

## **Pandemia e cuidado humanizado em um Centro de Atenção Psicossocial no Recife**

*Pandemic and humanized care in a Psychosocial Care Center in Recife*

**Camila Maria de Sá**

Prefeitura de Recife, Secretaria Municipal de Saúde, Recife, PE, Brasil.

e-mail: [camilamariadesa@hotmail.com](mailto:camilamariadesa@hotmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-2331-9519>

**Geiziane Silva COTRIM**

Prefeitura de Paulista, Secretaria Municipal de Saúde,

Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), Paulista, PE, Brasil.

e-mail: [geiziane\\_cotrim@hotmail.com](mailto:geiziane_cotrim@hotmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-5283-8310>

**Resumo:** Este trabalho objetiva analisar as particularidades do cuidado humanizado baseado na Política Nacional de Humanização (PNH) em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) transtorno no Recife, frente à pandemia da COVID-19. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com quatro participantes vinculados ao CAPS. Os resultados obtidos evidenciaram desafios na execução de preceitos fundamentais para o cuidado em liberdade e de base territorial voltados para pessoas com transtornos mentais e/ou sofrimento psíquico, diante do distanciamento social decretado, somado a uma rede intersetorial extremamente fragilizada e, por vezes, inoperante. Endossou-se, assim, o redirecionamento do cuidado em uma perspectiva médico-centrada, com comprometimento em muitas diretrizes preconizadas pela normativa da PNH.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Cuidado Humanizado. Política Nacional de Humanização. COVID-19.

**Abstract:** This work analyses the characteristics of humanised care, based on the National Humanisation Policy (PNH), in a Psychosocial Care Centre (CAPS) in Recife in view of the COVID-19 pandemic. Data collection was conducted through semi-structured interviews with four participants linked to the CAPS. The results highlight challenges, on a territorial basis, in the execution of the fundamental precepts for voluntary psychological care aimed at those with mental disorders and/or psychological distress, because of the mandated social distancing, placed upon an already extremely fragile and sometimes dysfunctional intersectoral network. Deviation from a medical-centred care perspective is confirmed, with compromises being made in many of the guidelines recommended by the PNH norms.

**Keywords:** Mental health. Humanised care. National Humanisation Policy. COVID-19.

*Submetido em: 31/8/2023. Revisto em: 5/3/2024. Aceito em: 15/4/2024.*



© A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2024 Acesso Aberto. Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

## 1 Introdução

**H**istoricamente, pessoas com transtornos mentais foram (des)tratadas no âmbito específico dos manicômios e hospitais psiquiátricos de onde advinham relatos e confirmações de agressões, torturas, aprisionamentos e mortes. Diante dessa realidade, os indivíduos eram estigmatizados como violentos e, assim, compreendidos como incapazes no que se refere à produção de riqueza em sociedade (Vasconcelos, 2010).

Esse panorama só foi redesenhado a partir do questionamento feito por parte das organizações profissionais, dos familiares e da sociedade civil, culminando, então, no Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), o qual propôs uma nova orientação do cuidado em saúde mental nacional.

Dentre as contribuições que agregaram na construção desse horizonte antimanicomial erguido sob o pilar dos direitos humanos, está a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta transversaliza e fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS); preconiza um modelo de atenção desinstitucionalizado, com foco no cuidado em liberdade para além de melhorias das condições e estruturas físicas de onde as pessoas são atendidas, a fim de priorizar especialmente as relações e a qualidade de assistência ao público.

Apesar dessas conquistas, o campo da saúde mental sempre foi alvo de disputas, com ameaças intrínsecas de retorno aos patamares desumanos supracitados, pela relação direta entre a mercantilização da loucura e a obtenção de lucros via indústria farmacêutica, hospitais psiquiátricos e demais dispositivos de confinamento e controle de corpos e mentes, seja através de iniciativas privadas ou mediante articulação institucional do Estado.

Na última década do tempo presente, uma sucessão de acontecimentos impactou de modo alarmante a política de saúde mental de maneira a ameaçá-la nos aspectos de digressão de conquistas e redirecionamento de perspectiva. Atrelado a isso, está a vivência da pandemia da COVID-19, evento em saúde pública que originou e intensificou relações sanitárias, sociais, econômicas, políticas e culturais de nossa sociabilidade.

Diante do exposto, busca-se com esse trabalho, sob a perspectiva da PNH, conhecer e analisar as particularidades do cuidado humanizado em uma dada realidade no CAPS transtorno do Recife (PE), perante a conjuntura marcada pelas sequelas da recente emergência em saúde pública da pandemia da COVID-19.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) transtorno estudado é do tipo II<sup>1</sup>, está localizado no Distrito Sanitário IV<sup>2</sup> (DS IV), na capital pernambucana e, atualmente, realiza atendimento e cuidado às pessoas a partir dos 18 anos que estejam em situações de crise grave e/ou persistente de sofrimento psíquico e/ou transtorno mental.

