



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE SÃO LUÍS-MA**

MAE SOARES DA SILVA

BRASÍLIA-DF, JULHO DE 2024



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE SÃO LUÍS-MA**

MAE SOARES DA SILVA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dr^a. Larissa Polejack

BRASÍLIA-DF, JULHO DE 2024



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti (Orientadora e Presidente da Banca)
Universidade de Brasília – UnB

Prof.^a Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves (Membro Externo)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof.^a Dra. Julia Maciel Soares (Membro Externo)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof.^a Dra. Eliane Maria Fleury Seidl (Membro Interno)
Universidade de Brasília – UnB

Prof.^a Dra. Elizabeth Queiroz (Suplente)
Universidade de Brasília – UnB

BRASÍLIA-DF, JULHO DE 2024

Dedicatória

*Dedico este trabalho à minha mãe, Léa, que
sempre me estimulou a investir na minha
formação acadêmica e é a principal
representante da minha rede de apoio. E a meus
filhos, João Cristóvão e Maetê, que nasceram no
Mestrado e amadureceram no Doutorado.*

Agradecimentos

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que fizeram parte da minha rede de apoio social e afetiva durante o meu período de doutorado. Este agradecimento é simbólico, mas reflete a sorte de ter uma rede que me sustentou em diversos momentos.

À minha mãe, Léa, meu maior estímulo para a formação acadêmica e a maior representante da minha rede de apoio. E ao meu pai, que busca sempre responder aos meus pedidos de suporte.

Aos meus filhos, João Cristóvão e Maetê, que suportaram a distância quando eu estava em Brasília e cooperaram para o meu estudo.

Aos meus irmãos, Felipe e Sara. À minha irmã Sara, pelo apoio em todos os momentos desafiadores e aos meu irmão Felipe, pelo suporte tecnológico remoto.

À minha família paterna, em especial minha tia Lely, que me acolheu em sua casa em Brasília.

À família paterna dos meus filhos, por todo o suporte que me deram com meus filhos em meus momentos de viagem, em especial à Dona Gracinha (*in memoriam*).

Às minhas amigas da UFMA, em especial Nádia e Luciane, que estiveram bem próximas de mim na realidade do doutorado.

À minha amiga Cristina Hoffman, que a UnB me permitiu conhecer, pelos momentos acadêmicos e pelo acolhimento afetivo.

Ao meu amigo Kennedy, por ter me impulsionado em momentos de estagnação intelectual.

Ao meu padrinho Sandro, pela oferta de apoio prestado em momentos desafiadores ao longo desses anos.

À minha madrinha Fátima Rios “Fatinha”, por me mostrar a Universidade com tanta paixão.

À minha tia Dilu e ao meu tio Zeca (*in memoriam*), que estiveram presentes nos meus momentos de decisão e escolha acadêmica.

Aos colegas da psicologia Flor de Maria e Gilberto Assunção, pela parceria na publicação científica.

À Livia Abas, técnica da Superintendência de Educação em Saúde da SEMUS de São Luís-MA, pela leveza com que leva seu trabalho e pela atenção no processo de autorização da pesquisa.

Ao meu psiquiatra, Júlio César Filho, e à minha psicóloga, Carmem Freire, que possibilitaram que eu desenvolvesse este trabalho com saúde mental.

À minha endocrinologista, Allin Lauren, pela escuta sensível da relação entre as questões da diabetes e a escrita da tese.

À minha orientadora, Profa. Dra. Larissa Polejack, por não ter soltado minha mão.

Ao grupo Integra de pesquisa, que se mostra sempre disponível.

Às professoras Elizabeth Queiroz e Eliane Seidl, que acreditaram que eu conseguiria.

A todos os profissionais de saúde que participaram da pesquisa.

A todos vocês, minha mais profunda gratidão por estarem ao meu lado e por me apoiarem nesta jornada. Sem vocês, este sonho não teria sido possível.

Resumo

A pandemia de covid-19, iniciada em Wuhan em dezembro de 2019, teve impacto global, causando aumento da ansiedade, depressão e outros transtornos mentais. No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram essenciais para cuidar da saúde mental da população. Este estudo qualitativo, transversal e exploratório-descritivo investigou as repercussões psicossociais da pandemia, na perspectiva de profissionais de saúde que atuaram nos CAPS do Município de São Luís, Maranhão. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e questionários para coleta de dados, que foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Temática. Onze profissionais participaram, incluindo enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, predominantemente do sexo feminino, com tempo de atuação no serviço variando de quatro a 16 anos. Os resultados foram categorizados em dois temas principais. O primeiro abordou as demandas específicas de saúde mental e atenção psicossocial durante a pandemia. Cada modalidade de CAPS enfrentou desafios únicos: o CAPS AD teve aumento no uso de substâncias; o CAPSi viu regressão nos tratamentos e aumento de comportamentos autolesivos e ideação suicida. No CAPS Adulto, crises de ansiedade e pânico foram frequentes, com entrada de novos pacientes fora do perfil típico. O segundo tema discutiu os dispositivos de cuidado em saúde mental e a recuperação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Durante a pandemia, oficinas terapêuticas foram suspensas e os atendimentos reorganizados para seguir medidas sanitárias. A pandemia estimulou empatia nas equipes e intensificou a preocupação com medidas preventivas, fortalecendo a educação em saúde. A falta de internet de qualidade impediu a adoção de cuidado remoto. Houve consenso sobre a necessidade de expandir o número de CAPS e aumentar as equipes para atender às demandas psicossociais crescentes. O estudo destaca a diversidade das demandas psicossociais enfrentadas pelos CAPS durante e após a pandemia, enfatizando a necessidade de adaptação dos dispositivos de cuidado. A pesquisa conclui pela urgência de fortalecer a RAPS para enfrentar futuras crises, preparando melhor os serviços de saúde mental para responder com eficácia e compreensão das necessidades da população.

Palavras-chave: Repercussões Psicossociais, Pandemia, Centro de Atenção Psicossocial, Profissionais de Saúde.

Abstract

The covid-19 pandemic, which began in Wuhan in December 2019, has had a global impact, causing an increase in anxiety, depression and other mental disorders. In Brazil, Psychosocial Care Centers (CAPS) were essential for taking care of the population's mental health. This qualitative, cross-sectional and exploratory-descriptive study investigated the psychosocial repercussions of the pandemic, from the perspective of health professionals who worked in CAPS in the Municipality of São Luís, Maranhão. Semi-structured interviews and questionnaires were carried out to collect data, which were analyzed using the Content Analysis technique, Thematic modality. Eleven professionals participated, including nurses, psychiatrists, psychologists and social workers, predominantly female, with time working in the service ranging from four to 16 years. The results were categorized into two main themes. The first addressed the specific demands of mental health and psychosocial care during the pandemic. Each CAPS modality faced unique challenges: CAPS AD had an increase in substance use; CAPSi saw regression in treatments and an increase in self-harm behaviors and suicidal ideation. At CAPS Adult, anxiety and panic attacks were frequent, with the entry of new patients outside the typical profile. The second theme discussed mental health care devices and the recovery of the Psychosocial Care Network (RAPS). During the pandemic, therapeutic workshops were suspended and services were reorganized to follow sanitary measures. The pandemic stimulated empathy in teams and intensified concern about preventive measures, strengthening health education. The lack of quality internet prevented the adoption of remote care. There was consensus on the need to expand the number of CAPS and increase teams to meet growing psychosocial demands. The study highlights the diversity of psychosocial demands faced by CAPS during and after the pandemic, emphasizing the need to adapt care devices. The research concludes that there is an urgency to strengthen RAPS to face future crises, better preparing mental health services to respond effectively and with understanding of the population's needs.

Keywords: Psychosocial Repercussions, Pandemic, Psychosocial Care Center, Health Professionals.

Sumário

Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	viii
Lista de Tabelas	xi
Lista de Figuras	xii
Lista de Siglas	xiii
Apresentação	15
Capítulo 1-Reforma Psiquiátrica e a Origem do CAPS	22
Capítulo 2- O Cuidado na Rede de Atenção Psicossocial	33
Capítulo 3- Saúde Mental e Pandemia Por Covid-19	44
3.1 A Pandemia por Covid-19 como Desastre	65
Capítulo 4- Objetivos	71
4.1 Objetivo geral	71
4.2 Objetivos específicos:	72
Capítulo 5- Percurso Metodológico	73
5.1 Delineamento do estudo	73
5.2 Cenário da Pesquisa	75
5.3 Participantes	77
5.4 Procedimentos para realização da pesquisa	77
5.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados	79
5.6 Metodologia de Análise dos Dados	80
5.7 Considerações Éticas	85
Capítulo 6 – Resultados e Discussão	87
6.1 Perfil Sociodemográfico dos Entrevistados	88
6.2 Demandas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial Durante a Pandemia	91
6.2.1 Demandas Emergentes nos CAPS	92
6.2.2 Aumento no Uso de Substâncias Psicoativas	97
6.2.3 Crises de Angústia e Medo de Contaminação	99

6.2.4 Regressão nos Tratamentos e Aumento de Comportamentos Autolesivos entre Crianças e Adolescentes	101
6.2.5 Demanda de Atendimento por Pessoas em Situação de Rua	102
6.3 Dispositivos de Cuidado em Saúde Mental e a Recuperação da RAPS.....	106
6.3.1 Reorganização dos Serviços e Atividades	106
6.3.2 O lugar do CAPS no Enfrentamento às Repercussões Psicossociais da COVID-19	111
6.3.3 Ações de Educação em Saúde para Controle da COVID-19	114
6.3.4 Ações Intersetoriais	117
6.3.5 Ampliação dos Serviços e Equipes	122
Capítulo 7- Considerações Finais	126
Referências.....	130
Anexo I- Parecer do Comitê de Ética	159
Anexo II – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís-MA	165
Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	166
Apêndice II. Termo de Autorização para uso de Voz e/ou Imagem.....	167
Apêndice III- Questionário Estruturado.....	168
Apêndice IV. Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Profissionais da Atenção Psicossocial Especializada.	169

Lista de Tabelas

Tabela 1- Códigos Iniciais gerados por aplicação de codificação aberta

Tabela 2 - Mapa Temático: organização dos códigos iniciais dentro dos grandes temas

Lista de Figuras

Figura 1 – Ambulatórios especializados em saúde mental da rede municipal de saúde de São Luís-MA.

Figura 2- Seis fases da Análise Temática, proposta por Braun e Clark (2006) e adaptada por Souza (2019).

Lista de Siglas

ABS - Atenção Básica em Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAISCA – Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COVID -19- (co)rona (vi)rus (d)isease 2019

CRAS - Centro de Referência em Assistência Social

CREPOP - Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

FUNAC - Fundação da Criança e do Adolescente

GIRD - Gestão Integrada de Riscos e Desastres

IASC - Inter-Agency Standing Committee

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SRT - Serviço de Residência Terapêutica

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo

UFMA - Universidade Federal do Maranhão

UNISDR - Estratégia Internacional para a Redução de Desastres das Nações Unidas

Apresentação

A minha trajetória na Psicologia antecede a minha graduação. Meu primeiro contato foi pela via da psicoterapia. Mesmo que eu tivesse uma percepção de que representava um tratamento, com a mesma complexidade e importância de qualquer outro da saúde, eu sabia que existia uma visão estigmatizada em torno do assunto. E eu acredito que esse era um dos aspectos que fazia com que muitas pessoas não buscassem esse cuidado.

Fiz a graduação em Psicologia de 2000 a 2005, num período em que as disciplinas não eram atravessadas pelas políticas públicas. Com o foco na psicopatologia, foi apenas no estágio em clínica, ao final do curso, em uma instituição psiquiátrica, que fui compreender melhor o porquê de tanto estigma em torno da saúde mental: o foco era a doença!

Segui para uma especialização em Psicologia Clínica: teoria psicanalítica, na PUC-Rio. A prática se deu na clínica-escola comunitária da instituição, que prestava atendimento para seus alunos e para a comunidade. Assim, grande parte dos meus atendimentos foram prestados para moradores dos morros da Rocinha e do Vidigal, que traziam no seu discurso um sofrimento atrelado às questões sociais que vivenciavam. Nunca foi tão fácil compreender a defesa da psicóloga Ana Bock de que “toda psicologia é social”.

De volta ao Maranhão, atuei em um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) no interior do Estado. Nesse mesmo ano, o Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) lançou a primeira edição das “Referências técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS”. Foi essa publicação que me possibilitou ter uma visão da Psicologia nas políticas públicas. A entrada nas comunidades e povoados era facilitada quando feita conjuntamente com os agentes comunitários da saúde. Eu não sabia, mas estava atuando na atenção básica, favorecendo o acesso das pessoas às políticas públicas, de maneira intersetorial e interdisciplinar. Tudo isso, graças ao CREPOP!

Nesse contexto, surgiu a oportunidade de concorrer a uma vaga para a Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). O conteúdo da prova escrita era focado em políticas públicas. Na entrevista, descobri que era uma residência com o perfil de saúde coletiva. E eu achando que ia trabalhar no setor hospitalar, que era o que eu tinha estudado na graduação. Mas o que mais me surpreendeu, foi que eu sabia tudo que me perguntavam. E foi naquele momento que eu me dei conta da potência do trabalho que fazia no CRAS.

No primeiro ano da residência, ficamos todo em Unidades Básicas de Saúde. Não tinha equipe de Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF) implantada no município, nem referências técnicas para a atuação da psicologia, mas já havia relatos publicados. E assim, fomos construindo uma prática embasada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Estratégia Saúde da família (ESF) e da Psicologia Social Comunitária. O trabalho na “porta de entrada preferencial do SUS” foi de suma importância para a compreensão das linhas de cuidados possíveis quando segui para a média e alta complexidade. E mais, o foco agora passou a ser a saúde!

Como estive com uma equipe multidisciplinar na Atenção Básica em Saúde (ABS), foi possível realizar inúmeras ações interdisciplinares, para grupos variados e todas contemplavam a saúde mental das comunidades. Quando passei pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pude escutar a quantidade de casos que não eram do perfil da instituição: “esse caso podia ser facilmente resolvido na ABS”.

Mal terminou a residência e eu já estava me preparando para ingressar no Mestrado em Saúde Coletiva da UFMA. Lá, analisei a articulação entre a ABS e a alta complexidade na terceira etapa da Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Eu estava no caminho da “saúde” e a paixão era clara: a importância de uma Rede de serviços articulada para a oferta de um cuidado em saúde integral e efetivo.

Não parei mais! Posso dizer que minha trajetória é pela convicção de que a promoção da saúde mental e o acolhimento de casos de sofrimento psíquico são fundamentais para o bem-estar das comunidades. Essa motivação me levou a atuar em diversas frentes, sempre buscando a integração de ações de saúde mental com os demais setores do SUS.

Ao chegar no doutorado, meu interesse de pesquisa estava focado na atuação dos profissionais de psicologia no contexto da ABS. Meu objetivo era compreender se as práticas desses profissionais estavam alinhadas com uma perspectiva extramuro, de apoio matricial e articuladas com outros setores do SUS. No entanto, a mudança no financiamento da Política Nacional de Atenção Básica impôs a necessidade de revisar meus planos, o que me causou momentos de grande angústia.

Diante do cenário imposto pela pandemia por COVID-19, percebi que havia uma urgência em investigar as repercussões psicossociais deste fenômeno, especialmente sob a ótica dos profissionais de saúde. A pesquisa intitulada "Repercussões Psicossociais da Pandemia por COVID-19, na Perspectiva dos Profissionais de Saúde", com ênfase nos profissionais de CAPS, surgiu como uma resposta a essa necessidade premente.

A pandemia afetou profundamente tanto a mim quanto a muitos colegas, tornando insuportável a escrita sobre a temática naquele momento. No entanto, a oportunidade de focar nos processos de trabalho e no cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especificamente nos serviços do tipo CAPS, se mostrou como uma escolha natural e confortável para mim. O CAPS, sendo um serviço de base comunitária, utiliza uma linguagem com a qual eu me identifico e me sinto à vontade para trabalhar.

Minha trajetória acadêmica e profissional me conduziu até este ponto, onde percebo uma clara convergência entre meu desejo de contribuir para aprimorar as práticas de cuidado em saúde mental e as novas necessidades emergentes trazidas pela pandemia. Os resultados desta pesquisa não apenas ampliarão o entendimento das repercussões psicossociais da

COVID-19, identificadas e vivenciadas pelos profissionais de saúde, mas também oferecerá perspectivas valiosas para fortalecer as práticas de cuidado nos CAPS e apoiar a recuperação e fortalecimento da RAPS.

Essa reflexão sobre práticas de cuidado em saúde mental no contexto brasileiro é particularmente relevante, considerando que, até o final do século XX, a assistência psiquiátrica era predominantemente centrada em internações hospitalares, seguindo um modelo manicomial segregacionista (Brasil, 2005). O cenário nacional apresenta enormes desafios, que evidenciam as fragilidades da Rede de serviços em eventos catastróficos e/ou de calamidade pública, como foi o caso da pandemia por COVID-19.

Declarada como um problema de saúde pública internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020, a pandemia por COVID-19 provocou um estado de alerta constante na população, que ainda tinha dúvidas sobre as formas de contágio e se via aterrorizada pela rápida contaminação, distribuição dos casos e alto índice de óbitos. Cuidados em saúde mental foram orientados pela OMS, assim como a necessidade de preparo, estruturação e fortalecimento dos serviços de saúde para receber as demandas de sofrimento psíquico decorrente das perdas e processo de adaptação provocados pela pandemia (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2020).

O Ministério da Saúde (MS) já havia feito um alerta em 2022, por orientação da OMS, de como as consequências da pandemia se dariam em ondas. Apesar de não poder ter sido mensurado no momento, apontava-se os desdobramentos com impactos na saúde mental como sendo uma quarta onda da pandemia e tal consideração deveria ser incluída nas agendas dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2022).

Tendo este contexto como pano de fundo, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, do tipo transversal e de natureza exploratória-descritiva, com profissionais de saúde de CAPS, em suas diferentes modalidades, que estiveram atuavam no serviço nos dois

primeiros anos da pandemia por COVID-19 (2020 e 2021). Objetivou-se conhecer as repercussões psicossociais da pandemia por covid-19, a partir da atuação dos profissionais de saúde que atuam em CAPS ao longo e no pós-pandemia de covid-19.

