemia de COVID-19, o que sinaliza que a pandemia reorientou práticas de trabalho e deixou marcas no serviço. Quanto aos impactos mais significativos nos serviços de saúde mental, a revisão da literatura indicou o aumento no número de internações, nas crises dos usuários e no estresse dos profissionais, assim como, a dificuldade de articulação entre os setores. A nossa pesquisa no CAPSi corrobora com tais resultados em relação ao estresse dos profissionais, ao aumento das crises dos usuários e a dificuldade de articulação. Embora mencionem internações e as dificuldades encontradas para as idas e entradas nos hospitais, as internações não foram destaque na fala da equipe. Outros impactos foram sublinhados pela equipe do CAPSi, tal como a mudança no perfil de atendimento a partir do ano de 2020; as dificuldades que envolveram a conexão com os serviços da educação e assistência, principalmente, pois permaneceram com atividades bastante reduzidas; e como os equipamentos da saúde estavam voltados para a COVID-19 no ano de 2020, o CAPSi se sentiu sobrecarregado, tornando necessário a aplicação de três novos instrumentos a partir do ano de 2021. Em relação aos processos de trabalho que permaneceram impactados até 2023, destacamos o número alto de recepção de novos casos, a dificuldade na articulação entre os setores, e o número alto de encaminhamentos que

provêm do campo da educação. A finalidade dos processos de trabalho no CAPSi foi uma das dimensões menos afetadas.

A nossa pesquisa revela que as equipes, ainda que trabalhassem em condições precárias, o trabalho realizado deve ter sido suficiente, em muitos casos, para fazer uma função de contenção de crises e danos à saúde mental de crianças e adolescentes, principalmente em um momento crítico em que as escolas e outras instituições permaneceram fechadas. Quando as outras equipes de setores parceiros se tornaram de difícil acesso, por conta de todo o cenário, o trabalho da equipe multiprofissional se mostrou de suma importância para a sobrevivência dessas pessoas, o que só ressalta sua importância no território. O fato de existirem agravos na saúde mental infantojuvenil até, pelo menos, o início de 2023 que estava levando a um número alto de recepção de novos casos desde 2020 corrobora a importância da manutenção do funcionamento dos CAPSis mesmo fora do período de urgência epidemiológica, tal como comentado por Faro *et al.* (Faro *et al.* 2020). Mas é importante que as esferas públicas invistam na manutenção e ampliação destes equipamentos de saúde mental.

É necessário incentivo aos profissionais do CAPSi, mas não só isso. A qualificação de outros profissionais da saúde, assistência e educação sobre a Saúde Mental Infantojuvenil e sobre a Política de Humanização do SUS (BRASIL, 2013) dos processos de trabalho em saúde também é imprescindível de ser incentivada e instrumentalizada pelas esferas gestoras. Permanece uma resistência de outros setores em entender e atender os usuários do CAPSi. Todas as crianças e adolescentes, com transtornos graves ou não, têm direito cívico ao acesso de toda a rede de atenção necessária para o restabelecimento de sua saúde. Não só o CAPSi precisa seguir esta premissa, mas todos os outros dispositivos públicos que prestam atendimento ao público infantojuvenil também. Apostamos que ao qualificar todos os profissionais da rede para receber ou saber direcionar de forma adequada as demandas infantojuvenis do território, as equipes dos CAPSis poderão ficar menos sobrecarregadas e estressadas.

Uma limitação desta pesquisa foi o fato de ter sido realizada em apenas um CAPSi, seria interessante uma análise comparativa dentro dos variados territórios presentes no Rio de Janeiro. Uma dúvida deixada que merece ser explorada em outras pesquisas deste mesmo tema é se os pontos positivos que vieram junto à experiência do trabalho do CAPSi na pandemia de COVID-19 irão se manter ou regredir. Outras pesquisas citadas também observam que a pandemia de COVID-19 fez emergir experiências positivas nas atividades de trabalho (Fonseca *et al.* 2020; Martins, 2021; Muller *et al.* 2021), a questão é se elas permanecerão. Como já era esperado, novos instrumentos foram surgindo de acordo com o

cenário de cada ano, resta saber como esses impactos vão se desenrolar nos anos seguintes e quais novos instrumentos podem ser adotados e/ou abandonados. Outro ponto interessante a ser investigado em outras pesquisas é se as afetações na saúde mental dos profissionais da Saúde Mental seguirá caracterizando um impacto contundente nos processos de trabalho dos CAPS e CAPSis brasileiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J. M. C.. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00129519, 2019.

ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 01-09, jun. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100002&lng=pt&nrm=iso>.

ALVES, D. S. N.; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da; COSTA, Nilson Rosário. Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. **Medwave**, v. 12, n. 10, p. 45-55, 2012.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In FLEURY, S. (org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo:Lemos Editorial, 1997.

AMARANTE, P. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica**. Cadernos de Saúde Pública, v. 11, p. 491-494, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020 - Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde. 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+06-2020+GVIMSGGTES-ANVISA/40edaf7d-8f4f-48c9-b876-bee0090d97ae>. (Data de acesso: 08/05/2021).

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **ORIENTAÇÕES GERAIS – Máscaras faciais de uso não profissional**. 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NT+M%C3%A1scaras.pdf/bf430184-8550-42cb-a975-1d5e1c5a10f7>.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, junho 2020.

AQUINO, S.M. C. *et al.* Construção de cartilha virtual para o cuidado em saúde mental em tempos de COVID-19: relato de experiência. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1. ESP, 2020.

AVILA, F. **Promoção de saúde mental no contexto escolar em tempo de pandemia**. Instituto de Psiquiatria-IPUB. Rio de Janeiro, 42pg, 2021.

AYRES, J. R. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 905-912, 2015.

BARCELLOS, C.; XAVIER, D. R.. As diferentes fases, os seus impactos e os desafios da pandemia de covid-19 no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 16, n. 2, 2022.

BASAGLIA, F. As **Instituições da Violência**. In Basaglia, *et al.* A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASTOS, A.; MONTEIRO, K. A. de C.; RIBEIRO, M. M. da C. O manejo clínico com adolescentes autistas e psicóticos em instituição. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 182-193, dez. 2005. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141571282005000200011&lng=pt&nrm=iso. acessos em 17 jan. 2023.

BELOTTI, M. *et al.* Percepções sobre o processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Trends in Psychology**, v. 25, p. 1547-1557, 2017.

BILAR, J. Ar. *et al.* Saúde mental de crianças na pandemia da COVID-19: Revisão integrativa. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, p. 1/13-1/13, 2022.

BORGES, C. D; SANTOS, M. A.. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Revista da SPAGESP**, v. 6, n. 1, p. 74-80, 2005.

BRAGA, C. P; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & saúde coletiva**, v. 24, p. 401-410, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília, DF: Presidente da República.

BRASIL. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. **Diário Oficial da União**, 2020; 20 de março. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019_2022/2020/decreto/D10282compilado.htm

BRASIL. **Decreto nº 10.282**, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 11.077**, de 20 de maio de 2022. Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.982**, de 2 de abril de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Educação. **Protocolo de Biossegurança para retorno das atividades nas Instituições Federais de Ensino**. Brasília, DF: MEC, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental Infantojuvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32**, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: recomendações gerais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: Acesso em: 14 ago. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS/ INAMPS nº 224**, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União 1994; 30 jan. Brasil. Ministério da Saúde

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.344**, de 20 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da prestação de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jul. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.608**, de 3 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 ago. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279**, 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e 15 abrangência populacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Acesso em: 10 julh. 2021. 46

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 188**, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020 fev; Seção Extra:1. Disponível em: Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 467**, de 20 de março de 2020a. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 189**, de 20 de março de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento “Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial” e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 março de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde dos Adolescentes e Jovens. **Nota Técnica nº 4/2020-COSAJ/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Recomendações às Coordenações de Saúde de Adolescentes e Jovens (estaduais e municipais) e demais gestores da Atenção Primária e equipes de saúde da família atuantes no SUS para a manutenção e/ou adequação das estratégias para o atendimento das necessidades de saúde da população adolescente e jovem no cenário da pandemia da COVID-19 e mesmo após esse período. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde., FIOCRUZ. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações para gestores**. Pesquisadores do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-recomendacoes-para-gestores>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde., Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica Nº12/2020-CGMAD/ DAPES/ SAPS/ MS ASSUNTO:** 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, 16 de março de 2020

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 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.

BRASIL. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

BUSTAMANTE, Vania; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Cuidado às famílias no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: uma pesquisa-intervenção com trabalhadores. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 156-169, 2021.