O serviço oferecido possui uma equipe multidisciplinar composta por: um(a) Assistente Social, três Enfermeiros(as), dois Psiquiatras, um(a) Psicólogo(a), um(a) Terapeuta Ocupacional, um(a) Técnico(a) de Enfermagem, um(a) Gerente Operacional, um(a) Gerente

---

<sup>1</sup> CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes (Brasil, 2002).

<sup>2</sup> Recife dispõe de oito distritos sanitários em sua área de abrangência, estando o DS IV localizado na Zona Oeste.

Clínico(a) e um(a) Gerente Administrativo(a) e seu funcionamento ocorre de segunda a sexta-feira, no horário das 8h às 17h.

Para consecução dos objetivos, utilizou-se de pesquisa de abordagem qualitativa realizada através de investigação bibliográfica e pesquisa de campo, que se deu por intermédio de entrevistas semiestruturadas aplicadas a quatro pessoas, sendo: um(a) profissional, um(a) gerente, um(a) usuário(a) e um familiar. Todos com vínculo no referido CAPS.

O período estudado é compreendido entre o segundo semestre de 2021 e o segundo semestre de 2022. A duração de cada entrevista foi cerca de 1 hora, gravada perante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, posteriormente, foram transcritas para análise dos dados. É importante destacar que esse estudo seguiu os preceitos do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde - AECIS, cujo parecer consubstanciado é: 56211922.2.0000.5569. Os participantes foram identificados por letras do alfabeto a fim de cumprir o sigilo da pesquisa.

O conteúdo das entrevistas foi composto por perguntas abertas sobre: organização do serviço e do processo do trabalho antes e durante a pandemia; estratégias de atendimentos e acompanhamentos no CAPS; desafios e potencialidades diante da realidade imposta, dentre outras.

Para análise dos dados, aplicou-se o método de materialismo histórico-dialético, alicerçado na historicidade e na totalidade, que propiciam o conhecimento teórico, a partir da aparência para alcançar a essência do objeto. Ressalta-se que, diferentemente de outras orientações estritamente intersubjetivas em relação ao objeto, o conhecimento teórico apreendido aqui implica o “[...]conhecimento do objeto tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador” (Netto, 2009, p. 7).

Esse preceito nos permitiu entender as particularidades do cuidado humanizado diante das contradições presentes no cotidiano, compreendendo de modo dinâmico e simbiótico as aparências das problemáticas e os elementos referentes ao contexto histórico, social, econômico e cultural inseridos e articulados na sociabilidade capitalista.

### **1.1 Contribuições da Política Nacional de Humanização com o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Um importante divisor de águas no campo da saúde mental destaca o surgimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), no final da década de 1970, em que tal influxo teve início a partir das inquietações advindas do formato de cuidado conduzido às pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais.

Em detrimento dessa realidade e inspirado nos ideais de Franco Basaglia, o MRPB tinha como horizonte os mesmos pressupostos da luta italiana, pois objetivava retirar os hospitais psiquiátricos do patamar de primeira via de atendimento em saúde mental, assim como o seu fechamento progressivo, para se abrir espaço aos serviços de atendimento em liberdade (Vasconcelos, 2010).

No Brasil, o redirecionamento do cuidado contou com a colaboração de várias estratégias, dentre elas, em 2002, está a instituição dos CAPS – serviço substitutivo, que oferta acolhimento às pessoas com transtorno mental, além de contribuir para sua inserção no território, bem como sua autonomia, protagonismo e ampliação dos vínculos (Brasil, 2002) – e a criação da Política Nacional de Humanização, em 2003, que visa novos modos de atenção e gestão, cuja centralidade está na humanização dos processos e nas relações de trabalho e está erguida sob as seguintes diretrizes:

**Acolhimento:** reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações [...]

**Gestão e cogestão:** expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo [...]

**Ambiência** - Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas [...]

**Clínica ampliada e compartilhada:** uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença (Brasil, 2013, p.7-10).

Trajano e Silva (2012) destacam uma relação mútua entre ambas [MRPB e a PNH], descrita como um encontro na radicalidade ética em defesa da vida. Para as autoras, essa era a Política “[...] que inscrevia a experiência de desconstrução do manicômio no contexto da construção do SUS” (Trajano; Silva 2012, p. 17).

Consoante a essa perspectiva, Yasui (2012) compreende o MRPB e a PNH como “[...] apostas que se constroem nas bordas e [fissuras de um] cotidiano conservador” (Yasui, 2012, p. 5). Para este autor, o cuidado em liberdade é eixo central e ético no cuidado à pessoa com transtornos e ressalta que as referidas conquistas impõem força de resistência ao projeto de sociedade dominante, estando os dois nas trincheiras apoiadas pelos princípios e posicionamento ético-estético-político.