Considerando que o MS defende o desenvolvimento de linhas de cuidado para o favorecimento de uma assistência que respeite os princípios da universalidade, equidade e integralidade, fez-se importante conhecer realidade municipal, quanto às demandas de saúde mental identificadas ao longo e no pós-pandemia e as estratégias de cuidado ofertadas.

No caso do município de São Luís, parti do pressuposto que os serviços do tipo CAPS desenvolveram poucas ações articuladas entre si ou intersetorialmente, dificultando uma abordagem integral. Acessar a demanda de saúde mental identificada pelos profissionais de saúde e conhecer os dispositivos de cuidado em saúde mental disponíveis e/ou que foram desenvolvidos por eles, é de grande contribuição para a manutenção e desenvolvimento de estratégias eficazes para aplacar os efeitos da pandemia por covid-19 e de futuros eventos.

A pandemia por covid-19 foi um evento inesperado por todos os países, que evidenciou a qualidade da estrutura dos serviços de saúde. Esse evento serviu como pano de fundo para a pergunta de pesquisa: "Como os profissionais de saúde que atuam em CAPS percebem e descrevem as repercussões psicossociais da pandemia por covid-19 ao longo do período de crise e na fase de pós-pandemia?".

Até o presente momento, não existem trabalhos publicados que tenham se debruçado sobre o objetivo apresentado, no município de São Luís. Especialmente no que diz respeito ao objetivo de conhecer as vivências e articulações que foram possíveis no período da pandemia, por parte dos profissionais de saúde de CAPS, no contexto da RAPS.

Princípios da literatura da área de desastres são importantes para contextos de pandemia e ajudam a pensar a organização e gestão dos serviços de maneira processual e dinâmica. Revisões de estudos nacionais e internacionais da psicologia de gestão de riscos e

desastres mostram maior concentração no período pós-desastre, no tratamento de transtornos mentais, evidenciando a necessidade de estudos com ações preventivas (Valêncio, 2011, Ventura, 2011). A realização deste estudo é então justificada pela possibilidade de contribuir para que a organização da RAPS do município de São Luís leve em consideração o planejamento de ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e reabilitação, que reduzam os impactos de desastres e emergências na saúde mental da população.

A partir do exposto, o estudo seguirá o seguinte caminho: o capítulo um resgata a Reforma Psiquiátrica e a origem do CAPS, apresenta a história da loucura e o movimento da reforma da saúde mental, tendo o CAPS como uma das principais estratégias de implementação desse movimento no Brasil. O segundo capítulo aborda o cuidado na RAPS, onde apresento sobre o funcionamento e a organização dessa rede, que é essencial para a implementação da reforma psiquiátrica no Brasil. O capítulo três discorre sobre saúde mental e pandemia por covid-19, oferecendo um retrato abrangente dos impactos psicológicos da pandemia bem como das respostas e estratégias para apoiar a saúde mental individual e comunitária durante esse período desafiador. Trata, ainda, da Pandemia por covid-19 como Desastre, oferecendo uma visão das múltiplas dimensões da pandemia por covid-19 como um desastre, fornecendo perspectivas sobre os desafios enfrentados, as respostas adotadas e as lições aprendidas para fortalecer a preparação e a resiliência em face de futuras crises globais. O capítulo quatro apresenta os objetivos da pesquisa, enquanto o quinto descreve a metodologia qualitativa adotada no trabalho e a análise dos dados, na análise conteúdo, modalidade temática. O sexto capítulo apresenta os resultados, articulando-os com a discussão, enquanto o capítulo sete traz as considerações finais.

Este trabalho está baseado na minha observação e vivência, enquanto profissional e pessoa afetada por DSSs e pela carência de ações efetivas de cuidado e acolhimento das questões de saúde mental voltadas à população, no meu município natal, São Luís-MA.

Destaco, aqui, que o Município e o Estado estiveram plenamente voltados para o controle e combate da covid-19, sendo referência em vacinação no país. Inclusive, até hoje se fala no esquema de vacinação da covid-19, mas pouco se escuta sobre o sofrimento psíquico que ficou no rastro da epidemia e na recuperação da RAPS para futuros eventos.

Sem mais, espero poder fornecer informações e conhecimentos que contribuam para uma análise crítica do cenário da RAPS de São Luís e favoreça a sua recuperação, a partir do recorte da porta de entrada da saúde mental, o CAPS. Agradeço desde já pela atenção e espero que aproveite a leitura!

Capítulo 1-Reforma Psiquiátrica e a Origem do CAPS

A trajetória da Reforma Psiquiátrica não pode ser plenamente compreendida sem uma reflexão sobre a história da loucura. Em sua obra seminal, "História da Loucura na Idade Clássica", Foucault (2019) explora como a percepção e o tratamento da loucura evoluíram ao longo dos séculos, revelando as complexas interseções entre saberes, poderes e práticas sociais.

Foucault (2019) argumenta que a loucura, em diferentes períodos históricos, foi concebida e tratada de maneiras distintas, refletindo as normas e os valores de cada sociedade. Na Antiguidade, por exemplo, a loucura era frequentemente associada a eventos sobrenaturais ou castigos divinos. As culturas grega e romana acreditavam que a loucura era causada por influências divinas ou maldições. Os tratamentos variavam de rituais religiosos a terapias físicas, como banhos e exercícios. Já durante a Idade Média, a compreensão da loucura mudou, sendo muitas vezes vista como resultado da possessão demoníaca. Os indivíduos considerados loucos eram frequentemente excluídos da sociedade e submetidos a tratamentos cruéis, como exorcismos e confinamento em hospitais monásticos. Embora, por vezes, fossem integrados à comunidade, eram vistos com uma mistura de temor e reverência.

A partir do Renascimento, surgiram novas perspectivas sobre a loucura, influenciadas pelo pensamento científico e filosófico. Em sua obra "Loucura e Civilização", Michel Foucault (1988) argumenta que a Idade Moderna marcou o surgimento de uma racionalidade que tentava classificar e controlar a loucura. A loucura começou a ser isolada, culminando no grande enclausuramento dos séculos XVII e XVIII, quando os "loucos" passaram a ser confinados em instituições fechadas, ao lado de mendigos, vagabundos e criminosos. Instituições como o hospício se tornaram lugares de confinamento e disciplina dos loucos, refletindo uma sociedade que buscava normatizar o comportamento humano. Este processo de institucionalização da loucura, segundo Foucault, não visava a cura ou a compreensão dos

indivíduos internados, mas sim a manutenção da ordem social e a exclusão daqueles que não se conformavam às normas vigentes.

No século XIX, surgiram críticas às práticas asilares e ao tratamento desumano dos pacientes mentais. Movimentos como o da moralização dos alienados na França e a reforma moral na Alemanha buscaram humanizar o cuidado com os doentes mentais e reintegrá-los à sociedade. Essa perspectiva crítica sobre o tratamento da loucura e o surgimento dos asilos psiquiátricos serve como pano de fundo para entender a emergência e os objetivos da Reforma Psiquiátrica moderna.

A crítica de Foucault ao poder disciplinar dos hospitais psiquiátricos e sua análise histórica da loucura influenciaram profundamente o movimento da Reforma Psiquiátrica, ganhando força especialmente no século XX, ao representar uma ruptura com essas práticas de confinamento e exclusão. Inspirada por princípios humanistas e pela luta pelos direitos humanos, a Reforma Psiquiátrica buscou e busca desinstitucionalizar o cuidado à saúde mental, promovendo a integração social dos indivíduos com transtornos mentais e a criação de uma rede de serviços substitutivos que respeitem sua dignidade e autonomia.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi influenciada por movimentos sociais locais e internacionais importantes, iniciados após a Segunda Grande Guerra. Tratou-se de uma época de transição para o processo político democrático, que ocorreu em países como a Itália, onde a Lei 180 de 1978 (Lei Basaglia) marcou o início da desinstitucionalização. Antes da reforma, o sistema de saúde mental mantinha os sujeitos ditos “louco” à margem da sociedade, isolados em hospitais psiquiátricos e isentos do princípio básico da democracia: a liberdade. Diante deste contexto, foram questionadas as ações direcionadas a essas pessoas, até então excluídas do contexto social. Com isso, o ideário psiquiátrico asilar e manicomial foi problematizado, visto que negava os direitos democráticos do sujeito (CFP, 2013b, Yasui, 2010).

Tendo suas raízes na década de 1970, o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil foi, então, impulsionado por críticas ao modelo manicomial predominante. Modelo este caracterizado pela internação em instituições superlotadas e precárias, onde os pacientes sofriam com tratamentos desumanos e segregação social. Assim, a crítica a esse sistema ganhou força com a mobilização, protestos e denúncias de diversos atores sociais, incluindo profissionais de saúde mental, familiares de pacientes e movimentos sociais, que alertavam para a necessidade de revisão do modelo psiquiátrico tradicional, como também, a revisão do conceito de loucura (CFP, 2013b, Tenório, 2002).

Diante desse processo de transição surgem contestações radicais ao modelo psiquiátrico. Elizabeth Roudinesco e Michel Plon (1998), no livro *Dicionário de Psicanálise*, esclarecem o termo Antipsiquiatria como um movimento de revolta à concepção de loucura, incluindo neste o aspecto ilusório de eliminar o conceito de doença mental, ou seja, uma tentativa de transformação da loucura como um modo de vida, para fins de libertação do louco.

O panorama mundial da reforma na assistência psiquiátrica refletiu no enfrentamento da institucionalização manicomial brasileira. Embora a Reforma Psiquiátrica no Brasil tenha sido influenciada pelo processo político mundial, o marco inicial foi o fim da década de 70, com a implantação da Reforma Sanitária brasileira. Iniciada na década de 1980, a reforma psiquiátrica brasileira trouxe consigo uma mudança paradigmática na forma de abordar a saúde mental, baseada na valorização do indivíduo, no direito à vida em sociedade e na promoção da participação social. Nesse cenário, a cidadania e singularidade são pilares essenciais, garantindo que cada pessoa seja tratada com respeito e dignidade, independentemente de sua condição mental (Brasil, 2005, Brasil & Lacchini, 2021, CFP, 2022).

A singularidade refere-se ao reconhecimento das características únicas de cada indivíduo, evitando generalizações e estigmatizações que eram comuns no modelo manicomial. A cidadania, por sua vez, assegura os direitos civis, políticos e sociais, permitindo que os indivíduos participem ativamente da vida comunitária e exerçam plenamente seus direitos. O direito à vida em sociedade é um princípio que se traduz na desospitalização e desinstitucionalização dos pacientes. A desospitalização envolve a redução do tempo de internação em hospitais psiquiátricos, enquanto a desinstitucionalização busca substituir o modelo asilar por uma rede de serviços comunitários. Essa mudança visa promover a reintegração social dos indivíduos com transtornos mentais, permitindo que eles vivam em sociedade com suporte adequado, evitando o isolamento e a exclusão social. A participação social é um componente crucial das políticas de saúde mental, garantindo que os usuários, suas famílias e a comunidade tenham voz ativa na elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas. Conselhos e conferências de saúde mental são espaços de diálogo e construção coletiva, onde diferentes atores podem contribuir para a formulação de estratégias mais eficazes e inclusivas (Brasil, 2001, CFP, 2022).

Aliada a movimentos sociais, a reforma permitiu uma nova etapa para a saúde pública, a partir da discussão sobre os processos de desinstitucionalização, atuação exclusivamente psiquiátrica e a possibilidade de serviços assistenciais a pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005). Segundo Yasui (2010), o processo de desinstitucionalização no Brasil, que não se limita apenas ao fechamento de hospitais psiquiátricos, envolve a criação de um novo paradigma de cuidado em saúde mental, baseado em princípios como: respeito aos direitos humanos, cuidado comunitário e integração Intersetorial. Lancetti e Amarante (2017) acrescentam a estes princípios a participação social, defendendo o envolvimento ativo dos usuários, familiares e comunidade na construção das políticas de saúde mental.

A dimensão ético-política das políticas de saúde mental no Brasil é fundamental para a compreensão e implementação de um sistema de saúde que respeite a cidadania, singularidade e os direitos dos indivíduos. A perspectiva político-social da Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como uma luta por um outro lugar para a loucura, o lugar do convívio, da inclusão e participação social. Deste modo, a configuração da Política de Saúde Mental referencia-se diretamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), para efetivação dessa articulação, pois esse Sistema responsabiliza-se pela distribuição e aplicação dos serviços de saúde (Amarante & Nunes, 2018).

Além disso, a Reforma Psiquiátrica propôs uma mudança paradigmática na compreensão dos transtornos mentais, enfatizando a importância da subjetividade, da singularidade de cada indivíduo e das múltiplas dimensões envolvidas no processo de adoecimento mental. Essa abordagem ampliou o leque de possibilidades terapêuticas, incluindo práticas como a psicoterapia, a reabilitação psicossocial e o uso criterioso de medicamentos. (Tenório. 2002). Com foco na legitimação das pessoas com transtornos mentais, lutava-se contra o modelo asilar e pela ampliação do cuidado considerando “[...] que cada pessoa é um conjunto de dimensões diferentes com relações distintas entre cada esfera, devemos, em cada encontro com a pessoa que sofre, dar atenção ao conjunto dessas esferas, em uma abordagem integral [...]” (Brasil, 2013, p.32).

O processo de implementação da Reforma Psiquiátrica não foi isento de desafios e resistências. Questões como a falta de recursos financeiros, a resistência de alguns profissionais e a estigmatização social representaram obstáculos para sua efetivação plena. Além disso, a concepção de saúde mental como um campo interdisciplinar e multifacetado demandava constantes reflexões e ajustes na prática clínica e nas políticas públicas (Tenório, 2002). É necessário, pois, analisar que a Política de Saúde Mental é resultado de eventos responsáveis pela reformulação da saúde no Brasil, como a criação dos Conselhos de Saúde e

o desenvolvimento das Conferências de Saúde, estabelecidas pela lei nº 8.142 de 1990 (Brasil, 2013). Assim como, a realização das Conferências de Saúde Mental, estendidas aos anos 1987, 1992, 200, 2010 e 2023.

Guiada pelos princípios fundamentais da valorização da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais, da promoção da integração social e comunitária e da humanização do cuidado em saúde mental, foi estabelecida a política de saúde mental no país, a partir da Lei 10.216/2001.

Sancionada em 6 de abril de 2001, pelo então presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, a Lei 10.216, que ficou conhecida como Lei Antimanicomial ou de Reforma Psiquiátrica, deu início a um divisor de águas no tratamento de brasileiros que sofrem com distúrbios, doenças e transtornos mentais. A principal diretriz desta Lei reside no tratamento fora do hospital, apontando a internação apenas se o primeiro se mostrar ineficaz (Brasil, 2001, Brasil, 2021a). A Lei de Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216/2001 representa um marco significativo na abordagem do tratamento de saúde mental no Brasil. Essa legislação foi instituída para garantir a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, promovendo um modelo de tratamento baseado na reintegração social e no respeito à dignidade humana. A lei é fruto de um movimento social e político que questionava o modelo manicomial vigente, onde pacientes psiquiátricos eram frequentemente marginalizados e sujeitos a condições desumanas de tratamento (Brasil, 2001).

Inspirada por práticas como a desinstitucionalização promovida pela Lei Basaglia na Itália, a lei brasileira visava transformar o modelo de atenção à saúde mental, focando na redução progressiva dos hospitais psiquiátricos e na implementação de uma rede de serviços comunitários. Os princípios fundamentais da Lei 10.216/2001 incluem (Brasil, 2001):

- Direitos dos Pacientes: A lei assegura aos portadores de transtornos mentais os direitos civis, humanos e sociais, promovendo sua autonomia e integração social. Goffman

(1961), em sua obra "Asylums", critica a institucionalização e os efeitos desumanizadores dos manicômios, sustentando a necessidade de reformar esses espaços para proteger os direitos dos pacientes.

- Modelo de Atenção Psicossocial: O foco passa a ser o atendimento em serviços comunitários, como os CAPS, que proporcionam cuidados contínuos e integrados. Segundo Amarante (1995), esses serviços deviam operar com uma lógica de atenção integral e multidisciplinar, proporcionando uma abordagem mais humanizada e próxima das comunidades.

- Redução de Internações: A lei promove a redução das internações psiquiátricas, incentivando tratamentos ambulatoriais e em regime de hospital-dia. Foucault (2019), em "História da Loucura na Idade Clássica", discute como as instituições psiquiátricas historicamente funcionaram mais como mecanismos de controle social do que de tratamento efetivo, reforçando a importância de alternativas ao modelo hospitalar.

- Participação Social: A legislação incentiva a participação da sociedade civil na formulação e controle das políticas de saúde mental, garantindo transparência e maior controle social sobre as práticas de cuidado. A sociologia da saúde destaca a importância do capital social e das redes de apoio na promoção da saúde mental e bem-estar dos indivíduos (Contatore, Malfitano & Barros, 2019).

O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil busca uma transformação contínua do sistema de saúde mental, alinhando-se aos princípios da humanização e da justiça social. A Lei 10.216/2001, ao promover a inclusão e os direitos dos pacientes, representa um avanço crucial, mas sua efetividade depende da constante vigilância e empenho da sociedade e do Estado. A Lei 10.216/2001 é, portanto, um instrumento essencial para a promoção de uma saúde mental mais justa e humanizada no Brasil, refletindo uma mudança de paradigma em direção à desinstitucionalização e ao cuidado comunitário.

Como parte dessa nova abordagem e considerando a Lei 10.216 de 2001, o Ministério da Saúde determinou, em 2002, a criação dos CAPS, em substituição aos hospitais psiquiátricos, como uma resposta à necessidade de transformar o modelo de atenção à saúde mental e desconstrução do modelo manicomial brasileiro. Reconhecido como a porta de entrada da Rede de saúde mental, o CAPS passa a ser a peça fundamental na consolidação dos aspectos exigidos da Reforma Psiquiátrica, focando na transformação de um sistema baseado na internação hospitalar, para uma rede de cuidados comunitários e territorializados (Brasil, 2005).