BUSTAMANTE, Vania; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Processo de trabalho e sofrimento institucional em Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (Capsi): uma pesquisa-intervenção junto a trabalhadores. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 25, p. 429-452, 2022.

CASTRO, L. R. **O futuro da infância e outros escritos** - 1. ed. - Rio de Janeiro: 7Letras, 2013.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 5, n. 2, p. 300-327, 2005.

COSTA, S. P. *et al.* O capsi como agente transformador do cuidado para famílias com crianças acompanhadas pelo serviço. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 72303-72321, 2020.

COSTA, N. do R., SIQUEIRA, S. V., UHR, D., SILVA, P. F. da, & MOLINARO, A. A. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4603-4614, 2011.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica:** contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: UNESP; 2013.

COUTO, M. C. V. **Política de saúde mental para crianças e adolescentes:** especificidades e desafios da experiência brasileira (Tese de doutorado não-publicada). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

COUTO M.C.V, DELGADO P.G.G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. In: Lauridsen-Ribeiro EL, Tanaka OY, organizadores. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Ed. Hucitec; 2010. p. 271-279.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, E. C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2008;1(30):390-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>.

CRUZ, N. F. D. O., GONÇALVES, R. W., & DELGADO, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, 2020.

CUNHA, C.C; BOARINI, M. L. **O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica**. Revista Psicologia e Saúde, 2011.

DA COSTA, Anna Carolina Amorim. Implementação de políticas públicas para o tratamento dos problemas de saúde mental decorrentes da pandemia do Covid-19. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 1, p. 1287-1301, 2022.

DA COSTA, W. D. *et al.* Impactos da pandemia de coronavírus em um caps infantojuvenil do distrito federal. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 1, n. 1, p. 1-20, 2020.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. **Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde**, 1990. Link: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf

DELFINI, P; REIS, A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de saúde pública**, v. 28, p. 357-366, 2012.

DELGADO, P. **Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil**. 2011. v. 16, p. 4701-4706. *Ciência & Saúde Coletiva*.

DELGADO, P. Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 21-28, 2021

DESINSTITUTE; WEBER. R. (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília: [s.n.], 2021.

FARIA, H.; WERNECK, M.; DOS SANTOS, M. Processo de trabalho em saúde. **Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed**, 2009.

FARO, A. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

FERNANDES, A. D. S. A; MATSUKURA, T. S. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. **Temas em psicologia**, 24(3), 977-990, 2016.

FERNANDES, A. *et al.* Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, p. 725-740, 2020.

FIOCRUZ. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19: crianças na pandemia covid 19**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: Acesso em: 15 ago. 2021

FONSECA, R. P. O. *et al.* Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 1, n. 1, p. 48-64, 2020.

FONTGALLAND, R. C., Melo, C. D. F., Mello, A. V. R. G., & Ferreira, M. P. A. (2022). A Prática dos Psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial em diferentes estados brasileiros. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, 12(2), 45-71.

FORTES, Alexandre; OLIVEIRA, Leandro Dias de; SOUSA, Gustavo Mota de. A COVID-19 na Baixada Fluminense: Colapso e apreensão a partir da periferia metropolitana do Rio de Janeiro. **Espaço e Economia. Revista brasileira de geografia econômica**, n. 18, 2020.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. **Como elaborar projetos de pesquisa**, v. 4, n. 1, p. 44-45, 2002.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

GOMES, Natália de Magalhães Ribeiro et al. Processo de trabalho em serviço de saúde mental na pandemia de Covid-19: estudo qualitativo. **Online braz. j. nurs.(Online)**, p. e20216522-e20216522, 2021.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Decreto nº 46.970, de 13 de março de 2020. Dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento da propagação decorrente do novo Coronavírus (COVID-19), do regime de trabalho de servidor público e contratado, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 13 mar. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE. Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio. **Saúde Mental na Escola em Tempos de Pandemia Guia Prático para Professoras e Professores**. Março 2021. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202103/08171456-volta-as-aulas-em-tempos-de-pandemia.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2021

GOVERNO FEDERAL DO BRASIL. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. **Diário Oficial da União**. 12 dez. 2012. Disponível em: Acesso em: 10/08/2021

GOVERNO FEDERAL DO BRASIL. Lei Federal n. 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. **Diário Oficial da União**, 2001; 6 abr.