Sendo assim, temos tanto na Reforma Psiquiátrica, quanto na Política de Humanização, a conjunção de forças essenciais que atravessam os objetivos de uma sociedade sem manicômios, que lutam pela manutenção do cuidado em liberdade (de base comunitária e psicossocial) e que reconhecem os sujeitos como pessoas de direitos, e, portanto, protagonistas do seu processo saúde-doença-cuidado, configurando-se essa integralidade como verdadeira espinha dorsal no que concerne ao pretense cuidado humanizado em saúde mental.

## 1.2 Impactos da COVID-19 na Política de Saúde Mental: o cuidado humanizado em vertigem

Um fator que tem impactado as ações efetivas do SUS gira em torno do enfrentamento a um grande dilema: o SUS instituído não representa, de fato, o SUS constituído, como afirma

Soares (2010). Desde a sua formatação, o sistema sofreu um processo de contrarreformas<sup>3</sup> que se expressam, por exemplo, na tecnificação da política, na sua não universalização e, conseqüentemente, no enfoque à assistência precária e fragmentada da política, somada à privatização e à mercantilização da saúde pública.

Esses elementos denotam que o horizonte da Reforma Psiquiátrica e da Política de Humanização sofre um processo de retrocesso na política de saúde mental, intensificado a partir de 2015, em que, ainda na vigência do governo da presidenta Dilma Rousseff, o Ministério da Saúde foi delegado a setores conservadores (Amarante; Nunes, 2018). Esse cenário ganhou força em 2016, no governo de Michel Temer, a partir da Emenda Constitucional (EC) 95/2016 (Brasil, 2016), que versa sobre o teto dos gastos públicos e seu congelamento para os próximos 20 anos.

Dentre esses desmontes, destaca-se a Nota Técnica N. 11/2019 (Brasil, 2019), criada no governo do presidente Jair Bolsonaro e que incentiva a lógica de internação no campo da saúde mental, além do financiamento das comunidades terapêuticas, mesmo as referidas não estando incorporadas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Atrelado a essa conjuntura, em 2020, teve-se início à formação de um novo quadro sanitário caracterizado pelo surgimento da pandemia de COVID-19, doença, esta, causada pelo vírus SARS-CoV-2, denominado *novo coronavírus*. Esse cenário teve início em dezembro de 2019, após o primeiro registro de infecção e ganhou repercussão com o posterior aumento dos casos da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) associada ao quadro de pneumonia, na cidade de Wuhan, na China (Lana *et al.*, 2020).

Desde então, esse quadro epidemiológico espalhou-se rapidamente para diversas regiões do planeta. Em fevereiro de 2020, chegou ao Brasil (Brandão *et al.*, 2020), onde a doença disseminou-se de tal forma que alcançou o patamar de 20 milhões de casos confirmados e mais de 695 mil mortes (Coronavírus Brasil, 2023), e afetou, especialmente, idosos, pessoas com comorbidades e regiões vulneráveis do país (Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial de Saúde, 2021).

Nesse período, a questão do distanciamento social, utilizado como medida de prevenção à COVID-19, destacou-se por aprofundar problemáticas emergentes relacionadas à saúde mental, tendo em vista que a população passou a ficar afastada e, em alguns casos, em isolamento<sup>4</sup>/quarentena<sup>5</sup>, portanto, longe dos familiares, amigos, e do ambiente de trabalho. Isso interferiu diretamente na dinâmica do comportamento humano e trouxe sofrimentos e angústias causados, também, pelo medo de contrair a doença (Schmidt *et al.*, 2020).

Segundo pesquisa de Barros *et al.* (2020):

---

<sup>3</sup> Conforme Granemann (2004, p. 30), a contrarreforma pode ser entendida como um conjunto de “alterações regressivas nos direitos do mundo do trabalho, pois alteram os marcos legais já alcançados em determinado momento pela luta de classe em um dado país”.

<sup>4</sup> Isolamento se refere à separação dos infectados ou daqueles que apresentam sintomas característicos da doença, de indivíduos sadios (Noal; Passos; Freitas, 2020, p. 113).

<sup>5</sup> Quarentena significa separar e restringir a movimentação de indivíduos já expostos a situações com potencial de contágio (Noal; Passos; Freitas, 2020, p. 113).

[...] verificou-se que, durante a pandemia, 40,4% se sentiram frequentemente tristes ou deprimidos, e 52,6% frequentemente ansiosos ou nervosos; 43,5% relataram início de problemas de sono, e 48,0% problema de sono preexistente agravado. Tristeza, nervosismo frequentes e alterações do sono estiveram mais presentes entre adultos jovens, mulheres e pessoas com antecedente de depressão (Barros *et al.*, 2020, não paginado).

No contexto da política de saúde, a novidade em saúde pública também interferiu na assistência aos usuários. Segundo Ornell *et al.* (2021, tradução nossa), houve uma redução de 28% nas consultas ambulatoriais em saúde mental entre março e agosto de 2020, o que representa cerca de 470 mil atendimentos que podem não ter sido realizados no período inicial da pandemia no Brasil. No mesmo período, aumentaram em 36% os atendimentos emergenciais no CAPS e em 52% os atendimentos domiciliares em saúde mental.