Os CAPS foram concebidos para serem unidades de referência no atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, oferecendo uma abordagem terapêutica multidisciplinar e centrada na comunidade. A criação e expansão dos CAPS foram viabilizadas pela reforma psiquiátrica e pela descentralização do sistema de saúde, permitindo uma abordagem mais integrada e comunitária para o tratamento de transtornos mentais (Brasil, 2005, Costa, Barros & Ribeiro, 2014).

A descentralização da saúde pública no Brasil, promovida pela Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, criou um ambiente propício para a implementação dos CAPS. Esse processo de descentralização, conforme analisado por Costa Et al (2014), permitiu que estados e municípios tivessem maior autonomia na gestão dos serviços de saúde, incluindo a saúde mental, favorecendo a evolução e a institucionalização dos CAPS. Assim, a descentralização foi essencial para a disseminação dos CAPS em todo o território nacional, pois possibilitou que as políticas de saúde mental fossem adaptadas às necessidades locais. Os municípios, com apoio técnico e financeiro dos governos federal e estadual, puderam implementar e gerenciar os CAPS de acordo com as demandas específicas de suas populações.

A criação dos CAPS é fundamentada em diversas leis e portarias ministeriais que regulamentam a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde mental. A Portaria GM/MS nº 224/1992 foi uma regulamentação importante para a classificação e o funcionamento de estabelecimentos assistenciais em saúde mental, como hospitais psiquiátricos e ambulatorios, estabelecendo as bases para a reorganização da assistência psiquiátrica no Brasil. Esse movimento preparou o terreno para a criação dos CAPS como serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 336/2002 consolidou e ampliou as diretrizes de organização e funcionamento dos CAPS, detalhando suas modalidades, critérios para dimensionamento de recursos humanos e financeiros, e normas específicas de funcionamento, inserindo-os definitivamente na RAPS do SUS.

Os CAPS são organizados em diferentes modalidades, de acordo com o público-alvo, o tipo e a intensidade do cuidado oferecido. As principais modalidades são (Brasil, 2002, Brasil, 2017a):

- CAPS I: Atende a municípios de menor porte, com população entre 20 mil e 70 mil habitantes, com foco em atendimentos diário, de menor complexidade, a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

- CAPS II: Voltado para municípios de médio porte, com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, com maior capacidade de atendimento e maior complexidade. Funciona como referência para o tratamento intensivo e semi-intensivo, além do atendimento diário.

- CAPS III: Atende municípios com mais de 200 mil habitantes. Funciona 24 horas por dia, inclusive em feriados e finais de semana, com atendimento intensivo para casos mais graves, como alternativa à internação hospitalar.

- CAPSi: Especializado em crianças e adolescentes, com transtornos mentais graves e persistentes.

- CAPS AD (AD, ADIII 24h e AD IV): Focado no atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Desde sua criação, os CAPS têm se expandido e se consolidado como um componente fundamental da política de saúde mental no Brasil. A evolução dos CAPS reflete uma mudança significativa na abordagem ao tratamento de transtornos mentais, priorizando a reintegração social e a autonomia dos pacientes. Oferecem cuidados em regime de atenção diária, semi-intensiva e intensiva, com equipes multidisciplinares, envolvendo psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais.

O serviço assistencial do CAPS parte do objetivo maior de aplicação do modelo de atenção psicossocial, fortalecido através da articulação com a Rede de atenção em saúde por todo o país. A garantia da continuidade do cuidado em saúde mental e a articulação entre diferentes níveis de atenção, como unidades básicas de saúde, hospitais gerais e serviços de emergência, foi possibilitada pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, ao instituir a RAPS no âmbito do SUS. Segundo esta portaria, o CAPS passa a ser integrado a uma rede mais ampla de serviços de saúde mental. Nesse sentido, distanciando-se da intervenção exclusiva da medicina psiquiátrica, permite uma relação entre os profissionais de saúde mental ao vincular novos saberes por meio de uma equipe interdisciplinar (Brasil, 2011, CFP, 2013b).

A implementação da Lei 10.216/2001 trouxe avanços significativos, mas também enfrentou diversos desafios. A criação dos CAPS e de outras unidades de apoio comunitário representam um avanço na oferta de cuidados próximos à realidade dos pacientes e uma conquista importante na luta pela melhoria da saúde mental no Brasil. Sua origem e evolução refletem um compromisso com um modelo de cuidado mais humanizado e inclusivo, baseado na proximidade com a comunidade e no respeito aos direitos dos pacientes. No entanto, a plena efetivação da lei ainda encontra obstáculos, como a insuficiência de recursos, a

resistência de setores conservadores e a necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde mental. A continuidade desse modelo depende de políticas públicas que garantam a sustentabilidade e a qualidade dos serviços prestados.

Capítulo 2- O Cuidado na Rede de Atenção Psicossocial

O cuidado em saúde dos usuários deve se dar de forma integral. Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. No Brasil, o cuidado em saúde mental é operacionalizado pela RAPS, uma estratégia do SUS que visa oferecer uma gama diversificada de serviços e cuidados para pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A RAPS é composta por diferentes pontos de atenção, incluindo CAPS, Unidades Básicas de Saúde (UBS), serviços de urgência e emergência, hospitais gerais e serviços residenciais terapêuticos, entre outros. Essa estrutura busca garantir a integralidade do cuidado, promovendo a articulação entre os diferentes serviços e níveis de atenção.

O SUS, enquanto sistema público de saúde, desempenha um papel fundamental na implementação das políticas de saúde mental. Baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS oferece acesso a serviços de saúde para toda a população, incluindo aqueles que necessitam de cuidados em saúde mental. A integração da RAPS no SUS fortalece a capacidade de resposta às necessidades de saúde mental, promovendo um cuidado mais humanizado e centrado na pessoa (CFP, 2022).

Instituída a partir da implementação da Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a RAPS organiza os serviços de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Tem como responsabilidade desenvolver ações de prevenção e promoção em cuidado de saúde mental, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Brasil, 2011).

Os serviços da RAPS devem priorizar o território, ser de base comunitária e, devem dispor de retaguarda da atenção hospitalar para demandas que não possam ser manejadas nos

serviços substitutivos, alcançando assim, as especificidades de cada sujeito, possibilitando transformações, facilitando e garantindo uma maior participação social dos usuários e seus familiares. Devem garantir ainda, que os pontos de atenção do território estejam articulados e integrados (Brasil, 2011, Amarante, 2008). Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (Malta & Merhy, 2010).

A RAPS é organizada em sete componentes que compreendem diferentes níveis de atenção e complexidade (Brasil, 2011). Segundo a portaria ministerial 3.088/2011, são eles:

1. Atenção Básica em Saúde (ABS): é constituído pelas Unidades Básicas de Saúde (ESF/NASF/eMulti); pelas Equipes de Atenção Básica para populações específicas (Equipe Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório) e pelos Centros de Convivência e Cultura;

2. Atenção Psicossocial Especializada: Desenvolvida pelos Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades – Tipos I, II e III; CAPS AD, ADIII 24h, AD IV e CAPSi; O CAPS é uma modalidade de serviço de saúde pública e comunitária organizada pelo SUS, sendo referência no tratamento de psicoses, neuroses e transtornos mentais.

Os CAPS I, II e III possuem as mesma finalidade e serviços base, como "intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida" (BRASIL, 2011, s.p.). Os tipos divergem em seu aporte populacional, sendo 15.000 (quinze mil) para o tipo I, 70.000 (setenta mil) para o tipo II e acima de 150.000 (cento e cinquenta mil) para o tipo III que implica na introdução do CAPS AD e atendimento perpétuo dele.

O CAPS AD é a unidade direcionada para tratamento de dependentes de álcool e drogas, prestando atenção contínua para o acolhimento desse público-alvo em todos os

horários. Já o CAPSij é a modalidade voltada para o público infanto juvenil, ofertando serviços de acolhimento e tratamento ao sujeito e sua família

3. Atenção de Urgência e Emergência: Composto pelos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, UBS, entre outros) e os CAPS;

4. Atenção Residencial de Caráter Transitório: Formadas pelas Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil e Comunidades Terapêuticas. Nas Unidades de Acolhimento são oferecidos serviços de saúde contínua, em funcionamento 24 horas por dia e sete dias por semana, para acolher os indivíduos de todos os gêneros, com demandas oriundas do abuso de drogas, álcool e outros ilícitos. As unidades se ocupam do levantamento do histórico do paciente, necessidades e condicionantes sociais/familiares que levaram ao estado de marginalização. Contudo, essa é a primeira etapa do processamento desses sujeitos. Logo, a unidade é de caráter transitório (Coelho et al., 2023).

5. Atenção Hospitalar: tem como ponto de atenção a enfermaria especializada em saúde mental em Hospital Geral. Deve oferecer internações de curta duração até restabelecimento da organização psíquica do sujeito, com funcionamento em turno integral e sem interrupções. Não deve se constituir como ponto de atenção isolado, mas deverá funcionar em rede com os demais pontos de atenção.

6. Estratégias de Desinstitucionalização: são projetos que tem como intuito possibilitar que usuários com histórico de longa permanência em internações tenham a possibilidade de inclusão social, através de estratégias substitutivas que possibilitem de forma progressiva a autonomia e a cidadania do sujeito.

Uma das políticas que visa fortalecer o processo de Desinstitucionalização é o Programa de Volta para Casa (PVC), instituído pela lei 10.708/2003. O projeto garante

auxílio reabilitação de caráter indenizatório para pessoas egressas com histórico de internação por mais de dois anos ininterruptos.

Outro dispositivo que auxilia são os Serviços de Residência Terapêutica (SRT). Os SRT oferecem moradia assistida para pessoas que passaram longos períodos internadas em hospitais psiquiátricos e que não possuem suporte familiar adequado. Os SRTs visam a reabilitação psicossocial, promovendo a autonomia e a reintegração social dos indivíduos, oferecendo um ambiente de cuidado em um contexto comunitário, fora do hospital (Barbosa et al, 2023).

7. Reabilitação Psicossocial: composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários /cooperativas sociais.

O trabalho em rede fundamenta o bom desenvolvimento da RAPS visto que, serviços funcionando de modo desarticulado não conseguiriam alcançar a integralidade do cuidado em saúde demandado por diferentes sujeitos. Os serviços devem funcionar atendendo as necessidades do usuário, com base em um Projeto Terapêutico que dispara o funcionamento de uma rede específica para cada sujeito/coletivo e suas demandas. Na RAPS o serviço que deverá funcionar como norteador dos Projetos Terapêuticos, é o CAPS. Através desse dispositivo pode-se articular os serviços de saúde mental aos diferentes pontos da rede, sejam eles a ABS, Ambulatórios, Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG) ou serviços de Reabilitação Psicossocial (Quinderé et al, 2014).

A participação das UBS é crucial nesse processo, pois estas atuam na prevenção, identificação precoce e encaminhamento dos casos de saúde mental. As equipes de Saúde da Família são treinadas para oferecer suporte inicial e direcionar os pacientes para serviços mais especializados quando necessário (Dimenstein et al, 2013). Além disso, a articulação entre os diferentes pontos de atenção é essencial para garantir a continuidade do cuidado. Por exemplo, serviços de urgência e emergência, como as Unidades de Pronto Atendimento

(UPA) e prontos-socorros, estabilizam pacientes em crise e encaminham-nos para serviços apropriados para continuidade do tratamento. Hospitais gerais com leitos psiquiátricos também são importantes para manejar casos agudos, evitando internações prolongadas e promovendo a reintegração social dos pacientes.

A participação social é um componente crucial do cuidado na RAPS. A inclusão dos usuários e suas famílias nos processos decisórios e na gestão dos serviços é essencial para garantir que as políticas públicas de saúde mental sejam formuladas de maneira democrática e participativa. Os conselhos de saúde e as conferências de saúde mental são espaços onde diferentes atores podem colaborar para a construção de uma rede de cuidado mais eficaz e inclusiva, favorecendo a reabilitação psicossocial (Saraceno, 2016)

Esse novo paradigma implica em modos interdisciplinares na compreensão do processo saúde/doença, com base em serviços e práticas sociais que possibilitem uma ressignificação do viver em sociedade de sujeitos que historicamente estiveram sob estigmas e marginalizados socialmente. No modelo psicossocial, não mais se tem a doença como foco, mas sim o indivíduo que sofre. E considera uma atenção de base territorial e todo o contexto familiar, cultural e social. (Dimenstein et al, 2010).

O trabalho em Rede constitui-se “como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população” (Brasil, 2017b, não paginado). Dessa forma, somente através da articulação em Rede dos diferentes equipamentos de base territorial e não se limitando ao serviço especializado ofertado no CAPS, mas abrangendo diversos serviços de atenção à saúde, pode-se atender de maneira efetiva as demandas de inclusão das pessoas com transtornos mentais.

O serviço assistencial do CAPS, estabelecido em 2002, é reconhecido como a porta de entrada para a saúde mental e peça fundamental na consolidação dos aspectos exigidos pela

Reforma Psiquiátrica. Entendido como um dispositivo da saúde mental de base comunitária, trata-se do primeiro serviço criado fora da lógica manicomial (Brasil, 2005).

Com a implantação do CAPS faz-se possível a substituição do modelo hospitalocêntrico, predominante no país na década de 80. Tendo por objetivo maior a aplicação do modelo de atenção psicossocial, por meio da rede substitutiva reduziu-se de forma considerável a quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos efetivando a desinstitucionalização e a reinserção social de pacientes com o histórico de longa permanência em hospitais psiquiátricos (Delgado et al, 2007).

O trabalho e a articulação em Rede de base comunitária são fundamentais para efetivação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Partindo deste ponto e considerando que o trabalho em Rede deve ir além dos serviços de saúde mental e abranger os mais variados espaços da cidade, torna-se fundamental essa articulação com instituições, associações, cooperativas para a busca da emancipação das pessoas com transtornos Mentais. Trata-se do ponto central da atenção psicossocial, que deve ofertar uma linha de cuidado em saúde que respeite a singularidade dos sujeitos (Franco & Magalhães Jr, 2007).

Falar de linha do cuidado em saúde é uma forma de expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Uma Linha de Cuidado Integral (LCI) expressa o fluxo assistencial que deve ser garantido ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Sua construção toma como eixo norteador a integralidade da assistência, princípio norteador do SUS. As LCI definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, como por exemplo na gestão, na assistência. (Franco & Magalhães Jr, 2007, Silva, Sancho & Figueiredo, 2016).

A integralidade da assistência se dá quando, nesse percurso, o usuário tem acesso a todos os recursos tecnológicos de acordo com as suas necessidades, da atenção básica, com a

Estratégia de Saúde da Família, a alta complexidade hospitalar, havendo um entrelaçamento de ações curativas, preventivas e de reabilitação psicossocial. Os profissionais, através do compromisso ético, da responsabilização e estabelecimento de vínculo, tornam possível que a integralidade seja alcançada. Como nos diz Merhy e Cecílio “A maior ou menor Integralidade da atenção resulta, em boa medida, da forma como se articulam o trabalho dos trabalhadores” (Merhy & Cecílio, 2003 Apud Franco & Magalhães Jr, 2007, p. 5).

A estruturação da LCI acontece a partir da chegada do usuário na rede básica, ou de qualquer outro ponto de entrada do sistema, alcançando os demais pontos de atenção. Para tanto, torna-se necessário que aconteça a pactuação de todos os atores que estão envolvidos nesse processo, sendo o usuário o principal estruturador de uma construção integral e não fragmentada entre os níveis de atenção. Nessa perspectiva, deve haver articulação entre todos os pontos da rede como, por exemplo, entre a rede básica e o serviço de urgência e emergência na alta complexidade (Franco & Magalhães Jr, 2007).

Para que uma LCI seja efetiva, faz-se necessário então que os serviços de saúde organizem seus processos de trabalho, de modo que haja o acolhimento dos usuários pelos trabalhadores. Isso significa atender bem, fazer uma escuta qualificada do problema de saúde, resolver e se necessário, fazer um encaminhamento seguro. É necessário que os trabalhadores estabeleçam vínculo com os usuários, no sentido de acompanhar seus processos por dentro da rede, e se responsabilizarem, procurando facilitar o seu “caminhar na rede” para atendimento às suas necessidades. Tudo isto significa que é necessário organizar os processos de trabalho, isto é, o modo como cada um trabalha, para que estas diretrizes se tornem rotina nas práticas dos profissionais. O processo de trabalho é a chave da questão, porque é através dele que se produz o cuidado aos usuários (Franco, 2006).

As LCI devem ser ativadas partindo da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo esse o dispositivo que irá mapear as necessidades de cada sujeito e ter sua participação ativa durante o processo (Franco & Magalhães Jr, 2007, Silva et al., 2016).

A construção do PTS na atenção psicossocial representa uma abordagem personalizada e integral para o cuidado em saúde mental, focando nas necessidades específicas e nas singularidades de cada indivíduo. Esta metodologia é central na RAPS e reflete um compromisso com a desinstitucionalização e a promoção da autonomia e cidadania dos usuários do sistema de saúde mental (Yasui, 2010).

O PTS é conceituado como ações assistenciais projetadas para atender às situações demandadas pelos usuários. Pensar o PTS em saúde mental é partir de uma concepção biologizante sobre o processo saúde-doença e começar a perceber um processo complexo, com múltiplos atores que reconfiguram os conceitos de saúde e doença, loucura e inserção social. Logo, essa noção do cuidado psicossocial partindo do PTS, perpassa por conceitos e ideais políticos, ideológicos e éticos (Slomp Júnior, Franco & Merhy, 2022, Vasconcelos, 2016).

O PTS é um plano de cuidado elaborado de forma colaborativa entre os profissionais de saúde, o usuário e, quando possível, sua família. Este projeto visa integrar diversas dimensões do cuidado, incluindo aspectos clínicos, sociais, familiares e comunitários, de forma a proporcionar um atendimento holístico e contínuo. A construção do PTS começa com uma avaliação compreensiva do usuário, que inclui o levantamento de suas necessidades, desejos, dificuldades e potencialidades. Sua metodologia é baseada em algumas etapas principais: a avaliação inicial, o planejamento das ações terapêuticas, a execução das intervenções e o monitoramento e revisão contínua do projeto. Durante a avaliação inicial, a equipe busca compreender a história de vida do usuário, suas condições de saúde, suas redes

de apoio e suas perspectivas de futuro. Este diagnóstico amplo permite a identificação das áreas prioritárias para intervenção (Slomp Júnior, Franco & Merhy, 2022).