GOVERNO FEDERAL DO BRASIL. Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 13 de jul. de 1990; 13 jul.

GREER, S. *et al.* Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19. **University of Michigan Press**, 2021, v. 1, p. 3-33. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3998/mpub.11927713>

GUERRA, A.M.C. A psicanálise no campo da saúde mental Infantojuvenil. **Psychê**, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 139-154, jun. 2005.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, p. 297-305, 2009.

JUCÁ, V. As políticas de Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil: A construção de uma rede de atenção psicossocial sensível às especificidades da infância e adolescência. **Embornal**, v. 10, n. 19, p. 85-100, 2019.

LEAL, E. M. **Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização**. 2007. 154 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 137-154, 2007.

LEITÃO, I. B., CONSTANTINIDIS, T. C., & AVELLAR, L. Z. (2019). Produção de conhecimentos sobre o CAPSI entre 2002 e 2017: revisão integrativa da literatura. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, 10(3), 181-205.

LIMA, D. K. R. R., & GUIMARÃES, J. (2019). A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. **Saúde em Debate**, 43, 883-896.

LIMA, R. C. (2019). O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29, e290101.

LIMA, R. C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

LIMA, R. **Saúde mental na infância e adolescência**. In: Jorge, M.A., Carvalho, M.C., Silva, P. (org.) Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

LIMA, W.; LAVOR, T. L. Impactos psicossociais do trabalho na saúde mental de profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial no interior do Ceará. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 429-441, 2021.

MACEDO, J. P., FONTENELE, M. G., & DIMENSTEIN, M. (2018). Saúde Mental Infantojuvenil: Desafios da Regionalização da Assistência no Brasil/Mental Health in Childhood and Adolescence: Challenges Due to the Regionalisation of Care in Brazil. **Revista polis e psique**, 8(1), 112-131.

MATEUS, Mario D. et al. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. **International journal of mental health systems**, v. 2, p. 1-8, 2008.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. CEPESC, IMS/UERJ, Abrasco. 8º Ed. Rio de Janeiro, 2009

MAGRINI, J. M.; HOMERCHER, B. M.; VIEIRA, M. V. O Impacto Da Pandemia Covid-19 Em Um Serviço De Saúde Mental De Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Anais do V SERPINF e III SENPINF** ISBN, p. 978-65, 2021.

MARTINS, F. A. **O trabalho interprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto de pandemia: covid-19.** 2021.

MARX, K. **O Capital-Livro 1: Crítica da economia política. Livro 1: O processo de produção do capital.** Boitempo Editorial, 2015

MENDES, G. R. B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: **Hucitec**; 1992.

MENDES, R. B. G. (1992). Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades. In Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades (pp. 53-53). **Brazilian Journal of Development**, 6(9), 72303-72321.

MILIAUSKAS, C. R., & FAUS, D. P. Saúde mental de adolescentes em tempos de Covid-19: desafios e possibilidades de enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 30, e300402, 2020.

MINAYO, M. C. S. (org.). **A pesquisa qualitativa.** Em: M. C. S. MINAYO. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTEIRO, K. A. de C.; RIBEIRO, M. M. da C.; BASTOS, A. Porta de entrada para adolescentes autistas e psicóticos numa instituição. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 27, p. 290-303, 2007.

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

NUNES, M. de Oliveira *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4489-4498, 2019.

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

ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança.** 1989. Disponível em <http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Atlas: child and adolescent mental health resources.** Geneva: WHO Press, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Proteção da Saúde Mental em Situações de Epidemias.** Brasília, DF: OPAS, 2006.

ORNELL, F. *et al.* “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020.

PAIM, J, S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009

PINHO, E. S., SOUZA, A. C. S., & ESPERIDÃO, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23, 141-152.

PINHEIRO R. **Cuidado em Saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009.

PITTA, A. M. F. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira**: instituições, atores e políticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.16, n.12, pp.4579-4589. ISSN 1413-8123. 2011.

PORTELA, M. C., REIS, L. G. D. C. LIMA, S. M. L. (2022). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Série Informação para ação na Covid-19. Fiocruz.