Considerado o exposto, torna-se imprescindível analisar os impactos nos usuários em acompanhamento em saúde mental, que, já acometidos por uma emergência em saúde pública, também precisaram lidar com o desenrolar de um cenário marcado pela insuficiência na assistência à saúde.

## 2 Desenvolvimento

### 2.1 Pandemia da COVID-19 e suas repercussões para o funcionamento CAPS em Recife

O CAPS estudado existe há 20 anos e funciona atualmente com seis profissionais de Técnicos de Referência<sup>6</sup>, cuja proposta de intervenção abrange: acolhimento; atendimento individual; atendimento em grupo; visita domiciliar, articulação intersetorial, passeio terapêutico; assembleia, reunião técnica e matriciamento.

Diante da emergência imposta pela COVID-19, uma série de alterações no processo de cuidado foram estabelecidas. Uma das mais acentuadas foi a redução dos acolhimentos e, posteriormente, a sua suspensão em decorrência da mudança de sede do CAPS, pois o referido serviço passou a funcionar em outro dispositivo CAPS, no mesmo território, devido à estrutura física já danificada.

Os acompanhamentos, por sua vez, passaram a ser por telefone, dispositivo, este, emprestado de outro serviço. Já as assembleias, as visitas domiciliares, os passeios terapêuticos e os grupos operativos foram suspensos, restando o modo presencial apenas para os casos mais urgentes. Também foi incluído dentro do espaço o uso de máscara e a utilização do álcool 70%. Quanto ao Equipamento de Proteção Individual (EPI), especificamente a *face shield*, nunca foi recebida, mesmo sendo reivindicada. Em síntese, para quem vivia o CAPS no cotidiano, a emergência da COVID-19 representou alterações substanciais:

[...] Aí não tinha as T.O's porque a gente não vinha, aí ficava em casa, não ia pra canto nenhum [...] eu não fui mais para o CAPS, aí eu sentia, né? aí não podia ir no shopping, não podia ir numa praia que não tinha barraca na praia, não podia, né, fazer muitas coisas, aí me sentia um pouco mal com isso. [...] Eu me sentia muito triste, né? sem o que fazer, em casa, muita ansiedade (**Participante C**).

---

<sup>6</sup> Os profissionais de psiquiatria não exercem a função de Técnico de Referência no referido CAPS.

[...] ficou um deserto isso aqui, completamente um deserto, né? Não tinha mais grupo, ninguém podia vir, médico doente, médico afastado, o CAPS passou um tempão sem médico porque a médica pediu exoneração, a outra, ficou doente, ficou um caos, depois foi se ajustando, depois ficou desajustado de novo (**Participante D**).

Brandão *et al.* (2020) trazem que entre as medidas de prevenção utilizadas em um CAPS estavam a suspensão dos trabalhos em grupo e o enfoque nos atendimentos individuais. Além disso, os mesmos autores abordam que, na percepção dos profissionais, houve um esvaziamento do serviço. Essa realidade se assemelha ao CAPS do transtorno estudado.

Ao citar a presença da ansiedade e da tristeza no seu cotidiano, os entrevistados deixaram claro os impactos da pandemia sob sua saúde mental. Com isso, vê-se um agudizamento no quadro clínico, visto que, após o estabelecimento das medidas de distanciamento e a limitação de ocupação dos espaços públicos, teve-se interferência direta na rotina de acompanhamento.

Esse fato afetou o que mais se preza no cuidado humanizado em saúde mental: liberdade, vínculo e responsabilidade intersetorial, o que, inevitavelmente, estimulou e acentuou outras propostas antagônicas nesse âmbito, como descreveremos no decorrer desse texto.

## **2.2 O cuidado humanizado em saúde mental equilibrado na corda bamba da sobrecarga profissional e da precarização do serviço CAPS**

Como foi exposto ao logo desse trabalho, sabe-se que, desde a sua constituição, o trabalho em saúde mental no âmbito do SUS é arraigado por desafios e disputas de paradigmas expressos no desfinanciamento da política, precarizações dos serviços e exploração da força de trabalho profissional. Em nosso estudo, foi possível atestar tal condição no CAPS analisado a partir dos trechos a seguir:

Eu acho que a gente teve muito que se inventar, sabe? No sentido de poder tá tentando tá mais próximo do usuário mesmo não podendo [...] E aí eu acho que essa coisa de cada um pegar o telefone e passar o dia ligando pra o usuário pra saber como é que tá, isso foi um desafio muito grande porque a gente acaba meio que... percebendo que a profissão da gente em algum momento ela meio que se afastou um pouquinho, sabe? Do que precisar, do que é atribuição nossa [...] a gente precisou ir por outros caminhos pra chegar nos mesmos caminhos. [...] Precisou escutar mais e essas articulações com a rede ficaram mais difíceis porque as outras pessoas também estavam nesse processo de pandemia (**Participante B**).