O planejamento das ações terapêuticas envolve a definição de objetivos a curto, médio e longo prazos, e as estratégias para alcançá-los. As intervenções podem incluir atendimento psicoterapêutico, medicação, atividades de reabilitação psicossocial, apoio à inserção social e laboral, entre outras. A flexibilidade é uma característica essencial do PTS, permitindo ajustes conforme a evolução do usuário e as mudanças em suas necessidades (Dimenstein, Sales, Galvão, & Severo, 2010).

A execução das intervenções requer um acompanhamento próximo e contínuo. A equipe deve estar atenta às respostas do usuário às diferentes abordagens e estar pronta para modificar o plano conforme necessário. Este processo dinâmico de ajuste e realinhamento garante que o cuidado oferecido permaneça relevante e eficaz ao longo do tempo (Feuerwerker, 2014).

O monitoramento e a revisão contínua são etapas indispensáveis para assegurar a qualidade e a efetividade do PTS. Reuniões periódicas da equipe multidisciplinar para discutir o progresso do usuário, identificar desafios e redefinir estratégias são práticas comuns nesse contexto. A participação do usuário nessas avaliações é fundamental para garantir que ele continue a ser o protagonista de seu cuidado (Yasui, 2010).

Trata-se de um processo complexo e colaborativo que busca oferecer um cuidado personalizado e integral, baseado nos princípios da interdisciplinaridade, da participação ativa do usuário e da flexibilidade. O PTS promove um atendimento que respeita as singularidades e promove a autonomia e a cidadania dos indivíduos. A contribuição de psicólogos e outros profissionais de saúde é essencial para a implementação eficaz desta abordagem, garantindo um cuidado humanizado e centrado na pessoa.

Os PTS operacionalizam as linhas de cuidado, e acontecem nos campos da macro e micropolítica de gestão do SUS. Os trabalhadores que estão nos próprios serviços, compreendidos como a base do processo, tem um modo específico de significar o que é cuidado em saúde, de compartilhar diferentes saberes, de alcançar o usuário e trabalhar em equipe. É essa significação pessoal do conceito de cuidar que vai nortear sua prática e transversalizar os campos da macro e micropolítica do sistema (Vasconcelos, 2016).

O conceito de LCI está entrelaçado com o trabalho em rede, tornando-os imanentes, como nos diz Franco (2006): Essa ideia de imanência é particularmente importante, pois nos fala de que sempre haverá a articulação de diversas unidades e equipes, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades, atuando de modo correlato para fazer com que o cuidado se realize (p.6).

Pode-se inferir que as redes se articulam em até três níveis diferentes, sendo eles: Entre serviços que se comunicam; dentro da unidade de saúde, onde coexistem diversas microunidades, que em conjunto articulam diferentes formas de resolução para as demandas apresentadas pelos vários tipos de usuários que ali circulam; dentro da própria equipe e trabalhadores de saúde, que articulam uma rede entre si na busca da promoção da saúde (Franco, 2006). Para Cecílio (2006, p. 7), “deve-se chamar essa articulação entre as redes de ‘Integralidade Ampliada’ que se faz em torno das necessidades específicas de cada usuário”.

Essa rede que se articula entre trabalhadores é que pode atravessar serviços e equipamentos de saúde, podendo estabelecer um fluxo de comunicação e articulação entre, por exemplo, uma unidade de emergência e pronto atendimento e outros pontos de atenção da rede. Um fluxo que deve ser sempre pensado no usuário, nas suas demandas e dispositivos disponíveis para o processo de cuidar em saúde (Quinderé, Jorge & Franco, 2014).

Em saúde mental, o CAPS é o serviço que deve ser centralizado nessa articulação. Como lugar privilegiado no tratamento da crise, o CAPS precisa ter uma comunicação efetiva

com os demais pontos da rede, a saber, os ambulatórios, as urgências e enfermarias especializadas em hospitais gerais e prestar apoio matricial às equipes de atenção básica. Uma vez seguindo essa lógica, o CAPS pode funcionar como um dispositivo que agregaria em si a articulação com todos os níveis de complexidade da rede de saúde. Essa articulação é o que fundamenta os projetos terapêuticos e a construção das linhas de cuidado (Onocko Campos & Furtado, 2006 Apud Quinderé, Jorge & Franco, 2014).

Capítulo 3- Saúde Mental e Pandemia Por Covid-19

O início da pandemia de covid-19 marcou um momento crítico na história recente, com impactos profundos e abrangentes em todo o mundo. O surto começou em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na República Popular da China. Os primeiros casos foram associados a um mercado de frutos do mar e animais vivos, sugerindo uma possível origem zoonótica do vírus SARS-CoV-2, causador da doença covid-19 (Wu et al., 2020).

Em 31 de dezembro de 2019, a Comissão de Saúde Municipal de Wuhan relatou à Organização Mundial da Saúde (OMS) uma série de casos de pneumonia de origem desconhecida. Rapidamente, os cientistas chineses identificaram um novo coronavírus, e em 7 de janeiro de 2020, a China isolou e sequenciou o genoma do vírus, compartilhando as informações com a comunidade global (Zhu et al., 2020). Este gesto de transparência permitiu que laboratórios em todo o mundo começassem a desenvolver testes diagnósticos e estudar o vírus.

A disseminação do vírus foi rápida. No final de janeiro de 2020, casos já haviam sido relatados em diversos países fora da China, incluindo a Tailândia, Japão, Coreia do Sul e Estados Unidos.

O número de casos aumentou tão rápido, com várias notificações em países de todos os continentes, que em janeiro de 2020 a OMS declarou que o surto de casos de infecções respiratórias causadas pelo recém-descoberto Novo Coronavírus constituía uma emergência de saúde pública de importância internacional (WHO, 2020).

Em fevereiro de 2020, o vírus continuou a se espalhar de forma acelerada, afetando países como Itália, Irã e Espanha, que logo se tornariam alguns dos epicentros da pandemia na Europa e no Oriente Médio. A gravidade da situação levou a OMS a declarar, em 11 de

março de 2020, a covid-19 como uma pandemia, sublinhando a necessidade de ação coordenada e global para combater a disseminação do vírus. (WHO, 2020).

Os governos em todo o mundo responderam com uma variedade de medidas para conter o vírus, incluindo lockdowns, quarentenas, fechamento de fronteiras e restrições de viagem. Essas medidas visavam reduzir a transmissão do vírus, aliviar a pressão sobre os sistemas de saúde e ganhar tempo para o desenvolvimento de vacinas e tratamentos eficazes (Anderson et al., 2020).

Os impactos sociais, econômicos e de saúde da pandemia foram imensos. As economias globais entraram em recessão, milhões de empregos foram perdidos e a vida cotidiana foi profundamente alterada. O setor de saúde enfrentou desafios sem precedentes, com hospitais sobrecarregados, falta de equipamentos de proteção individual e uma corrida para atender a uma crescente demanda por cuidados intensivos (Nicola et al., 2020).

A resposta científica foi rápida e robusta. Pesquisadores de todo o mundo colaboraram para entender a virologia, epidemiologia e impacto clínico da covid-19. Vacinas foram desenvolvidas em tempo recorde, com as primeiras sendo autorizadas para uso emergencial no final de 2020. A campanha de vacinação global começou pouco depois, oferecendo uma luz no fim do túnel para a superação da pandemia (Polack et al., 2020).

O início da pandemia de covid-19 revelou a vulnerabilidade global a novas doenças infecciosas e a importância da cooperação internacional na resposta a crises de saúde pública. Um ponto importante nesse momento foram as publicações da OMS fazendo considerações sobre saúde mental e psicológica das populações. Com o objetivo de fornecer mensagens de apoio ao bem-estar mental e psicossocial, o departamento de saúde mental da OMS descreveu diversas situações decorrentes da pandemia, que poderiam envolver a população em geral e profissionais de saúde e indicou ações de suporte e cuidado. Assim, a OMS disponibilizou uma série de publicações que apontavam os possíveis impactos da pandemia na saúde mental

da população, que poderiam nortear os serviços de saúde no desenvolvimento de ações de prevenção e cuidado em saúde mental (WHO, 2020).

A pandemia de covid-19 teve impactos significativos na saúde mental de populações ao redor do mundo, com uma série de estudos evidenciando aumentos em transtornos mentais como ansiedade, depressão, e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Segundo Lazarus e Folkman (1984), o estresse é uma resposta à percepção de um desequilíbrio entre demandas externas e a capacidade de enfrentamento individual. Durante a pandemia, essa percepção foi exacerbada pelo medo do contágio, incertezas sobre o futuro, medidas de isolamento social e a sobrecarga de informações, muitas vezes conflitantes, sobre a doença. Essa situação levou a um aumento significativo dos níveis de estresse e ansiedade na população geral e, de maneira ainda mais intensa, entre os profissionais de saúde (Pfefferbaum & North, 2020).

Diante de evento da magnitude de uma pandemia são esperadas repercussões psicossociais na população. As repercussões psicossociais referem-se ao complexo interplay entre fatores psicológicos e sociais que influenciam o comportamento humano, as interações sociais e o bem-estar individual e coletivo. Este conceito multidimensional destaca a interconexão entre o mundo interno do indivíduo - suas emoções, pensamentos e comportamentos - e o mundo externo - as normas, valores e estruturas sociais que moldam suas experiências.

Uma das principais teorias que fundamenta a compreensão das repercussões psicossociais é a Teoria dos Sistemas Ecológicos de Urie Bronfenbrenner (1979). Segundo essa teoria, o desenvolvimento humano é influenciado por uma série de sistemas concêntricos, desde o microsistema (ambiente imediato do indivíduo, como família e escola) até o macrosistema (estruturas culturais e sociais mais amplas). As interações entre esses

sistemas moldam as experiências individuais e, conseqüentemente, suas repercussões psicossociais.

Além disso, a Teoria da Identidade Social, proposta por Henri Tajfel e John Turner (1986), destaca a importância da identidade social na compreensão do comportamento humano em contextos sociais. Segundo essa teoria, os indivíduos categorizam a si mesmos e aos outros em grupos sociais, e a identidade social derivada dessas categorizações influencia significativamente as atitudes, crenças e comportamentos.

As repercussões psicossociais podem se manifestar de várias formas. Por exemplo, indivíduos que experimentam discriminação ou exclusão social com base em sua identidade de gênero, etnia ou orientação sexual podem enfrentar consequências psicológicas negativas, como baixa autoestima, ansiedade e depressão, além de impactos sociais, como marginalização e desigualdade de oportunidades.

Outro exemplo notável das repercussões psicossociais é observado em situações de crise e trauma, como desastres naturais ou conflitos armados. Nessas circunstâncias, os indivíduos podem experimentar uma série de reações psicológicas, como estresse pós-traumático, enquanto as comunidades enfrentam desafios sociais, como deslocamento populacional e desintegração da coesão social.

É crucial reconhecer que as repercussões psicossociais não são estáticas, mas dinâmicas e interdependentes. Mudanças em um sistema - seja individual, familiar, comunitário ou societal - podem desencadear efeitos cascata que reverberam em todo o tecido social. Portanto, abordagens de intervenção e políticas públicas que visam mitigar essas repercussões devem ser holísticas e sensíveis ao contexto, considerando tanto os aspectos psicológicos quanto os sociais (Bronfenbrenner, 1979)

Em suma, o conceito de repercussões psicossociais oferece uma lente poderosa para entender a complexidade do comportamento humano e das interações sociais. Ao reconhecer

a interconexão entre o psicológico e o social, podemos desenvolver estratégias mais eficazes para promover o bem-estar individual e coletivo em uma sociedade em constante evolução.

O conceito de repercussões psicossociais envolve a interação entre fatores psicológicos e sociais que influenciam o bem-estar individual e coletivo. Esses fatores podem incluir estresse, ansiedade, depressão, medo, isolamento social, perda de emprego, insegurança financeira, mudanças nas rotinas diárias e dificuldades nas relações interpessoais. Na pandemia de covid-19, esses elementos interagiram de forma complexa, criando um cenário desafiador para a saúde mental das pessoas (Silva et al., 2021).

A crise sanitária provocada pela COVID-19 não apenas desafiou os sistemas de saúde física, mas também gerou uma sobrecarga significativa na saúde mental, evidenciada por um aumento global nos sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento psíquico. Esses efeitos foram exacerbados pelo isolamento social, as incertezas econômicas, o medo do contágio e o luto por perdas de entes queridos (Holmes et al., 2020). Desde o início da pandemia, os estudos começaram a documentar o aumento da prevalência de sintomas de ansiedade e depressão na população geral. Por exemplo, uma revisão sistemática realizada por Luo et al. (2020) encontrou que a prevalência de ansiedade variou entre 6,33% a 50,9%, enquanto a depressão variou de 14,6% a 48,3% em diferentes estudos.

Esses números revelam um impacto considerável que atravessa diversas faixas etárias e demográficas, exigindo intervenções oportunas e integradas. Diante de dados tão expressivos, torna-se claro que a saúde mental não deve ser tratada como um fenômeno secundário ou posterior à pandemia. Pelo contrário, ela requer atenção imediata e estratégias preventivas para mitigar os danos à população, sendo um aspecto intrínseco e simultâneo às demais demandas da pandemia.

Uma pesquisa realizada por Wang et al. (2020) revelou que a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão aumentou significativamente durante a pandemia, com muitos

indivíduos relatando um impacto negativo em sua qualidade de vida. O estudo destacou que grupos vulneráveis, como pessoas com condições de saúde preexistentes, idosos e aqueles em situação de pobreza, foram particularmente afetados.

Além de enfrentarem um maior risco de complicações graves pela covid-19, a população de idosos também sofreu com o isolamento e a solidão. Um estudo conduzido por Santini et al. (2020) indicou que o isolamento social e a solidão são fortemente associados a sintomas de depressão e ansiedade em adultos mais velhos, destacando a necessidade de estratégias de suporte específicas para essa população durante a pandemia.

Cacioppo et al. (2010) sugerem que o isolamento social está associado a um aumento no risco de várias condições de saúde mental, incluindo depressão e ansiedade. Durante a pandemia, muitos idosos foram forçados a se afastar de suas redes de apoio, como familiares e amigos, exacerbando sentimentos de solidão e abandono. Segundo um estudo realizado por Brooks et al. (2020), o isolamento social pode levar a uma série de efeitos psicológicos adversos, como a sensação de inutilidade e desesperança. Esses sentimentos são particularmente agudos entre os idosos, que já podem enfrentar desafios relacionados à mobilidade e à saúde física. A falta de interação social pode agravar essas condições, levando a um ciclo vicioso de deterioração da saúde mental.

O medo do contágio também desempenhou um papel significativo nas repercussões psicossociais da pandemia para os idosos. Devido à maior vulnerabilidade a complicações graves da covid-19, muitos idosos experimentaram um medo constante de contrair o vírus. Esse medo foi exacerbado pela cobertura midiática e pelas diretrizes de saúde pública que destacavam os riscos elevados para essa faixa etária (Cavalcante et al., 2022, Holmes et al., 2020, Kitamura et al., 2022).

A insegurança sobre a própria saúde e a falta de informações claras e consistentes aumentaram os níveis de estresse e ansiedade entre os idosos. Muitos passaram a evitar

consultas médicas e hospitalares, temendo a exposição ao vírus, o que, por sua vez, levou ao agravamento de condições de saúde preexistentes e a uma deterioração geral do bem-estar físico e mental (Grolli et al., 2021).

A perda de entes queridos durante a pandemia teve um impacto devastador na saúde mental dos idosos. A impossibilidade de realizar rituais de despedida e funerais tradicionais devido às restrições de distanciamento social intensificou o sofrimento emocional. O luto, que já é um processo difícil, tornou-se ainda mais complicado e doloroso na ausência de suporte social e comunitário (Eisma et al. 2021).

A literatura sobre luto complicado sugere que a falta de rituais e de apoio social pode prolongar e intensificar o processo de luto, levando a sintomas persistentes de depressão e ansiedade (Shear et al., 2012). Durante a pandemia, muitos idosos enfrentaram múltiplas perdas, tanto de familiares quanto de amigos, o que amplificou o impacto psicológico e emocional.

As mudanças nas rotinas e atividades diárias também contribuíram para o aumento do estresse e da ansiedade entre os idosos. Muitos centros de convivência e programas comunitários foram suspensos, limitando as oportunidades de interação social e exercício físico. Atividades que antes proporcionavam um sentido de propósito e estrutura desapareceram, levando a um aumento da inatividade e do tédio (Van Orden et al., 2020).

A interrupção das rotinas diárias pode ter efeitos negativos na saúde mental dos idosos, uma vez que a falta de estrutura e de atividades significativas pode aumentar a sensação de isolamento e inutilidade. A literatura sugere que a manutenção de rotinas e a participação em atividades sociais são fundamentais para a saúde mental dos idosos (Glass et al., 2006).

O acesso a cuidados de saúde mental também foi significativamente afetado durante a pandemia. Muitos serviços de saúde mental foram interrompidos ou adaptados para o formato

de teleatendimento, o que apresentou desafios específicos para os idosos. A falta de familiaridade com a tecnologia e o acesso limitado a dispositivos e à internet dificultaram a continuidade do suporte psicológico para essa população (Banerjee & Rai, 2020).

Embora o teleatendimento tenha sido uma solução importante para manter o acesso aos cuidados de saúde mental durante a pandemia, ele não foi igualmente acessível para todos os idosos. As barreiras tecnológicas e a falta de competências digitais tornaram difícil para muitos idosos participar dessas consultas, exacerbando o isolamento e a falta de suporte (Cenedesi, et al., 2024, Chen et al., 2020).