SEBRAE/RJ. **Painel regional**: Baixada Fluminense I e II / Observatório Sebrae/RJ. -- Rio de Janeiro: SEBRAE/RJ, 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Deliberação CIB-RJ nº 6406, de 13/05/2021. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/733-2021/maio/7424-deliberacao-cib-rj-n-6-406-de-13-de-maio-de-2021-republicada.html>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Resolução SES nº 1911, de 23/09/2019. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/09/res1911.pdf>

SILVANO, A. D. *et al.* Centro de Atenção Psicossocial: cotidiano de trabalho e articulação com a rede na pandemia. 2022.

SURJUS, L. T *et al.* Atenção Psicossocial e COVID-19: Fortalecimento Coletivo Para Garantir o Cuidado. Santos: Universidade Federal de São Paulo, 2020.

TÃNO, B. L; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. e290108, 2019.

TAÑO, B. L; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico/Child and adolescent mental health and field challenges: reflections from the historical path. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015

TEIXEIRA, C. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, 2011.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceito. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. V. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TRINDADE, C. S; TRIGO, R. I; PENA, I. C; GOMES A. R; SERÔDIO, I. C & VAZ, F. M. Pandemia por Covid-19: O impacto do distanciamento social na saúde mental da criança

e adolescentes – Revisão Integrativa. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, 7(2), 252-277, 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/IPUB/NUPPSAM. **Anais do I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis (CAPSi): Os CAPSi como serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak**: interim guidance, 25 March 2020. 2020. [acesso em 09 abril 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331561>. (Data de acesso: 09/04/2020).

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 01, p. 1-9, 2009.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O impacto da pandemia de Covid-19 nos processos de trabalho um CAPSi da Baixada Fluminense: a percepção da equipe multiprofissional do serviço.” O estudo objetiva investigar os impactos da pandemia em um CAPSi localizado em território de vulnerabilidade econômica e social a partir da concepção do encontro subjetivo da equipe com seu trabalho. Para tanto serão realizados grupos focais de 4 a 8 participantes com a equipe multiprofissional que atue junto a crianças e adolescentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis e uma outra entrevista com alguém que desempenhe o papel de gestor. A pesquisa de campo será realizada pela mestrande Heloisa Mação Ciambarella do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Heloisa é graduada em psicologia e está inscrita no Conselho Regional da profissão (CRP 05/64365).

A pesquisa assume a metodologia qualitativa e é desenvolvida através da realização de entrevistas em profundidade. Os participantes serão contatados após uma conversa inicial com a coordenação de sua unidade de trabalho com o intuito de viabilizar a realização das entrevistas. Estas serão realizadas de forma online ou presencial com os participantes a depender de suas disponibilidades, em horário a ser combinado, e com o consentimento dos entrevistados poderão ser gravadas e posteriormente transcritas. O áudio e a transcrição ficarão guardados sob responsabilidade da pesquisadora e não serão divulgados.

Tendo em vista que toda pesquisa abrange algum tipo de risco, nesta o risco pode ser considerado como mínimo, mas há possibilidade de você sentir algum incômodo durante a realização da entrevista. Caso isso ocorra, a pesquisadora estará à disposição para conversar e esclarecer suas dúvidas. Se for necessário, a entrevista pode ser remarcada e realizada em outra ocasião ou pularmos para a próxima pergunta. Ofereceremos atendimento em saúde mental em situação de necessidade advinda das atividades de pesquisa.

As informações recolhidas serão divulgadas em relatórios, artigos científicos e demais materiais de publicação. Os nomes dos participantes não serão divulgados, sendo omitidos ou trocados por pseudônimos. É assegurado o sigilo e a privacidade dos participantes pelos pesquisadores responsáveis por esta pesquisa. Tanto a identificação quanto qualquer outro material não será liberado sem a permissão prévia do participante. Não haverá forma de ocorrer sua identificação em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo e os dados obtidos não serão usados para outros fins além dos já indicados. O termo de consentimento é redigido em duas vias: uma para o participante e uma para o pesquisador.