Elas [articulações] passaram a ser única e exclusivamente pelo telefone, né? A gente antigamente quando tinha uma articulação que a gente podia fazer a gente chegava no serviço se apresentava, conversava, trocava, de forma mais, de forma institucional mas mais próxima, agora ficou muito na questão do telefone, mesmo né? (**Participante B**).

[...] eu sou desde o início do CAPS, tinha café da manhã, tinha almoço e tinha janta. Eu chegava no CAPS de manhã e só saía de noite. Eu tomava café da manhã até às cubas que tinha, a gente se servia, tomava café da manhã, almoçava e jantava e de 5h tava jantando, hoje em dia não tem mais isso (**Participante C**).

[...] o pessoal hoje não demonstra um maior empenho porque por falta de recurso, o CAPS não tem um telefone próprio, o CAPS não tem um carro a disposição pra fazer uma visita pra um paciente, pra abordar um paciente, pra ajudar no tratamento, né?! (**Participante D**)

Observa-se, a partir do exposto, a conjunção de históricas lacunas no serviço CAPS com elementos atualizados. Se por um lado a alta demanda, antes da pandemia, já expressava a necessidade de um CAPS do tipo III – visto ter média de 450 usuários/as admitidos, com cerca de 75 processos de cuidados para cada profissional técnico de referência – com a demanda reprimida e com o processo de trabalho alterado para o deslocamento de parte do cuidado pela via telefônica, potencializou-se a sobrecarga profissional. Isso se configurou, portanto, em um novo condutor nesse quesito.

O CAPS, então, teve dificuldade em acompanhar o novo modelo de organização do cuidado que a saúde mental exigia. Afinal, as limitações profissionais e a complexidade dos casos deixaram a equipe com excesso de demandas e com possibilidades remotas e insuficientes de cuidado.

Merçom e Constantinidis (2020), em revisão integrativa sobre os processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS, identificaram um cenário que converge sobre o exposto:

Acerca das condições e contexto de trabalho, os estudos de Rezio e Oliveira (2010) e Azevedo e Figueiredo (2015) apontam a escassez de recursos materiais e humanos como fator que influencia o cuidado dispensado e a saúde do profissional. Para Rézio e Oliveira (2010), as condições precárias impedem que o trabalhador se enxergue enquanto sujeito de seu trabalho, o que acaba por influenciar o cuidado ofertado. Para Silveira et al. (2016), a falta de recursos humanos, o despreparo frente a imprevisibilidade e singularidades do trabalho em saúde mental e do modelo psicossocial, somados a responsabilização, fazem com o que trabalhador se sinta insatisfeito diante da incapacidade de realizar um bom trabalho (Merçom; Constantinidis, 2020, p. 10).

Esse panorama revela uma série de precarização estrutural e desgastes profissionais presentes no âmbito do CAPS, que vão de encontro a atributos essenciais exposto pela PNH no que se refere à ambiência, à clínica ampliada, à responsabilização e ao vínculo à equipe de referência e ao atendimento acolhedor e resolutivo.

### 2.3 A equipe multiprofissional como potencialidade do cuidado humanizado

Apesar de haver forças distintas que corroboram para o descuido em saúde mental, no CAPS em questão, chamou-nos a atenção a potencialidade do serviço advindo da organização da equipe, que, mesmo repleta de limitações, esforça-se para executar a assistência condizente com o direcionamento da Política Nacional de Humanização.

Nesse contexto, a qualificação profissional, o alinhamento com os objetivos da Reforma Psiquiátrica e o vínculo terapêutico são reconhecidos como essenciais dessa potencialidade:

As potencialidades é o conhecimento que a equipe tem do que é saúde mental, a potencialidade é alguns profissionais de fato realizarem ação no território, a potencialidade é garantir os gerentes, a potencialidade foi a capacidade que a equipe tem de se vincular (**Participante A**).

[...] as potencialidades eu acho que diz muito em relação a equipe, né? A gente tem um corpo de profissionais aqui bastante qualificados, como também bem engajados no que se refere ao processo de trabalho (**Participante B**).

São ótimos. [...] a minha TR sempre me chamava pra eu participar de alguma reunião que tinha fora em outros CAPS, aí eu ia, ela ligava pra mim e eu ia. Eu

sempre considerei muito o pedido dela, eu respeitava muito e sempre considerei muito (**Participante C**).

Bom, eu gosto muito da equipe que assiste, né? Da médica, eu gosto da TR dela [...] ressaltar a equipe que trabalha com carinho, com empenho (**Participante D**).

Diante desses elementos, destaca-se também que a equipe tenta preencher e/ou compensar as lacunas deixadas pela desestruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ao ofertar vínculo e assistência dentro das suas possibilidades. Essa condição é de grande mérito, pois denota um posicionamento ético-político homogêneo em prol de um horizonte antimanicomial, mas que não exime de imprimir, mais uma vez, a sobrecarga profissional e a precarização do serviço e da Rede.