Crianças e adolescentes também enfrentaram desafios consideráveis devido ao fechamento de escolas, interrupções na rotina e isolamento social. De acordo com um estudo de Xie et al. (2020), realizado na China, cerca de 22,6% dos estudantes relataram sintomas de depressão e 18,9% sintomas de ansiedade durante o período de confinamento. O isolamento social imposto como medida de contenção do vírus levou ao fechamento de escolas, cancelamento de atividades extracurriculares e limitação do contato físico com amigos e familiares. Estas mudanças drásticas afetaram negativamente o bem-estar emocional e psicológico de crianças e adolescentes.

Estudos como o de Loades et al. (2020) destacam que o isolamento social pode levar ao aumento da ansiedade, depressão e sentimentos de solidão em crianças e adolescentes. A ausência do ambiente escolar, que oferece uma estrutura importante para o desenvolvimento social e emocional, contribuiu para um senso de desconexão e perda de suporte social, essenciais nessa fase de desenvolvimento.

A pandemia também trouxe um aumento do estresse familiar devido a fatores econômicos, como perda de emprego e instabilidade financeira, bem como o estresse associado à convivência prolongada e às responsabilidades adicionais de cuidado e educação

em casa. Estes fatores criaram um ambiente potencialmente conflituoso e estressante para as crianças.

Um estudo realizado por Gassman-Pines et al. (2020) mostrou que o estresse econômico das famílias durante a pandemia estava diretamente associado a um aumento dos comportamentos de estresse e problemas emocionais em crianças. A insegurança financeira e a tensão doméstica aumentaram a incidência de conflitos familiares, afetando negativamente o bem-estar psicológico dos jovens.

Com o fechamento das escolas e o distanciamento social, o uso de tecnologias para fins educacionais e sociais aumentou significativamente. Embora a tecnologia tenha permitido a continuidade da educação e a manutenção de conexões sociais, também trouxe desafios adicionais para a saúde mental.

Sabe-se que o uso excessivo de dispositivos eletrônicos tem forte associação com problemas de sono, aumento da ansiedade e sintomas depressivos em crianças e adolescentes (Hale & Guan, 2015). Estes efeitos já eram esperados neste público, por conta do isolamento social que a pandemia exigiu. Além disso, a exposição prolongada às redes sociais poderia amplificar sentimentos de inadequação e aumentar o risco de cyberbullying, agravando problemas de saúde mental.

O medo de contrair o vírus, combinado com a incerteza sobre o futuro, gerou altos níveis de ansiedade entre crianças e adolescentes. A constante exposição a notícias sobre a pandemia e a percepção de risco afetaram o senso de segurança e estabilidade dos jovens.

Durante a pandemia de covid-19, crianças e adolescentes manifestaram sintomas significativos de ansiedade e estresse pós-traumático, fortemente influenciados pelo medo e pela incerteza sobre a doença. A falta de informações claras e a constante exposição a notícias alarmistas exacerbaram esses sentimentos, aumentando os níveis de medo e insegurança entre os jovens. Essa situação levou a um ambiente de alta tensão emocional, no

qual a ausência de comunicação precisa e a proliferação de informações assustadoras contribuíram para um estado mental vulnerável, destacando a necessidade de abordagens mais sensíveis e informativas na gestão da crise (Bianchinni et al, 2023, Imran, et al, 2020).

Sousa et al. (2023b) relataram um aumento significativo na prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes durante a pandemia. Além disso, houve um aumento na busca por serviços de saúde mental, indicando um agravamento dos problemas psicológicos nessa faixa etária. A interrupção das interações sociais e das atividades educativas presenciais afetou o desenvolvimento social e emocional das crianças e adolescentes. A falta de contato com os pares e a ausência de experiências educativas interativas prejudicaram habilidades sociais e emocionais essenciais. De acordo com um estudo de Portela et al. (2022), a falta de interação social regular pode levar a atrasos no desenvolvimento social e emocional, afetando a capacidade das crianças de formar relacionamentos saudáveis e desenvolver empatia e habilidades de resolução de conflitos.

Os problemas de comportamento, como irritabilidade, agressividade e regressão em crianças menores, também aumentaram durante a pandemia. Essas alterações comportamentais são frequentemente respostas ao estresse e à ansiedade exacerbados pelas mudanças na rotina e pelo ambiente doméstico tenso. Jiao et al. (2020) observaram um aumento nos problemas de comportamento entre crianças durante o período de quarentena, incluindo irritabilidade, dependência excessiva dos pais e regressão em habilidades de desenvolvimento. Essas mudanças comportamentais indicam um impacto negativo significativo do isolamento e do estresse pandêmico.

As pessoas com transtornos mentais preexistentes, tais como depressão, ansiedade, esquizofrenia e transtorno bipolar, já enfrentam desafios significativos em sua vida cotidiana. A pandemia de covid-19 exacerbou esses desafios de várias maneiras. O isolamento social, o medo do contágio, a interrupção de rotinas e tratamentos, e a sobrecarga dos serviços de

saúde mental são alguns dos fatores que contribuíram para o agravamento da condição dessas pessoas. Uma pesquisa de Hao et al. (2020) demonstrou que indivíduos com transtornos psiquiátricos existentes relataram aumentos significativos em sintomas de ansiedade e depressão durante a pandemia. A interrupção no acesso aos serviços de saúde mental, combinada com o estresse adicional provocado pela crise sanitária, contribuiu para o agravamento desses sintomas.

O isolamento social foi uma das principais medidas adotadas para conter a disseminação do vírus. Embora necessário, o isolamento teve consequências adversas para a saúde mental de muitas pessoas. Para aqueles com transtornos mentais preexistentes, o distanciamento social e a quarentena intensificaram sentimentos de solidão, desesperança e ansiedade. Estudos mostram que a falta de interação social pode agravar sintomas de depressão e ansiedade (Brooks et al., 2020). A solidão, em particular, está associada a um aumento no risco de pensamentos suicidas e comportamentos autolesivos.

A pandemia também resultou na interrupção ou modificação dos serviços de saúde mental. Muitos centros de atendimento reduziram suas operações ou mudaram para formatos de teleatendimento, o que nem sempre é acessível ou eficaz para todos os pacientes. A interrupção de tratamentos regulares, como consultas psiquiátricas e terapias, deixou muitos pacientes desamparados. De acordo com um estudo de Moreno et al. (2020), essa interrupção causou uma deterioração significativa na condição de muitos pacientes, aumentando a incidência de crises e recaídas.

O medo do contágio, associado à incerteza econômica e social, gerou um ambiente de estresse constante. Para indivíduos com transtornos de ansiedade, essas condições foram particularmente desafiadoras. A constante exposição a notícias alarmantes sobre a pandemia, juntamente com a incerteza sobre o futuro, exacerbou sintomas de ansiedade. Pessoas com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), por exemplo, podem ter visto seus sintomas de

compulsão e obsessão aumentarem devido ao foco na higiene e na prevenção da contaminação (Fineberg et al., 2020).

A pandemia trouxe consigo uma crise econômica global, com perda de empregos e insegurança financeira para muitos. Pessoas com transtornos mentais preexistentes, que já podem enfrentar dificuldades para manter empregos estáveis, foram particularmente vulneráveis. A insegurança econômica pode agravar sintomas de depressão e ansiedade, além de limitar o acesso a cuidados de saúde necessários (Pfefferbaum & North, 2020).

Durante a pandemia, o estigma em torno dos transtornos mentais pode ter sido exacerbado. A percepção de que pessoas com transtornos mentais são mais vulneráveis ao vírus ou menos capazes de seguir medidas de proteção pode ter levado a um aumento da discriminação. Esse estigma adicional pode desencorajar indivíduos a buscar ajuda, agravando ainda mais sua condição. Assim, os sistemas de saúde, já sobrecarregados com o tratamento de pacientes com covid-19, tiveram menos recursos disponíveis para atender pacientes com transtornos mentais. Isso resultou em tempos de espera mais longos e menor disponibilidade de suporte especializado. Para muitos, isso significou um agravamento dos sintomas e uma maior dificuldade em acessar os cuidados necessários (Druss, 2020).

Para muitos indivíduos com transtornos mentais, as rotinas diárias são cruciais para a estabilidade. A pandemia interrompeu essas rotinas, levando a um aumento da desorientação e do estresse. A adaptação às novas rotinas, como trabalhar ou estudar de casa, gerou desafios adicionais, especialmente para aqueles com dificuldades em se concentrar ou com sintomas de hiperatividade e desorganização (Horesh & Brown, 2020).

A necessidade de reorganizar o fluxo dos serviços, com processos de trabalho rígidos e que exigiam intensas medidas sanitárias, prejudicou a atuação dos profissionais de saúde, que ficaram sujeitos a altos níveis de estresse.

A demanda por serviços de saúde mental aumentou significativamente devido aos efeitos psicossociais da pandemia. Profissionais de saúde nos CAPS relataram um aumento nos casos de ansiedade, depressão, transtornos de estresse pós-traumático e abuso de substâncias (Ornell et al., 2020). As necessidades emergentes exigiram uma resposta rápida e eficaz dos serviços de saúde mental para mitigar os impactos da crise. Segundo Machado (2023), os CAPS tiveram que adaptar suas práticas para continuar prestando assistência, implementando teleatendimento e desenvolvendo novas estratégias para apoiar os usuários e suas famílias.

A sobrecarga de trabalho foi quase que imediata para os profissionais que atuavam na linha de frente do combate à covid-19. Ao mesmo tempo que os profissionais tinham que dar conta de oferecer cuidado ao crescente número de pessoas que chegavam adoecidas aos serviços, eles também precisavam cuidar da sua saúde, seguindo protocolos sanitários, com carência de equipamentos de equipamentos de proteção individual (Lima et al, 2022 & Silva et al, 2022).

A pandemia provocou o fenômeno do medo do desconhecido: medo de não saber exatamente os modos de transmissão da doença; medo de não saber o tratamento que deveria ser realizado; medo de não dar conta da sobrecarga de trabalho, enfim, medo de, ao presenciar tanta morte, deparar-se com a sua própria mortalidade e de seus familiares. Dantas (2021) apontou em seu trabalho o quanto a pandemia por covid-19 afetou a saúde mental dos profissionais de saúde. Deu destaque para os profissionais da linha de frente, que lidavam como o medo diário de se infectarem e de infectarem outras pessoas.

A pressão social que os profissionais de saúde vivenciavam podia ser vista em todos os veículos de comunicação. Eram chamados de heróis, guerreiros e fortes combatentes, na luta pela saúde da população. Mas quem olhava pela sua saúde? E se o profissional de saúde adoecesse, quem o substituiria?

Entre os profissionais da atenção psicossocial, responsáveis pela gestão do sofrimento psíquico da população, tinha mais um agravante: lidar com as intensas cargas emocionais dos pacientes, diante da exposição ao risco de contaminação (Silva et al, 2023).

A exposição constante ao risco de contágio, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos e equipamentos de proteção individual, além da responsabilidade de cuidar de pacientes gravemente doentes, foram desafios psicossociais durante a pandemia de covid-19 que contribuíram para níveis elevados de estresse e burnout entre profissionais de saúde (Shanafelt et al., 2020).

Maslach et al. (2001) apresentam o burnout como uma síndrome psicológica, que inclui exaustão, despersonalização e redução da percepção de autoeficácia. Segundo os autores, A exaustão se manifesta como uma sensação de estar sobrecarregado e sem recursos emocionais e físicos; a despersonalização, ou cinismo, caracteriza-se por atitudes indiferentes ou distantes em relação aos clientes do serviço ou ao trabalho de modo geral; a diminuição da autoeficácia, ou realização pessoal, refere-se a sentimentos de incompetência e falta de realização e produtividade no ambiente de trabalho.

Durante a pandemia, muitos profissionais de saúde relataram sentir-se exaustos, desmotivados e emocionalmente esgotados. Além disso, a necessidade de tomar decisões rápidas e, muitas vezes, lidar com a morte de pacientes, aumentou a carga emocional desses profissionais (Wu et al., 2020).

Os profissionais de saúde, na linha de frente do combate à covid-19, foram particularmente afetados. Zhang et al. (2020) relataram que cerca de 50,4% dos profissionais de saúde entrevistados na China apresentaram sintomas de depressão, 44,6% sintomas de ansiedade, 34,0% insônia e 71,5% sofrimento psicológico geral.

De Brier et al (2020) apontaram que a importância de proteger a saúde mental dos profissionais de saúde durante surtos de doenças infecciosas não deve se tratar de uma

estratégia de cuidado separada das outras. Esse apontamento é justificado com os achados de diferentes pesquisas que comprovam a ocorrência de sintomas de ansiedade, alterações no sono e do humor, além de sintomas de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam nos serviços da linha de frente (Pappa et al, 2020; Salehi et al, 2021 & Santabárbara et al, 2021).

Algumas condições foram identificadas como fatores de risco para a saúde mental de profissionais da área, como: Medo de adoecer ou contaminar parentes, a sobrecarga de trabalho, o estigma de estar em ambientes de contaminação, a insuficiência de equipamento de proteção individual, a precarização do setor saúde, a fragilidade na descrição de protocolos, entre outros. Em uma revisão de síntese integrativa de literatura, Novais et al. (2023) reuniram aspectos que foram determinantes e condicionantes para o sofrimento psicológico de profissionais de saúde no contexto hospitalar, diante da necessidade de reinvenção de saberes e práticas profissionais, como:

- O nível de exposição ao vírus;
- As longas jornadas de trabalho;
- O medo de se infectar e infectar seus familiares;
- O medo de trabalhar na linha de frente da COVID- 19;
- A falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- O estigma por trabalhar em serviços com alto nível de contaminação.

Repercussões psicológicas como, esgotamento ocupacional, síndrome de burnout, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, ansiedade, insônia e depressão foram apontadas em diversos estudos (Novais et al., 2023), mas as evidências de tais impactos ainda continuam sendo atualizadas com frequência na atualidade. Autores como Pappa et al (2020) e Paiano et al (2020) destacaram a necessidade de desenvolver e implementar estratégias que ajudassem a reduzir o desgaste emocional e atenuar os fatores de risco para a saúde mental desses

profissionais, levando em conta os ajustes e adaptações culturais exigidos pelos diferentes países em condições de pandemia.

A partir de experiências anteriores com epidemias/pandemias e orientados com referenciais teóricos como a da psicologia das emergências e desastres, os sistemas de saúde iniciaram uma série de ações estratégicas voltadas para os trabalhadores de saúde. Era possível identificá-las nos sites dos governos estaduais e municipais, assim como em resultados de pesquisa e de revisões disponíveis em plataformas como a PubMed, Cochrane e a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Iniciativas utilizando ferramentas online, teleatendimento, ações informativas e ginástica laboral estão entre inúmeras ações que foram disponibilizadas em diferentes partes do mundo. No entanto, nem todas foram desenvolvidas com a participação do público ao qual se destinava, levantando questões como a adesão e a eficácia das mesmas.

Diante dos níveis preocupantes de sofrimento psíquico e adoecimento mental causado pela pandemia, Lima et al (2022) concluíram que os profissionais de saúde estiveram vulneráveis emocionalmente ao longo desse período. A sistematização das repercussões psicossociais provocadas pela pandemia pode contribuir para os sistemas de saúde refletirem acerca da necessidade de atualização de respostas políticas (Novais et al, 2023).

A resiliência, apresentada por Taboada, Legal e Machado (2006) como a capacidade de enfrentar adversidades e se recuperar delas, tornou-se um tema central na discussão sobre a saúde mental dos profissionais de saúde durante a pandemia. Estratégias de coping, como o suporte social, a comunicação aberta com colegas e a prática de autocuidado, mostraram-se essenciais para ajudar esses profissionais a lidar com o estresse e manter sua saúde mental (Zhang et al., 2020).

As repercussões psicossociais da pandemia por covid-19 afetaram toda a população, de diferentes formas e intensidades. Descortinou um cenário de fragilidades, tanto na

organização dos serviços, quanto na capacidade dos sistemas de saúde reagirem rapidamente a situações de desastre (Lima et al, 2022).

Apesar de ter tido um alcance global, os países com sistemas de saúde que não estavam preparados para um evento da magnitude da covid-19 viveram uma grande crise de saúde pública. No Brasil, a criação e implementação de planos de contingência tornaram-se imperativas para mitigar os impactos devastadores da pandemia, que afetaram profundamente a saúde pública, a economia e o bem-estar social.

Planos de contingência na saúde são estratégias previamente estabelecidas para responder a emergências, garantindo uma resposta coordenada e eficaz para minimizar danos e salvar vidas. Esses planos devem ser abrangentes, considerando desde a prevenção e preparação até a resposta e recuperação (Brasil, 2023).

Um plano de contingência eficaz deve incluir a avaliação de riscos, a definição de responsabilidades, a alocação de recursos e a criação de protocolos de comunicação e coordenação entre diferentes níveis de governo e setores da sociedade. Na gestão integrada de riscos e desastres, o plano de contingência desempenha um papel essencial. Ele funciona como um guia operacional que articula os elementos fundamentais da resposta a desastres (Brasil, 2023):

1. Identificação de Riscos: Análise detalhada dos possíveis cenários de risco, como surtos de doenças, desastres naturais ou emergências causadas por atividades humanas.
2. Preparação e Capacitação: Desenvolvimento de capacidades e treinamentos para equipes de resposta, incluindo simulações e exercícios práticos.
3. Coordenação e Comunicação: Estruturação de canais de comunicação e coordenação entre agências governamentais, organizações não-governamentais, setor privado e a comunidade.

4. Mobilização de Recursos: Identificação e alocação de recursos humanos, materiais e financeiros necessários para a resposta eficaz.

5. Implementação de Ações: Ações práticas para mitigar os impactos, como campanhas de vacinação, distribuição de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), instalação de unidades de atendimento emergencial e apoio psicossocial.

No contexto da pandemia de covid-19, a necessidade de criação de planos de contingência no Brasil tornou-se evidente devido à rápida disseminação do vírus e à sobrecarga dos sistemas de saúde. Estudos anteriores sobre a preparação para pandemias destacam a importância de uma abordagem integrada e multidisciplinar, que considere os aspectos biológicos, sociais, econômicos e psicológicos de uma crise de saúde pública (Gostin & Wiley, 2016).