Você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação por sua decisão. Você pode também solicitar informações e esclarecimentos à pesquisadora a qualquer momento. Os participantes também podem consultar diante de dúvida ou denúncia quanto à Ética da Pesquisa o site da Comissão Nacional de Ética em pesquisa: <https://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf> e o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Iguaçu (UNIG) que está localizado na Av. Abílio Augusto Távora, nº 2134, Bloco A - 1º andar - Sala 103, Município de Nova Iguaçu, RJ. horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 16h telefone, (21) 2765-4000, o contato também poderá ser feito pelos e-mails: : cepunigcampus1@gmail.com ou cep@campus1.unig.br que tem a função de fiscalizar e fazer cumprir as normas e

diretrizes dos regulamentos de pesquisas envolvendo seres humanos. Por fim, vale esclarecer que não haverá nenhum tipo de compensação financeira pela participação como voluntário nesta pesquisa.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____, RG. _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora no telefone (21) 988743815 ou através do email helo_macao@hotmail.com. Assinei duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual também foi assinado pelo pesquisador responsável que me fez o convite e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Uma via deste documento, assinada, foi deixada comigo. Diante do que foi proposto, declaro que concordo em participar desse estudo

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____

 Nome: Assinatura do Participante
 Data:

 Pesquisadora: Assinatura do Pesquisador

ANEXO II

ROTEIRO DE PERGUNTAS

- 1) Quais as principais mudanças que você(s) identificou(aram) no funcionamento do serviço devido à pandemia de COVID-19, a partir de março de 2020?
- 2) E as regras para a manutenção do funcionamento do serviço? Quais você se lembra que existiam no começo? E depois, como elas ficaram? Se remodelaram ou foram sendo abandonadas?
 - *Foram incorporadas medidas protetivas contra o vírus?*
- 3) Você(s) se lembra(m) de ler(em) ou incorporar(arem) no trabalho de vc(s) alguma informação vinda de algum manual governamental do Ministério da Saúde ou ANVISA? Alguma outra orientação foi útil para a execução de seu(s) processo(s) de trabalho? Esses manuais eram de fácil acesso aos CAPSis? (Se as regras não foram baseadas em algum manual governamental ou nenhuma outra orientação de algum órgão de saúde, o que orientou o trabalho de vocês durante a pandemia?)
- 9) Vocês sabem dizer se existiu um alto número de usuários infectados? Como vocês lidavam com essa questão? E os profissionais? Existe algum registro desses números?
- 4) Você(s) recebeu(am) casos novos no período mais crítico da pandemia, entre 2020 e 2021? A partir de que momento? E como ficaram os acolhimentos destes casos?
 - *Algum novo procedimento foi criado? Os antigos foram remodelados?*
- 5) E como ficaram os casos antigos nesse início e de que forma vocês conseguiram dar continuidade ao tratamento dos pacientes? Houve muitas desistências? Existe algum registro desses números?
- 6) Como acontecia o contato com os responsáveis? Eles permaneceram indo ao serviço?
 - *Tanto para os responsáveis dos casos novos quanto dos antigos. Era difícil solidificar uma relação com os pacientes novos? A relação com os antigos se viu abalada de alguma forma? Isso interferiu o seu trabalho?*
- 7) Como você(s) se comunicou com os membros da equipe ao longo do período pandêmico?
 - *Era feito algum tipo de reunião ou supervisão do grupo? Como acontecia comunicação o gestor com a equipe? E dentro da própria equipe?*
- 8) Como ficou a articulação do CAPSi com outros setores?
 - *Eles se viram com mais dificuldade que o habitual de fazer contato com algum serviço? Investigar como a pandemia influenciou na articulação entre os setores.*

10) Que tipo de situações inesperadas aconteceram no cotidiano de trabalho no período mais crítico da pandemia? Quais influenciaram no seu modo de trabalho? (TODOS RESPONDEM)

11) Hoje você(s) consegue(m) identificar demandas que foram específicas da pandemia? Você percebeu urgência pelo campo da saúde mental infantojuvenil no período pandêmico? Isto foi desafiador? (ou houve muitas urgências?)

- Se for detectado que houve impacto na saúde mental dos usuários do serviço, perguntar também se nesse período foi aumentado a demanda do serviço e se este fato impactou na saúde mental dos trabalhadores.

12) O vírus continua infectando, ainda que em menor escala e intensidade. Vocês se veem ainda lidando com essa questão atualmente?

Essa pergunta envolve a gente poder refletir se vcs ainda se veem tomando alguma medida protetiva contra o vírus (como por exemplo, afastar um paciente que possa estar infectado de ir ao serviço) mas também se vocês perceberam se a saúde mental infantojuvenil e/ou o trabalho que vcs exercem aqui ainda se veem lidando com as consequências dos impactos deste período.