Além disso, é compreendido pelos entrevistados que o cuidado vai além dos muros dos CAPS e deve estar pautado como pilar político:

A gente tem percebido muitos retrocessos, né? E aí eu acho que não é nem pela conjuntura da pandemia, mas eu acho que tá relacionado muito a questão política, né? A nível nacional que a gente vem vivenciando, né? do nosso presidente mesmo (**Participante B**).

[...] É uma questão do sistema mesmo e é isso que eu não gosto no CAPS, sabe? e tem nada a ver com o pessoal, profissional que trabalha aqui, né? é essa falta de condição pro profissional trabalhar, eu acho que devia ter um olhar assim, melhor pra saúde mental, principalmente hoje depois de uma pandemia que deixou milhares de pessoas doentes e muitos pacientes sem tratamento [...] (**Participante D**).

Importa salientar que todo esse panorama versa sobre a importância dos profissionais de saúde no contexto do cuidado, mas com um desafio a mais a ser enfrentado: a prestação da assistência digna em uma conjuntura adversa, conclamando-os à manutenção de um horizonte humanizado.

Rézio e Oliveira (2010) salientam que as demandas intensas e mobilizadoras do CAPS, aliadas às exigências formais do serviço, com a busca de uma atuação coerente com os objetivos e princípios da reforma psiquiátrica, podem expor tais profissionais a intenso sofrimento.

Em suma, os profissionais são tencionados a criarem estratégias de intervenção e cuidado assentados em um processo de trabalho que é essencialmente dinâmico, instável, precário e desafiador. Isso nos faz refletir o quanto essa relação pode desencadear sobrecarga física e mental, que contribuem para desgastes e adoecimentos ao executarem aquilo que não depende exclusivamente deles.

#### **2.4 Fragilidade da Atenção Psicossocial, centralidade de práticas médicas centradas e comprometimento de práticas humanizadas**

Antes de prosseguirmos em nossa exposição, importa salientar que não atribuímos ao CAPS a funcionalidade messiânica da política de saúde mental. Isso significa dizer que admitimos esse dispositivo como central no cuidado ao usuário, e, portanto, é preciso reconhecer a partilha de responsabilidades com os demais integrantes da RAPS e da rede intersetorial de modo articulado. Contudo, debruçamo-nos sobre o CAPS por ser nosso lócus de análise, e não por considerá-lo como um dispositivo que abarca, de modo isolado, a demanda em saúde mental.

Prosseguindo com nossa análise, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento de suma importância para o planejamento, monitoramento e avaliação do processo saúde-doença-cuidado denotou as limitações da RAPS e demais dispositivos quanto à clínica ampliada e compartilhada, propostas pela PNH:

Veja só, a gente ficou com as possibilidades terapêuticas bastante reduzidas, né? Porque a gente entende que o PTS fala muito também dessa questão de como a rede se organiza. Até porque a gente tá ali conversando e atendendo o indivíduo que tem múltiplas potencialidades também, então a gente precisou fazer alguns rearranjos porque não tinha mais a questão dele, um contato com outros espaços, né? Que possibilitassem a questão da educação, da/do espaço lúdico, da questão também do contato com outras terapias, então, ficou um pouco prejudicado (**Participante B**) [...] essa falta de suporte que é a Unidade da Saúde da Família possibilita ter no território, ela também ficou prejudicada, então muitos usuários também passaram a deixar de procurar esse serviço e aí eu penso que houve um prejuízo também nesse sentido (**Participante B**).

Dessa maneira, observa-se que a lógica do atendimento psicossocial não foi sustentada, pois o fortalecimento do território, assim como as assembleias, visitas domiciliares e matriciamento, por exemplo, foram reduzidos ou mesmo suspensos. Sendo assim, pessoas deixaram de ser vistas de forma ampliada e compartilhada para serem acompanhadas de modo individual e restritivo.

Para Garcia *et al.* (2022), vivenciamos uma condição de contrarreforma psiquiátrica, que evidencia uma regressão da atuação psicossocial e intersetorial e que oportuniza práticas individualizantes e de medicalização da vida em sociedade com o retorno do saber psiquiátrico como predominante no processo de cuidado em saúde mental:

[...] os agentes da contrarreforma têm se apoiado, durante a pandemia da COVID-19, no reducionismo biomédico e na medicalização do sofrimento mental, por meio da divulgação do discurso de ‘quarta onda’, que associa seu aumento presumido a uma suposta ‘epidemia de transtornos mentais’ (Garcia *et al.*, 2022, p. 104).

Os autores supracitados também enfatizam o direcionamento das políticas públicas para esse enfoque individualizante e de medicalização da vida em sociedade. Situação semelhante ao que se delineia no CAPS estudado, como é evidenciado nas falas dos participantes da pesquisa:

[...] antes da pandemia a casa já era apertada, depois da pandemia a gente viu não tinha condição nenhuma da gente conseguir fazer grupo, fazia acolhimentos, atendimentos médicos, atendimentos de técnico de referência, mas grupo não se fez (**Participante A**).