A covid-19 trouxe à tona a importância de uma resposta rápida e coordenada. A demora na implementação de medidas de contenção e a falta de um plano de contingência bem estruturado podem resultar em uma propagação descontrolada do vírus, como foi observado em diversas partes do mundo. No Brasil, a criação de planos de contingência específicos para a covid-19 foi um passo crucial para enfrentar a crise. Estes planos incluíram a expansão da capacidade hospitalar, a aquisição de EPIs, a implementação de medidas de distanciamento social e a promoção de campanhas de vacinação em massa.

A teoria dos sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1979) é particularmente relevante ao considerar a criação de planos de contingência, pois enfatiza a interdependência entre diferentes níveis do sistema social. As repercussões da pandemia são dinâmicas e interdependentes; mudanças em um nível - seja individual, familiar, comunitário ou societal - podem desencadear efeitos cascata que reverberam em todo o tecido social. Portanto, as abordagens de intervenção e políticas públicas devem ser holísticas e sensíveis ao contexto, considerando tanto os aspectos psicológicos quanto os sociais.

Além disso, a literatura sobre gestão de crises sublinha a importância de um planejamento contínuo e da flexibilidade para adaptar-se a novas informações e circunstâncias. Isso envolve a capacidade de aprender com eventos passados e ajustar os planos de acordo com as lições aprendidas. No caso da covid-19, a constante evolução do conhecimento sobre o vírus e suas variantes exigiu uma adaptação contínua dos planos de contingência.

No Brasil, a resposta à pandemia de covid-19 também destacou a importância da colaboração entre diferentes níveis de governo e setores da sociedade. A descentralização do sistema de saúde brasileiro, com responsabilidades compartilhadas entre o governo federal, estadual e municipal, requer uma coordenação eficaz para garantir que os recursos sejam alocados de maneira eficiente e que as medidas de saúde pública sejam implementadas de forma consistente (Paim et al., 2011).

A experiência da covid-19 no Brasil sublinhou a necessidade de investir em infraestruturas de saúde robustas e em sistemas de vigilância epidemiológica que possam detectar e responder rapidamente a surtos. A implementação de tecnologia e a digitalização dos serviços de saúde também emergiram como componentes críticos para a gestão eficiente da pandemia, permitindo a rastreabilidade de contatos, a distribuição de vacinas e o monitoramento de casos em tempo real (WHO, 2020).

Em fevereiro de 2020, foi publicada a primeira edição do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus covid-19, pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE) covid-19, do MS. No entanto, este plano, publicado em caráter emergencial e ainda com pouca eficácia, foi reeditado em novembro de 2020 e no ano de 2021, dando destaque para medidas de resposta para infecção humana pelo novo vírus nos níveis de alerta, perigo iminente e Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Este documento abrangeu desde medidas básicas de prevenção, como

distanciamento social e uso de máscaras, até estratégias avançadas de tratamento hospitalar e vacinação em massa (Brasil, 2021b).

Além do plano de contingência nacional, cada estado brasileiro teve que elaborar e publicar rapidamente seus próprios planos de contingência para enfrentar os desafios impostos pela crise sanitária. As secretarias de saúde adaptaram as diretrizes nacionais às realidades locais, considerando densidade populacional, infraestrutura de saúde disponível e características epidemiológicas regionais. Esses planos variaram em termos de abrangência e especificidade, refletindo as diferenças regionais e a capacidade de resposta de cada estado.

Estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul se destacaram pela implementação de medidas robustas de saúde mental e atenção psicossocial. Estas medidas incluíam a criação de linhas telefônicas de apoio psicológico, a oferta de teleatendimento psicológico e a realização de campanhas de conscientização sobre a importância do cuidado com a saúde mental durante a pandemia (Secretaria de Estado de Saúde [SES]-SP, 2020; SES-RJ, 2020, SES-MG, 2020, SES-RS, 2020).

No entanto, nem todos os estados incluíram ações específicas de saúde mental em seus planos de contingência. Estados como Rondônia, Roraima e Amapá não priorizaram medidas de atenção psicossocial em suas estratégias iniciais. A ausência dessas ações refletiu uma lacuna significativa, considerando o impacto psicológico da pandemia, como aumento dos níveis de estresse, ansiedade e depressão entre a população. Essa falta de inclusão pode ser atribuída a vários fatores, incluindo limitações de recursos, falta de infraestrutura e priorização de medidas emergenciais de controle da propagação do vírus (SES-RO, 2021, SES-RR, 2020, SES-AP, 2020).

Vê-se que a resposta do Ministério da Saúde e do governo federal brasileiro foi marcada por graves problemas de coordenação e um forte viés negacionista. A retórica constante de dilema entre economia e saúde, contribuiu para a falta de sincronia nas medidas

emergenciais adotadas pelos diferentes níveis de governo. Essa desorganização foi exacerbada por uma liderança federal que frequentemente minimizou a gravidade da crise e promoveu incertezas, dificultando a ação coordenada entre os entes federativos. O resultado foi um cenário caótico, onde estados e municípios tiveram que agir de forma independente para tentar conter a propagação do vírus e proteger suas populações, muitas vezes sem o suporte e a orientação necessários de uma autoridade central coesa (Campos, et al., 2023).

A literatura sobre gestão de crises e desastres sublinha a importância de uma abordagem integrada que considere tanto os aspectos físicos quanto os psicológicos da saúde. Bronfenbrenner (1979), em sua teoria dos sistemas ecológicos, argumenta que a saúde individual é influenciada por múltiplos níveis de interação social e ambiental. Aplicada ao contexto da pandemia de covid-19, essa perspectiva sugere que a atenção psicossocial é crucial para uma resposta eficaz e holística.

A experiência da covid-19 no Brasil demonstrou a necessidade de integrar a saúde mental nos planos de contingência como um componente essencial para a gestão de crises de saúde pública (Brasil, 2021c, Ribeiro, 2022). A pandemia também destacou a importância da colaboração entre diferentes níveis de governo e setores da sociedade. A coordenação eficaz entre o governo federal, estadual e municipal é crucial para a alocação eficiente de recursos e a implementação de medidas de saúde pública consistentes. A descentralização do sistema de saúde brasileiro, apesar de seus desafios, permitiu uma adaptação mais rápida às necessidades locais (Fiocruz, 2020, Shimizu, et al. 2021, Viana Et al, 2023).

A implementação de tecnologia e a digitalização dos serviços de saúde emergiram como componentes críticos para a gestão eficiente da pandemia. Ferramentas de telemedicina e telepsicologia foram amplamente utilizadas para fornecer atendimento contínuo aos pacientes, minimizando o risco de exposição ao vírus. Essas inovações não só melhoraram a

acessibilidade aos serviços de saúde, mas também demonstraram o potencial para transformar o sistema de saúde brasileiro de maneira duradoura (WHO, 2020, Freire et al., 2023).

A pandemia de covid-19 sublinhou a importância de planos de contingência bem elaborados e a necessidade de incluir ações de saúde mental e atenção psicossocial como componentes essenciais. A experiência variada entre os estados brasileiros destacou tanto as melhores práticas quanto as áreas que necessitam de melhorias. Aprender com essa crise é crucial para fortalecer o sistema de saúde do Brasil e aumentar sua resiliência diante de futuras emergências sanitárias.

3.1 A Pandemia por Covid-19 como Desastre

A covid-19, doença que assolou o mundo de maneira mais intensa entre os anos de 2020 e 2021, se apresentou como um acontecimento trágico, não só pelos modos de transmissão e contágio acelerados, mas pela forma que arrebatou individualmente e coletivamente a população em sua saúde mental. Essa característica se aproxima do conceito de desastre atribuído por diversos autores que estudam intervenções em emergências e desastres, definindo-o como um fenômeno universal, que ao impactar desde indivíduos até nações inteiras, geram medo e insegurança por tirar-lhes as concepções que tinham da vida que levavam anteriormente (Cogo et al, 2015).

De acordo com a definição proposta pela Estratégia Internacional para a Redução de Desastres das Nações Unidas (UNISDR), um desastre é um evento repentino e catastrófico que causa graves perturbações no funcionamento de uma comunidade ou sociedade, resultando em perdas humanas, materiais, econômicas e ambientais que excedem a capacidade da comunidade afetada de lidar utilizando seus próprios recursos (UNISDR, 2009).

Neste contexto, a pandemia de covid-19 se enquadra perfeitamente como um desastre global, dada a sua natureza súbita e a escala de perturbação que causou em diversas esferas da vida humana. A pandemia não apenas levou a milhões de mortes, mas também resultou em colapsos nos sistemas de saúde, crises econômicas, interrupções educacionais, e impactos psicológicos significativos.

A Gestão Integrada de Riscos e Desastres (GIRD) surge como uma abordagem essencial para enfrentar eventos dessa magnitude. A GIRD é um processo sistemático de uso de políticas, planos e práticas administrativas para evitar, mitigar e preparar-se para riscos, e para responder e recuperar-se de desastres. Ela envolve a colaboração entre governos, organizações não-governamentais, setor privado e a comunidade em geral, com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade e aumentar a resiliência das comunidades (Cardona, 2003).

Durante a pandemia de covid-19, a GIRD demonstrou sua relevância através de várias ações, como a implementação de quarentenas e medidas de distanciamento social, o fortalecimento dos sistemas de saúde, e a mobilização de recursos econômicos para apoiar indivíduos e empresas afetadas. Contudo, a eficácia dessas medidas variou consideravelmente entre países e regiões, evidenciando a necessidade de sistemas mais robustos e integrados de gestão de riscos e desastres (Cunha, 2021).

Desde o seu início, em dezembro de 2019, a covid-19 foi rapidamente reconhecida como um desastre global devido à sua rápida disseminação, alta taxa de mortalidade e impacto devastador nos sistemas de saúde. As respostas a desastres naturais e causados pelo homem, como terremotos, furacões e ataques terroristas, têm sido amplamente estudadas na psicologia das emergências. Esses estudos fornecem uma base teórica e prática valiosa para entender e abordar os impactos psicológicos da covid-19 (Vieira et al., 2021).

O impacto da pandemia na saúde mental da população já era esperado e virou objeto de estudo de diversos pesquisadores, que queriam conhecer desde os fatores de risco e de

proteção até os principais tipos de adoecimento psíquico que ocorriam entre diferentes grupos. A busca por uma caracterização do cenário, nem sempre era acompanhada de mudanças na organização dos serviços de saúde, afinal a produção de conhecimento estava se dando na perspectiva de “trocar a roda com o carro andando”.

Nesse contexto, as categorias profissionais que têm sua prática voltada para a saúde mental, precisaram direcionar um olhar atento para o coletivo. Os fenômenos decorrentes de situações de endemias, epidemias e pandemias costumam ser de vivências de muito medo. Este foi o caso da pandemia por covid-19, dada a sua rápida propagação e alto número de casos graves e que evoluíram à óbito logo em seu primeiro ano.

Tais apontamentos são facilmente identificados no cenário vivenciado na pandemia por COVID-19, que exigiu do psicólogo da saúde uma prática norteada por princípios e diretrizes de intervenção semelhantes aos de situações de desastres, respeitando cada fase/onda da pandemia. Entre eles cabe citar, por exemplo, que o fenômeno ocasionado pela pandemia não se tratava de uma situação comum e por isso não seria incomum que as pessoas, uma vez afetadas, manifestassem reações emocionais e comportamentais diversas sem um caráter patológico (Cogo et al., 2015; Fiocruz, 2020).

Seguindo essa perspectiva, o cenário pandêmico, semelhante a um cenário de guerra, fez com que inúmeros profissionais da psicologia recorressem às teorias e técnicas da psicologia de emergências e desastres. Inter-relacionada com a psicologia da saúde, a psicologia das emergências e desastres volta seu estudo para as reações dos indivíduos e comunidades antes, durante e depois de situações desastrosas, contribuindo, portanto, com intervenções sobre respostas emitidas durante o problema, na fase de reabilitação e na de reconstrução (Coelho, 2022; Schmitz & Souza, 2022),

Na psicologia das emergências e desastres, desastres são geralmente caracterizados por sua capacidade de causar destruição significativa, interrupção do cotidiano e impactos

psicológicos profundos nos indivíduos e comunidades afetadas. Este campo da psicologia se dedica ao estudo e intervenção em situações de crise, focando na resposta emocional e comportamental das pessoas afetadas e na implementação de estratégias para promover a resiliência e a recuperação (Norris et al., 2002).

Uma característica central dos desastres é a capacidade de causar trauma psicológico. A pandemia de COVID-19 trouxe à tona a importância dessa área, ao evidenciar os impactos psicológicos profundos e generalizados, incluindo o aumento de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e outras condições de saúde mental. Foi uma fonte significativa de estresse e ansiedade para muitas pessoas, devido à incerteza constante, medo da infecção, perda de entes queridos e mudanças drásticas no estilo de vida (Pfefferbaum & North, 2020). Além disso, as medidas de contenção, como lockdowns e distanciamento social, embora necessárias para conter a propagação do vírus, exacerbaram sentimentos de isolamento e solidão, que são conhecidos por ter impactos negativos na saúde mental.

A grande vantagem de os profissionais da psicologia recorrerem ao embasamento teórico de suas ações no seio da psicologia das emergências e desastres, está relacionada com o fato deste campo ter sua atenção voltada para a saúde mental das pessoas afetadas. Fala-se em apoio psicossocial, com intervenções adequadas a cada momento da catástrofe. Isso quer dizer que podem ser desenvolvidas intervenções em crise, no ápice da resposta ao evento, mas sem perder de vista que ações preventivas e de promoção em saúde precisam ser aplicadas, juntamente com uma proposta de adaptação à nova realidade (Cogo et al., 2015; Schmitz & Souza, 2022; Trindade & Serpa, 2013).

A resposta psicológica a desastres inclui uma variedade de reações, desde o estresse agudo e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) até a resiliência e crescimento pós-traumático. Estudos sobre a pandemia mostraram que um número significativo de pessoas experimentou sintomas de ansiedade e depressão, enquanto outras demonstraram uma

capacidade notável de adaptação e resiliência (Brooks et al., 2020). A compreensão dessas variações nas respostas psicológicas é crucial para a formulação de intervenções eficazes.

Intervenções psicológicas em contextos de desastres geralmente se concentram em fornecer apoio imediato e contínuo às populações afetadas. No contexto da COVID-19, essas intervenções incluíram a expansão dos serviços de saúde mental, o uso de tecnologias de telemedicina para alcançar indivíduos em quarentena e a implementação de programas comunitários de apoio psicológico (IASC, 2020). A promoção de estratégias de enfrentamento saudáveis, como manter uma rotina regular, praticar exercícios físicos e buscar apoio social, foi incentivada para ajudar as pessoas a lidar com o estresse e a ansiedade. Esses esforços foram vitais tanto para a população em geral, que enfrentou isolamento social, perdas pessoais e incertezas quanto ao futuro, quanto para os profissionais de saúde, que lidaram com níveis extremos de estresse e esgotamento. Programas de apoio psicológico, linhas de atendimento emergencial e campanhas de conscientização sobre a saúde mental contribuíram para mitigar os efeitos negativos da pandemia (Ornell et al., 2020; Vieira et al., 2021).

A resiliência comunitária também é um conceito chave na psicologia dos desastres. Comunidades que possuem fortes redes sociais, liderança eficaz e acesso a recursos são mais capazes de se recuperar de desastres. Durante a pandemia de COVID-19, vimos exemplos de resiliência comunitária através de ações coletivas, como a organização de redes de apoio mútuo, iniciativas de voluntariado para ajudar os mais vulneráveis e campanhas de conscientização pública para promover comportamentos saudáveis (Silva et al., 2024).

Trindade e Serpa (2013) trazem em sua pesquisa com psicólogos que atuam com emergências e desastres que a conscientização da comunidade diante do desastre tem por fim protegê-la em futuras calamidades. Da mesma maneira, a magnitude de uma pandemia e o grau de vulnerabilidade em que as pessoas se encontram no momento vão determinar o grau

de impacto que terá sobre suas vidas. Isso se estende também ao sistema de saúde, que se não estiver preparado para um crescimento súbito da demanda por assistência, tenderá a ficar sobrecarregado gerando uma crise na saúde pública (Faro et al., 2020; Fiocruz, 2020).

Além dos impactos imediatos, os efeitos psicológicos de desastres podem ser prolongados. Estudos indicam que as consequências psicológicas da pandemia de COVID-19 podem persistir por anos, afetando o bem-estar mental de longo prazo das pessoas (Holmes et al., 2020). Isso destaca a necessidade de planejamento contínuo e investimento em serviços de saúde mental para abordar não apenas as necessidades imediatas, mas também os efeitos duradouros.

Em resumo, a pandemia de COVID-19, vista como um desastre global, trouxe à tona desafios significativos para a saúde mental e o bem-estar psicológico das pessoas. A aplicação de princípios da psicologia das emergências e desastres é essencial para entender e mitigar esses impactos. Ao promover a resiliência, fornecer suporte psicológico contínuo e implementar intervenções baseadas em evidências, é possível ajudar a sociedade a enfrentar e se recuperar de eventos catastróficos, como foi a pandemia por COVID-19.

Em seu estudo, Dantas (2021) demonstrou a urgência dos desafios referentes à saúde mental e a importância de formulação de estratégias de cuidado à população que considerem a RAPS como referência de cuidado de base territorial. Sabe-se que muito foi feito no período agudo da pandemia por COVID-19, mas o que foi e está sendo feito com o que foi aprendido, no período de recuperação e reconstrução da RAPS? Que tipo de análise crítica os profissionais de saúde da RAPS conseguem fazer sobre o que existia, o que existe e sobre a possibilidade de oportunizar novos arranjos de cuidado em saúde mental?

Capítulo 4- Objetivos

O objetivo de um trabalho de pesquisa científica é definir claramente o propósito e a direção do estudo, fornecendo uma estrutura organizada para investigar uma questão específica dentro do campo de conhecimento. Segundo Neuman (2019), o objetivo da pesquisa desempenha um papel fundamental na delimitação do escopo do estudo, orientando o pesquisador na formulação de hipóteses, na coleta e análise de dados, e na interpretação dos resultados.