[...] A gente passou um tempo numa modalidade de teleatendimento, né? A gente ligando para os usuários, conversando, fornecendo medicação num momento mais agudo da pandemia (**Participante B**).

[...] Aí vinha, vinha de 15 em 15 dias tomar injeção *hadol*, de 15 em 15 dias e quando tinha alguma programação assim, a minha TR sempre me chamava (**Participante C**).

Tive que vir aqui algumas vezes, mas, assim, por causa de medicação e tudo mais, mas muito pouco, muito pouco nesses últimos dois anos porque a renovação da medicação na farmácia de Pernambuco foi suspensa, né? Daí a gente ficou bem mais à vontade pra poder frequentar ou não, como a médica também estava afastada, passou um bom tempo afastada, não houve não muito o que interagir, não (**Participante D**).

[...] ele vinha na quarta ou na sexta, um dia que não tem médico, então pra não esperar pra próxima semana, como eram crises, uma crise aguda daquele sofrimento, a gente encaminhava pra emergência psiquiátrica sim, então, muito mais pela falta de médico no serviço é que a gente precisou contar em alguns momentos com o emergenciamento, que aí eu não sei se está muito ligado com a pandemia, é só pela falta de médico no serviço (**Participante B**).

[...] O fato da gente não vir, não puder vim mais já é uma delas [referindo-se às diferenças do CAPS diante da pandemia]. Não poderia vir mais, só pra pegar remédio e tomar injeção [...] (**Participante C**).

Desse modo, com as possibilidades de intervenções e construções reduzidas, o CAPS ficou na retaguarda de atendimento, ofertando apenas serviço de monitoramento e manutenção das medicações, realizando os devidos encaminhamentos às urgências diante das crises. Inúmeros foram os desafios e os desdobramentos da equipe no intuito de amenizar o desencadeamento de demandas surgidas e aprofundadas. Contudo, viram-se limitados, com uma rede intersetorial ainda mais fragilizada e com o direcionamento nacional na contramão do que se preconiza enquanto cuidado humanizado em saúde mental.

Com base nas diretrizes da PNH, identificamos também que o CAPS obteve ônus em muitas categoriais preconizadas pela normativa. Quanto ao acolhimento, mesmo sendo uma postura ética dos trabalhadores em saúde, vimos que as barreiras físicas impostas tanto pela pandemia, quanto pela falta de estrutura própria do CAPS, impuseram, de alguma forma, um distanciamento aos que já faziam parte e aos que buscaram esse serviço.

Quanto à Gestão Participativa e Cogestão, as possibilidades foram quase que aniquiladas diante do contexto de pandemia. As assembleias, atividades de grupo e afins – instrumentos essenciais para a efetivação da participação de trabalhadores, gestores e usuários – foram suspensas nesse período, comprometendo, assim, a construção do PTS e a efetivação do atendimento.

No que se refere à Ambiência, compreendida como espaço físico, social, profissional, também houve prejuízo, pois, mesmo que os usuários pudessem se encontrar, não havia condições mínimas de espaço que proporcionassem confortabilidade e espaços coletivos seguros, uma vez que o CAPS passou a dividir espaço com outro CAPS do território.

No quesito Clínica Ampliada e Compartilhada, que busca a integração entre todos os participantes, também atestamos que foi comprometida pela insuficiência de articulação intersetorial, haja vista que as possibilidades de cuidado ficaram, em diversos momentos, limitadas ao CAPS e aos serviços de urgência.

Diante disso, com as ações de prevenção e de promoção de saúde prejudicadas, e diante de alterações substanciais sofrida na rede intersetorial, nesse mesmo período, inviabilizou-se a divisão da responsabilidade entre as políticas para com esses indivíduos. Assim, abriu-se ainda mais espaço para a desassistência e consagrar a tendência à medicalização psiquiátrica como a principal atividade presencial mantida diretamente no CAPS estudado.

## **2 Considerações Finais**

Por meio do nosso estudo, evidenciou-se que, além da contrarreforma na política saúde discutida nos últimos tempos, também vivenciamos a contrarreforma psiquiátrica, que tem

como base o desmonte de estratégias, o desfinanciamento de políticas, a desestruturação da RAPS e dos demais serviços intersetoriais, aliado ao direcionamento do cuidado pelo viés da medicalização e do urgenciamento. Práticas, estas, ampliadas pela pandemia da COVID-19. Além disso, verificou-se que a conjuntura reorganizou o cotidiano de funcionamento e de cuidado no CAPS. Isso impactou diretamente usuários, familiares, trabalhadores e gestores. Nesse cenário, foi necessário trabalhar sob uma contradição significativa, ao ter que atuar com os preceitos da liberdade e base territorial de pessoas com transtornos mentais perante o distanciamento social decretado sob uma rede extremamente fragilizada e, em alguns momentos, inoperante. Endossou-se, assim, o redirecionamento do cuidado em uma perspectiva médico-centrada, o que se contrapõe àquilo que tanto se lutou dentro desse universo.