Ao redigir a tese resultante da pesquisa, é essencial apresentar tanto o objetivo geral quanto os objetivos específicos de forma detalhada e precisa. O objetivo geral representa a meta principal que o estudo visa alcançar, proporcionando uma visão ampla do que se pretende explorar ou investigar na pesquisa. Por outro lado, os objetivos específicos delineiam metas menores e mais detalhadas que auxiliam na consecução do objetivo geral, guiando o desenvolvimento das etapas metodológicas do estudo (Neuman, 2019).

A definição clara dos objetivos geral e específicos não apenas organiza o desenvolvimento da tese, mas também facilita a comunicação do propósito da pesquisa aos leitores e à comunidade acadêmica. Diante desta premissa, seguem os objetivos deste estudo, que serão articulados aos resultados, ao longo da discussão deste trabalho.

4.1 Objetivo geral:

Conhecer as repercussões psicossociais da pandemia por COVID-19, a partir da atuação dos profissionais de saúde que atuam em CAPS ao longo e no pós-pandemia de COVID-19

4.2 Objetivos específicos:

- 1) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos entrevistados;
- 2) Conhecer a demanda de Saúde Mental e Atenção Psicossocial identificada pelos profissionais de saúde ao longo e no pós-pandemia de COVID-19
- 3) Identificar os dispositivos de cuidado em saúde mental disponíveis e/ou que foram desenvolvidos pelos profissionais de saúde para responder às demandas de saúde mental ao longo e no pós-pandemia;
- 4) Conhecer o que está sendo desenvolvido no processo de recuperação/reconstrução da Rede de Atenção Psicossocial pós-pandemia, na perspectiva dos profissionais de saúde entrevistados.

Capítulo 5- Percurso Metodológico

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo transversal e de natureza exploratória-descritiva, considerando a natureza do objeto a ser investigado. A abordagem qualitativa é amplamente utilizada em pesquisas em psicologia devido à sua capacidade de explorar profundamente fenômenos complexos e subjetivos. Esse tipo de pesquisa busca compreender experiências, significados e processos sociais a partir da perspectiva dos participantes. Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa refere-se a uma questão particular, e se preocupa com as ciências sociais em um grau de realidade que não pode ser quantificado. Neste tipo de pesquisa trabalha-se com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos procedimentos e dos fenômenos.

Na pesquisa qualitativa o verbo principal é compreender, que significa ter a capacidade de colocar-se no lugar do outro, levando em conta a singularidade e subjetividade do indivíduo. Busca-se a obtenção de dados descritivos, por meio do contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto do estudo, abrangendo um conjunto de técnicas interpretativas que têm como objetivo descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, a partir da perspectiva dos participantes da situação estudada. Assim, a metodologia qualitativa pretende apreender a realidade social, considerando que esta é influenciada por forças individuais e de grupo (Minayo, 2012).

O delineamento de um estudo qualitativo envolve várias etapas, cada uma crucial para garantir a validade e a riqueza dos dados coletados. São elas: 1) Formulação do Problema de Pesquisa, 2) Revisão da Literatura, 3) Escolha do Método de Coleta de Dados, 4) Seleção dos

Participantes, 5) Coleta de Dados, 6) Análise de Dados e 7) Validade e Confiabilidade (Minayo, 2010).

O estudo utilizou um delineamento qualitativo, com amostragem intencional, buscando profissionais de saúde de quatro categorias (psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) que atuavam nos três CAPS da rede municipal durante a pandemia de COVID-19 nos anos de 2020 e 2021. A seleção inicial dos participantes seguiu critérios de inclusão previamente definidos, como a atuação no CAPS durante o período mencionado e a representação das categorias profissionais. Dessa forma, a expectativa inicial era contar com ao menos um representante de cada categoria em cada unidade, totalizando no mínimo 12 participantes.

Entretanto, em um dos CAPS, uma das categorias profissionais não possuía representante que atendesse aos critérios de inclusão. Apesar disso, as entrevistas realizadas atingiram um ponto de redundância informacional, ou seja, as narrativas dos participantes já apresentavam padrões claros de repetição e aprofundamento suficientes para responder aos objetivos da pesquisa.

O conceito de saturação foi utilizado como referência para interromper a coleta de dados, conforme descrito por Fontanella, Ricas e Turato (2008). Contudo, considerando o contexto específico desta pesquisa, a saturação não foi aplicada como critério exclusivo para justificar o número de participantes. A decisão também considerou a composição limitada das equipes e as características do universo estudado. Minayo (2010) destaca que, na abordagem qualitativa, a relevância das informações não está atrelada ao número de entrevistados, mas à profundidade e à diversidade das percepções obtidas.

Assim, a amostra final refletiu a adequação entre o número de participantes disponíveis dentro dos critérios estabelecidos e a capacidade de alcançar as respostas necessárias para a compreensão do objeto de estudo. Essa abordagem garantiu uma análise

rica e contextualizada, respeitando tanto os limites práticos quanto os fundamentos epistemológicos da pesquisa qualitativa.

5.2 Cenário da Pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de São Luís, estado do Maranhão, em serviços do tipo CAPS de gestão municipal, de todas as modalidades, e que funcionaram durante os dois primeiros anos da pandemia por COVID-19 (2020-2021). Tal critério de inclusão foi pensado por possibilitar o acesso à vivência dos profissionais da atenção psicossocial nesse contexto. Assim, foram considerados todos os serviços do tipo CAPS de gestão municipal de todas as modalidades: CAPS adulto, CAPS AD e CAPSi.

O cenário do estudo é o município de São Luís, capital do estado do Maranhão, localizado na região Nordeste. De acordo com o site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de São Luís possui área territorial de 583,063km² e população estimada de 1.115.932 pessoas. Com densidade demográfica de 1.215,69hab/km², apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,768 e PIB per capita de 29.823,95 reais (IBGE, 2021).

Nascida no mar, a cidade de São Luís formou-se na península que avança sobre o estuário dos rios Anil e Bacanga. Fundada por franceses em 1612, foi incorporada por portugueses três anos depois (1615), além de ter sido dominada por um breve período por holandeses (1641-1644).

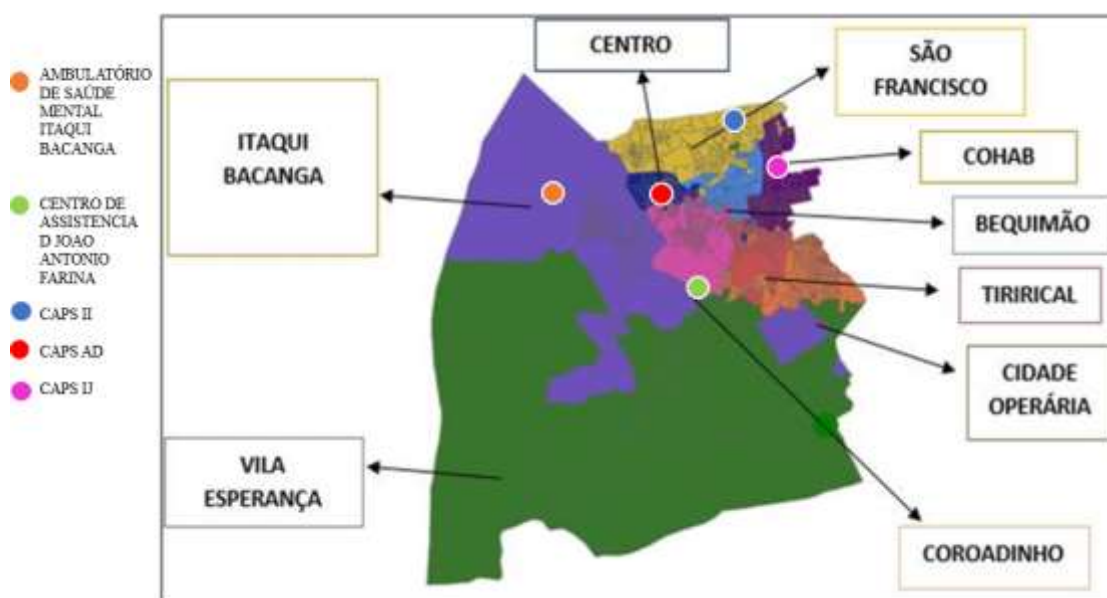
Com forte característica de porto fluvial e marítimo, a capital maranhense é a quinta cidade mais antiga do país. A cidade conta com monumentos históricos, patrimônios culturais, gastronômicos, além de manifestações tradicionais e festas populares. Possui, ainda, um centro histórico formado com mais de três mil edificações de grande valor histórico e artístico, que ainda possuem ruas e calçadas de pedras, além de fachadas

azulejadas e casarões com características do período colonial. São Luís possui um cenário de expressões culturais com forte tradição de danças, ritmos e cantorias, manifestadas ao longo do ano em festas religiosas e populares (IBGE, 2010).

Segundo do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 do município de São Luís, publicado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS, 2021), para a gestão dos serviços de saúde o município é dividido em nove distritos sanitários.

No componente da Atenção Psicossocial Especializada, o município de São Luís apresenta dois ambulatorios de saúde mental voltados para crianças e adolescentes e adultos; um CAPS II, um CAPS AD, e um CAPSi (Figura 1).

(Figura 1) – Ambulatórios especializados em saúde mental da rede municipal de saúde de São Luís-MA, distribuídos por Distritos Sanitários. Adaptado de SEMUS, 2021.



Fonte: Desenvolvido pela autora

Os ambulatorios voltados para a criança e adolescentes são conhecidos como Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCA) e funcionam em dois serviços da cidade, que também atendem a população adulta: Ambulatório de Saúde Mental Itaqui Bacanga e Centro de Assistência D'João Antônio Farina.

No momento da elaboração do projeto de pesquisa e submissão à Plataforma Brasil, foi possível identificar quatro serviços municipais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos

de Saúde (CNES) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que respondiam como CAPS, sendo eles: um CAPS II, um CAPS AD, um CAPSi e o Centro de Assistência Dom João Antônio Farina.

5.3 Participantes

Este estudo envolveu profissionais de saúde da RAPS, dos serviços do componente de Atenção Psicossocial Especializada, que funcionaram durante os dois primeiros anos da pandemia (2020 e 2021). Foram considerados para a pesquisa quatro categorias profissionais da equipe mínima do CAPS, sendo pelo menos um médico psiquiatra, um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social de cada serviço que fez parte do estudo. A inclusão dessas quatro categorias profissionais foi pensada por possibilitar o alcance dos objetivos da pesquisa, permitindo uma visão abrangente das práticas de cuidado e das questões relacionadas aos processos de trabalho dentro dos CAPS.

5.4 Procedimentos para realização da pesquisa

Na presente pesquisa, os procedimentos para coleta de dados foram rigorosamente planejados e executados, seguindo diretrizes metodológicas específicas. Primeiramente, realizou-se um levantamento detalhado dos CAPS disponíveis, utilizando como fonte o CNES no site do DATASUS, no primeiro semestre de 2023. Na época do levantamento, foram identificados quatro serviços municipais: um CAPS II, um CAPS AD, um CAPSi, além do Centro de Assistência Dom João Antônio Farina, conhecido como "Farina". Apesar deste último não ser formalmente um CAPS, mas um ambulatório de saúde mental, foi

inicialmente considerado no estudo por estar cadastrado “erroneamente” na seção de centro de atenção psicossocial.

Após a definição desse cenário, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação da superintendência de Educação em Saúde da SEMUS, que solicitou a autorização da gestão dos quatro serviços para a coleta de dados. Após a aprovação, a SEMUS emitiu uma carta de autorização, que foi submetida à Plataforma Brasil para aprovação ética. Com a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências Humanas e Sociais (CCHS) da Universidade de Brasília (UnB), em abril de 2024, a pesquisadora obteve a carta de anuência da SEMUS (Anexo II) e iniciou as visitas aos serviços.

Durante as visitas, foi constatado que o ambulatório "Farina" não estava mais cadastrado como CAPS, mas sim como Centro de Especialidade, sendo assim excluído do estudo conforme a nova classificação.

Os convites aos profissionais de saúde foram realizados por contato telefônico ou durante visitas presenciais aos CAPS. No primeiro contato, a pesquisa foi apresentada aos profissionais, momento em que foram explicados os objetivos do estudo, o método que seria utilizado e as considerações bioéticas pertinentes. Após o aceite para participação voluntária da pesquisa, foi agendada uma entrevista individual com cada profissional, com duração média entre 20 a 30 minutos.

Todos os profissionais convidados concordaram em participar da pesquisa. Em apenas um CAPS não foi possível entrevistar profissionais de todas as categorias incluídas no estudo, pois não havia alguém que preenchesse os critérios estabelecidos pelo estudo.

Esses passos metodológicos garantiram uma coleta de dados sistemática e ética, assegurando a qualidade e a validade dos resultados obtidos na presente investigação.

5.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Para a coleta dos dados qualitativos, foi utilizada a técnica de entrevista e os instrumentos: um questionário estruturado e um roteiro de entrevista semiestruturada. Foram realizadas aplicações de maneira presencial, levando em consideração as escalas dos profissionais nos serviços e suas disponibilidades para encaixe da entrevista.

Inicialmente, foi aplicado o questionário estruturado (Apêndice III), que contou com perguntas fechadas, visando captar aspectos sociodemográficos dos sujeitos do estudo.

Em seguida, foi realizada entrevista individual, tendo como instrumento o roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice IV), que contou com perguntas abertas. Segundo Minayo (2010), o roteiro de entrevista semiestruturada permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador e ao entrevistador realizar perguntas a partir de tópicos definidos previamente que levem a uma maior compreensão do objeto de estudo. As perguntas seguiram três categorias temáticas prévias: 1. Demanda de Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Contexto da Pandemia e Pós-Pandemia, Dispositivos de Cuidado em Saúde Mental Desenvolvidos e Disponíveis e Reconstrução da Rede de Atenção Psicossocial Pós-Pandemia.

Na entrevista semiestruturada é importante formular perguntas abertas que permitam uma exploração profunda dos temas de interesse na pesquisa qualitativa e para capturem perspectivas detalhadas e nuances significativas dos participantes (Creswell, 2014). Assim, foram feitas perguntas que permitiram aos entrevistados discorrerem sobre suas experiências, sentimentos e pontos de vista sem restrições excessivas. Buscou-se maximizar a compreensão dos fenômenos estudados através de perguntas que incentivaram respostas detalhadas e reflexivas, contribuindo para uma análise rica e aprofundada dos dados coletados.

As entrevistas foram gravadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) e posteriormente transcritas. Tanto a coleta de dados quanto a transcrição foram realizadas pela pesquisadora. A identidade dos entrevistados foi preservada e seu anonimato assegurado, para tanto as entrevistas foram codificadas utilizando-se a letra E, seguida do número que representa a ordem da realização de cada uma.

5.6 Metodologia de Análise dos Dados

A análise das entrevistas foi realizada utilizando a Análise temática. A escolha desta modalidade relaciona-se com o fato dela ser uma das mais usadas na área da saúde em pesquisa qualitativa. Segundo Braun e Clarke (2006), o método da Análise Temática de dados qualitativos é proposto para identificar, analisar, interpretar e expor padrões, ou seja, temas, sendo um método flexível e útil para a pesquisa em psicologia. As autoras apontam que este tipo de método de análise tem início desde o momento em que pesquisador procura por padrões de significados durante a coleta de dados, assim como por questões que interessem à sua pesquisa.

Braun e Clark (2006) propõem seis etapas a serem seguidas para que seja realizada a Análise Temática de dados. Para realizar a análise dos dados desse trabalho foram seguidas tais etapas, organizadas e adaptadas por Souza (2019) (Figura 2).

Figura 2- Seis fases da Análise Temática, proposta por Braun e Clark (2006) e adaptada por Souza (2019).

Fase	Descrição
1) Familiarização com dados	Transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o banco; anotar ideias iniciais durante o processo.
2) Gerando códigos iniciais	Codificar aspectos interessantes dos dados de modo sistemático em todo o banco; reunir extratos relevantes a cada código.
3) Buscando temas	Reunir os códigos em temas potenciais; unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
4) Revisando os temas	Checar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao banco de dados como um todo; gerar mapa temático da análise.
5) Definindo e nomeando os temas	Refinar os detalhes de cada tema e a história que a análise conta; gerar definições e nomes claros a cada tema.
6) Produzindo o relatório	Fornecer exemplos vívidos; última análise dos extratos escolhidos na relação com pergunta de pesquisa e literatura; relato científico da análise.

Fonte: Souza, 2019.

Souza (2019) destaca a importância de conduzir a análise dos dados com flexibilidade e tendo como norte a pergunta da pesquisa. Neste estudo, a pergunta da pesquisa foi: Como os profissionais de saúde que atuam em CAPS percebem e descrevem as repercussões psicossociais da pandemia por COVID-19 ao longo do período de crise e na fase de pós-pandemia?

No estudo, a pergunta visou explorar profundamente as experiências, percepções e estratégias dos profissionais de saúde mental durante e após a pandemia, buscando compreender os impactos psicossociais e as mudanças na RAPS, resultantes desse período desafiador. As etapas que foram seguidas para a análise dos dados foram:

I- Etapa de familiarização com os dados: considerada como “pedra fundamental” da análise, trata-se do momento em que é realizada uma leitura exaustiva, flutuante e interrogativa de todo o material coletado. Envolve a coleta de dados, transcrição e revisão. A leitura exaustiva permite a familiarização com os dados e a identificação de possíveis padrões. Faz-se importante realizar anotações com ideias preliminares de codificação (Souza, 2019).

A transcrição dos dados, utilizando o recurso "Transcrever" do processador de texto Microsoft Word, facilitou significativamente o processo de análise inicial na pesquisa. A ferramenta permitiu uma boa conversão das gravações das entrevistas em texto escrito.

Após a transcrição inicial, foi realizada uma revisão minuciosa do texto transcrito. Este passo foi crucial para garantir a precisão e integridade dos dados, identificando possíveis erros de transcrição e assegurando que todos os detalhes fossem corretamente registrados. Durante essa revisão, também foram feitas anotações preliminares e observações sobre ideias emergentes, que posteriormente seriam exploradas na análise temática.

A combinação do recurso "Transcrever" do Microsoft Word com revisões subsequentes e a aplicação da codificação inicial foi fundamental para iniciar o processo analítico de forma estruturada e rigorosa, assegurando uma base sólida para as etapas subsequentes da Análise Temática.