Também pôde-se observar o sucateamento dos espaços, a falta de insumos, bem como a sobrecarga do trabalho profissional, inclusive gestada pela nova forma de organização do serviço, com a predominância do atendimento por telefone.

Esse panorama nos atenta ao quanto a efetivação de práticas baseadas na PNH independe da boa vontade e empenho isolado da equipe. A desestruturação da política de saúde mental conjugada com o escancaramento das insuficiências postas pela pandemia comprometeu desenfreadamente o atendimento humanizado no CAPS estudado, mesmo havendo uma união de forças e estratégias para manter uma proposta psicossocial.

Portanto, importa reforçar a necessidade de novos estudos que contemplem as particularidades do cuidado humanizado em mais dispositivos da RAPS pelo Brasil, a fim de conhecer e fortalecer os princípios do cuidado em saúde mental, e, conseqüentemente, dos princípios do SUS. Isso implica a participação de todos a partir da construção de espaços de debates coletivos e democráticos, em uma lógica de transformação social.

## Referências

Amarante, P.; Nunes, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYYPQyvtXt4JfLvDF/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2022.

Barros, M.B.A. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília (DF), v. 29, n. 4, e2020427, 2020. [Doi: 10.1590/S1679-49742020000400018](https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018). Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1679-49742020000400021&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742020000400021&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 nov. 2021.

Brandão, A.T; Lima, C. C; Mesquita, G.S; Costa, W. D. Impactos da pandemia de coronavírus em um CAPS infantojuvenil do Distrito Federal. **Health Residencies Journal - HRJ**, Sobradinho, DF v. 1, n. 1, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/19/2>. Acesso em: 29 jul. 2021.

Brasil. **Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. Brasília (DF), 2002. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html). Acesso em: 20 jul. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília (DF): Biblioteca Virtual em Saúde no Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 23 jul. 2021.

Brasil. **Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 17 jul. 2022.

Brasil. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília (DF), Disponível em:

<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2022.

Coronavírus Brasil. **COVID-19: Painel Coronavírus**. Painel de casos de doença. Brasília (DF), 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 jan. 2023.

Garcia, M.R.V. *et al.* Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de COVID-19. **Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, Rio de Janeiro, n. 49, v. 20, p. 95-108, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/63525>. Acesso em: 18 nov. 2022.

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/63525>. Acesso em: 18 nov. 2022.

Granemann, S. Necessidades da acumulação capitalista. **Revista Inscrita**, Brasília (DF), ano 6, n. 9, p. 29-32, 2004.

Lana, R. M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpRxQL/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

Merçom, L. N.; Constantinidis, T. C. Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 13, n. 2, p. 666-695, 2020. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822020000200015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000200015).

Acesso em: 15 fev. 2024.

Netto, J. P. **Introdução ao método na teoria Social**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília (DF): CFESS; ABEPSS, 2009.

Noal, D. S.; Passos, M. F. S.; Freitas, C. M. de. (Orgs.). **Recomendações e orientações em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Resposta à pandemia da COVID-19 nas Américas: estratégia de resposta e apelo a doadores janeiro -**

dezembro de 2021. Washington (D.C.): OPAS, 2021. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54425/OPASPHEHEOCOV19210008\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54425/OPASPHEHEOCOV19210008_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 24 jul. 2022.

Ornell, F. *et al.* The next pandemic: impact of COVID-19 in mental healthcare assistance in a nationwide epidemiological study. **The Lancet Regional Health – Américas**, [S.l.], v. 4, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X21000570?via%3Dihub>. Acesso em: 25 dez. 2022.

Rézio, L. A; Oliveira, A. G. B. Equipes e condições de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso. **Esc. Anna Nery Rev. de Enf.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 346-354, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/WJyMtqVwSBJqrcGJwb68HXS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

Schmidt, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, Campinas, 2020, 37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/?lang=p>. Acesso em: 30 jun. 2021.

Soares, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje**: impactos e demandas ao serviço social. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

Trajano, A. R. C.; Silva, R. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, p. 16-36, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40318/25985>. Acesso em: 18 dez. 2022.

Vasconcelos, E. M. (Org.). **Saúde mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

Yasui, S. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, p. 5-15, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40317/25626>. Acesso em 20 dez. 2022.

---

**Camila Maria de SÁ** Trabalhou na concepção e delineamento, bem como na redação, revisão crítica e aprovação da versão do artigo a ser publicada.

Assistente Social. Especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde do Recife - COREMU IMIP. Especialista em Direito Social e Políticas Públicas pela Faculdade Frassinetti do Recife (FAFIRE).

**Geiziane Silva COTRIM** Trabalhou na concepção e delineamento, bem como na redação, revisão crítica. Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especialista em Saúde Coletiva na modalidade de Residência pela Secretaria de Saúde do Recife (SESAU-Recife). Atualmente é Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) - Secretaria de Saúde do Paulista.

---