II- Etapa de geração dos códigos iniciais: nesta etapa, cabe ao analista produzir códigos iniciais, organizando os dados em grupos que agrupam significados. Nesse momento o material é explorado, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, são procuradas expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizam, para se fazer a ordenação das categorias empíricas. Esta etapa de codificação é menos abrangente e antecede a geração dos temas, podendo ser realizada manualmente ou por softwares de análise de dados (Souza, 2019).

Este momento da análise envolveu a aplicação da Codificação Aberta, um processo essencial na Análise Temática. Nesta fase, que foi realizada manualmente (por preferência da pesquisadora), os códigos foram atribuídos de maneira livre e ampla, buscando identificar qualquer elemento potencialmente relevante dentro do texto transcrito. Os códigos consistiam em palavras ou frases que sintetizavam ideias, conceitos ou temas emergentes das falas dos entrevistados.

Essa abordagem permitiu uma exploração inicial das diferentes perspectivas e experiências expressas pelos participantes. Os códigos iniciais serviram como um meio de organizar o material bruto em unidades de significado, preparando o terreno para análises mais profundas e a identificação de padrões e conexões entre os dados. Posteriormente, os códigos foram refinados e organizados em categorias e subcategorias e suas relações foram exploradas.

III- Etapa da busca de temas: uma vez realizada uma longa lista de diferentes códigos, o pesquisador deve classificá-los em temas em potencial. A análise dos códigos deve favorecer sua combinação para a formação de temas abrangentes. Souza (2019) sugere a elaboração de um mapa temático, com representações visuais que facilitem a distribuição dos códigos em temas. Nesta etapa são construídos os temas e subtemas, sendo um momento em que é feita a análise e visto se eles se sustentam onde estão.

IV- Etapa de revisão dos temas: considerada a etapa de refinamento dos temas, neste momento o pesquisador deve olhar para todos os candidatos a temas e analisar se precisam ser combinados, refinados e separados, ou até mesmo descartados. Deve-se ler os extratos reunidos para cada tema e ver se há um padrão coerente. Uma vez que se tenha um candidato a mapa temático, deve-se reler todo o banco de dados e analisar se os temas funcionam com relação ao banco. Uma vez que o processo de refinamento dos dados não acrescenta mais nada substancial, deve-se parar e seguir para a próxima etapa (Souza, 2019).

Nessa etapa, cada tema foi analisado individualmente e nas suas relações, para garantir que não houvesse sobreposição excessiva ou lacunas importantes na análise. Todos os extratos de dados que foram agrupados sob cada tema foram lidos, com o objetivo de verificar se havia um padrão coerente e significativo dentro de cada tema. Por exemplo, para o tema "Demandas Específicas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial Durante a

Pandemia", foi garantido que todos os códigos relacionados às demandas de saúde mental durante a pandemia formassem um conjunto coeso e representativo.

Uma vez que os temas foram refinados internamente, foi feita uma releitura de todo o banco de dados para verificar se os temas funcionavam com relação ao conjunto de dados como um todo. Isso implicou em assegurar que os temas propostos capturassem a essência dos dados e que cada extrato de dados relevante fosse incluído em algum tema.

Durante essa releitura, foi necessário fazer ajustes finais, combinando temas que eram muito similares, separando temas que continham subtemas distintos ou até mesmo descartando temas que não eram suficientemente apoiados pelos dados.

O processo de refinamento continuou até que a análise dos dados não acrescentasse mais nada substancial, quando foi possível atingir um ponto de saturação, onde todos os temas ficaram coerentes, bem definidos, representando fielmente os dados coletados. Quando a etapa de revisão concluída, foi possível seguir para a próxima fase da análise.

V- Etapa de definição e nomeação dos temas: nesta etapa já é possível identificar a essência de que trata cada tema. A análise sobre as categorias empíricas encontradas exige um olhar mais profundo sobre as mesmas, onde serão realizadas inferências e interpretações, relacionando os núcleos de sentido com o quadro em estudo. Esta última análise permite que se faça uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos. O pesquisador deve realizar uma análise detalhada de cada tema, identificando a história de que cada tema trata e sua relação com a pergunta de pesquisa. A verificação da consistência de um tema pode ser feita diante da tentativa de descrevê-lo em poucas linhas.

Nessa etapa, cada tema identificado refletiu um aspecto crucial das repercussões psicossociais da pandemia de COVID-19 percebidas pelos profissionais de saúde que atuam nos CAPS. Com a análise aprofundada de cada tema, foi possível identificar a história que

cada um contou e sua relação com a pergunta de pesquisa. Tal análise garantiu uma interface clara entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta aos objetivos propostos e oferecendo uma visão abrangente das experiências e percepções dos profissionais de saúde durante e após a pandemia.

VI- Etapa de produção do relatório: a análise final e escrita do relatório exige uma descrição precisa, com coerência e lógica, que valide o método de análise aplicado. Uma boa descrição deve apresentar temas com extratos de dados suficientes para serem agrupados ali. Podem ser fornecidos exemplos ou extratos de dados, com uso de ilustrações e figuras de diferenciem níveis de temas, porém deve-se construir um argumento na articulação com a pergunta de pesquisa (Souza, 2019).

A escrita deste relatório foi realizada até o início do mês de julho de 2024, porém é importante destacar que um trabalho de pesquisa nunca fica totalmente finalizado. Sempre haverá possibilidades de gerar novas perguntas, que apontam para novas direções de pesquisa.

A noção de que um trabalho de pesquisa nunca está totalmente finalizado reflete a dinâmica e a complexidade da investigação científica. Cada estudo contribui para um corpo de conhecimento maior, que está em constante expansão e refinamento. A pesquisa é, portanto, um processo contínuo de descoberta e reavaliação.

5.7 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília (UnB), de acordo com a Resolução CNS – MS 466/12 e suas complementares e aprovada segundo Parecer de Número 6.718.798 (Anexo

I). Tal comitê tem caráter inter e transdisciplinar e conta com profissionais da área biomédica, ciências sociais e humanas, além de usuários do sistema de saúde.

A coleta de dados foi realizada logo após a aprovação da pesquisa pelo CEP, no início de abril de 2024 e até o final de maio. As entrevistas foram realizadas após assinatura do TCLE e a identidade dos entrevistados foram preservadas, assegurando seu anonimato. Para que os entrevistados não fossem identificados, seus nomes foram codificados utilizando-se a letra E, seguida do número que representa a ordem da realização das entrevistas.

A pesquisa apresentou risco mínimo aos participantes. No entanto, a pesquisadora considerou a possibilidade de os participantes apresentarem algum desconforto emocional ao falarem de suas experiências e, enquanto psicóloga de formação, disponibilizou acolhimento inicial e orientação para possíveis encaminhamentos.

Capítulo 6 – Resultados e Discussão

Os resultados deste estudo começaram a ser escritos desde o momento da análise dos dados coletados, que segundo Braun e Clark (2006), inicia na primeira etapa de familiarização com os dados, a partir de uma imersão profunda nas entrevistas.

Após a familiarização com os dados, foi iniciada a codificação sistemática de todas as informações relevantes. Esses códigos foram organizados de forma a capturar as nuances e diversidade das respostas dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1- Códigos Iniciais gerados por aplicação de codificação aberta

Pré-Categoria Temática	Códigos Iniciais
Demanda de Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Contexto da Pandemia e Pós-Pandemia	- Aumento significativo de casos de ansiedade e depressão. - Medo da doença e isolamento social agravando condições de saúde mental. - Aumento no abuso de substâncias como mecanismo de enfrentamento. - Aumento de atendimentos emergenciais presenciais. - Situação de rua. - Vagas mínimas. - Abrigos improvisados. Atendimento online. - Testes de COVID-19. - Aumento de transtornos. - Aumento do consumo de drogas. - Aumento de casos de ansiedade entre crianças e adolescentes. - Medo da doença, perda de rotina escolar e isolamento social como fatores agravantes. - Aumento na procura por atendimento devido a conflitos familiares exacerbados pelo confinamento. - Sentimento de isolamento. - Sobrecarga e incerteza. - Impacto do isolamento social e interrupção escolar. - Aumento nas necessidades de crianças e adolescentes. - Dificuldades financeiras e problemas familiares.
Dispositivos de Cuidado em Saúde Mental Desenvolvidos e Disponíveis	- Implementação de atendimentos remotos (telefone e videoconferência). - Orientações e suporte familiar online. - Implementação do teleatendimento. - Ajustes nos serviços presenciais (medidas de segurança e redução de atendimentos). - Aumento de atividades terapêuticas virtuais. - Atendimentos individuais ambulatoriais. - Reforço de parcerias com escolas e outras instituições para apoio a crianças e adolescentes vulneráveis. - Criação e distribuição de materiais de educação em saúde para as famílias. - Distribuição de máscara e álcool. - Parcerias com outras instituições. - Abrigo no Castelão para população em situação de rua. - Auxílio emergencial. Inserção social pelo CRAS.
Reconstrução da Rede de Atenção Psicossocial Pós-Pandemia	- Problemas enfrentados pelos pacientes para acessar o atendimento remoto - Continuidade do uso de atendimentos remotos. - Fortalecimento da rede de apoio presencial. - Reestabelecimento de contatos e parcerias interrompidas durante a pandemia. - Preparação dos profissionais para demandas emergentes e consequências de longo prazo na saúde mental. - Integração de serviços presenciais e remotos. - Criação de novos protocolos de atendimento. - Fortalecimento da rede de apoio comunitário. - Investimento na formação de profissionais. - Continuidade dos serviços do CAPS. - Ampliação do número de profissionais e de CAPS

Fonte: Desenvolvido pela autora

Na sequência, foi feito o agrupamento dos códigos iniciais em temas potenciais. A construção de um mapa temática contribuiu para a identificação de padrões mais amplos e temas recorrentes dentro dos dados (Tabela 2).

Tabela 2 - Mapa Temático: organização dos códigos iniciais dentro dos grandes temas

Tema 1: Demandas Específicas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial Durante a Pandemia
- Pouca adesão ao atendimento ambulatorial
- Demandas de ansiedade, depressão e outros tipos de transtornos
- Não houve demanda de atendimento remoto, mas os médicos que ficaram afastados do serviço fizeram teleatendimento de casa
- Profissionais com medo pela sua própria saúde, ficaram resistentes ao retorno das atividades coletivas
- O medo do contágio promoveu a restrição e limitação das ações (tanto nos ambulatórios, como na ABS, entre os ACS, por exemplo)
- A vontade de ajudar e fazer algo teve que ser ressignificada, pela magnitude do evento e pela possibilidade de não retornar para o CAPS. Isso provocou angústia.
- Crises de angústia por medo adoeecer e de morrer pela doença, de ser contaminada, de algum familiar morrer, das pessoas ao redor serem descuidadas quanto às medidas sanitárias
- Demanda de atendimento a pessoas em situação de rua, à procura de atendimento e abrigo
- Aumento da comercialização e uso de drogas
- Medo da doença, perda de rotina escolar e isolamento social como fatores agravantes.
Tema 2: Dispositivos de Cuidado em Saúde Mental e a Recuperação da RAPS
- Teleatendimento dos médicos com mais de 60 anos que estavam em casa
- Grupo de WhatsApp para passar informações sobre o funcionamento do serviço
- Atendimento individual de portas abertas
- Não teve cessão de profissionais para atividades em outros serviços, para não desfaltar a equipe
- A articulação com a ABS foi perdida antes da pandemia, então durante não foi feita
- Não houve o esforço de fazer busca ativa de sofrimento mental durante a pandemia
- Ações de educação em saúde voltadas para o controle do contágio da COVID-19
- Fluxograma envolvendo abrigo, equipe de CRAS
- Necessidade de aumentar o número de CAPS
- Necessidade de ampliar as equipes dos CAPS
- Necessidade de fortalecer as articulações intersetoriais
- Saúde Mental na ABS pode favorecer o acesso à assistência àqueles que tem vergonha ou não saem dos seus bairros por conflitos de facção

Fonte: Desenvolvido pela autora

As fases subsequentes envolveram a revisão, definição e nomeação dos temas, em que foram criadas descrições detalhadas para cada tema, destacando suas especificidades e inter-relações.

A seguir, será exposto o relatório final dos resultados, articulados em uma narrativa coerente e compreensiva dos dados analisados e ilustrados com exemplos específicos das transcrições para fortalecer a análise.

6.1 Perfil Sociodemográfico dos Entrevistados

Participaram desta pesquisa 11 profissionais de saúde, entre médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, atuantes nos três tipos de CAPS de gestão municipal de São Luís-MA: CAPS II, CAPS AD e CAPSi. O perfil sociodemográfico dos entrevistados revelou uma amostra diversificada e qualificada de profissionais de saúde mental presente nos serviços.

A maioria dos entrevistados era do gênero feminino, com idades variando entre 29 e 79 anos. A amostra apresenta uma média de 10 anos de tempo de atuação nos CAPS, o que indica uma experiência consolidada na área de saúde mental.

Entre os profissionais, há uma diversidade nos estados civis, incluindo casados, solteiros, divorciados e em união consensual. A maioria possui filhos, o que pode influenciar na percepção e nas repercussões psicossociais da pandemia, considerando a responsabilidade familiar associada às exigências profissionais.

Todos os entrevistados possuem formação superior, com uma expressiva maioria tendo realizado pós-graduação em áreas relacionadas à saúde mental. Entre os cursos de pós-graduação mencionados estão residências em psiquiatria, especializações em saúde mental, saúde da família e gestão de saúde.

A presença de uma equipe especializada em saúde mental em um CAPS tem um impacto significativo na prática profissional e na qualidade do atendimento. Considerando que os programas de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial costumam voltar seu conteúdo programático para a realidade dos serviços, espera-se que uma equipe especializada esteja preparada para aplicar intervenções baseadas em evidências e técnicas atualizada; esteja apta a desenvolver planos de cuidado individualizados, com colaboração interdisciplinar e desenvolva ações de engajamento com a comunidade e suporte aos familiares. Essa preparação e capacidade são fundamentais para enfrentar os desafios

dinâmicos do campo da saúde mental e garantir a eficácia dos tratamentos oferecidos, promovendo um atendimento integral e adaptado às necessidades específicas de cada usuário.

Muitos profissionais também mantêm outros empregos na área da saúde mental, o que reflete a necessidade de múltiplas fontes de renda. Além disso, foi possível identificar que alguns profissionais atuam em diferentes níveis de serviço (municipal e estadual). Este fato que pode favorecer a integração e a comunicação entre essas esferas e ser benéfico para o tratamento dos pacientes, no entanto, essa integração precisa ser bem coordenada e estruturada.

A renda mensal dos entrevistados varia significativamente, com alguns ganhando entre um e três salários-mínimos, enquanto outros atingem recebem acima de nove salários-mínimos. Esta variação pode estar relacionada tanto ao nível de formação quanto à carga horária e aos diferentes vínculos empregatícios.

Nove entrevistados se declararam cristãos e apenas um não é natural do estado do Maranhão, o que pode influenciar na visão de mundo e na abordagem profissional em relação às questões psicossociais e de saúde mental.

Apenas um entrevistado declarou possuir doenças prévias e somente quatro utilizaram serviços de atenção psicossocial durante a pandemia. Apesar de ter sido baixo o número de profissionais de buscou atendimento em saúde mental, o fato do uso desses serviços ter sido necessário, reflete a pressão e o impacto emocional enfrentado pelos profissionais de saúde durante a crise sanitária.

Os dados sociodemográficos dos entrevistados mostram um grupo diversificado de profissionais de saúde com diferentes formações, tempos de atuação e contextos pessoais, o que pode influenciar significativamente suas percepções e vivências das repercussões psicossociais da pandemia. Esta diversidade é crucial para compreender as múltiplas facetas do impacto da COVID-19 sobre o processo de trabalho nos serviços e na Rede, fornecendo

insights valiosos para a formulação de políticas públicas e estratégias de intervenção em saúde mental em tempos de crise sanitária.

Durante a pandemia, as demandas de saúde mental aumentaram consideravelmente, evidenciando uma série de desafios para os CAPS. A literatura aponta que crises globais, como pandemias, intensificam sintomas de ansiedade, depressão e outros transtornos mentais devido ao aumento do estresse, isolamento social e incertezas. Cada modalidade de CAPS enfrentou desafios únicos: o CAPS AD teve aumento no uso de substâncias; o CAPSi viu regressão nos tratamentos e aumento de comportamentos auto lesivos e ideação suicida. No CAPS Adulto, crises de ansiedade e pânico foram frequentes, com entrada de novos pacientes fora do perfil típico.

Os dados analisados a partir das entrevistas permitiram uma aproximação com a realidade de trabalho das equipes dos CAPS e foram agrupados em dois temas: Demandas de saúde mental e atenção psicossocial durante a pandemia e Dispositivos de Cuidado em Saúde Mental e a Recuperação da RAPS.

6.2 Demandas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial Durante a Pandemia

Este tema abrange as diversas formas como a pandemia afetou a saúde mental dos indivíduos atendidos pelos CAPS, destacando as principais demandas e desafios psicossociais enfrentados. Os resultados serão discutidos na sua relação com a pergunta de pesquisa "Como os profissionais de saúde que atuam em CAPS percebem e descrevem as repercussões psicossociais da pandemia por COVID-19 ao longo do período de crise e na fase de pós-pandemia?".

6.2.1 Demandas Emergentes nos CAPS

Durante a pandemia por COVID-19, o medo do “desconhecido” fez com que muitas pessoas buscassem o serviço, com sintomas de ansiedade e pânico. Um fato que chamou a atenção dos entrevistados, foi o aumento da procura por atendimento por jovens e adolescentes.

Na entrevista de E09, é citado que jovens entre 18 e 20 anos, que não costumavam ir ao CAPS, passaram a buscar o serviço. Um fator que contribuiu foi o aumento do uso de mídias sociais e a exposição contínua a notícias perturbadoras sobre a pandemia, que contribuíram para o aumento da ansiedade e do estresse entre os jovens. Demandas como “medo de ficar sozinho” e de “adoecer e “ficar sozinho no hospital” era algo presente no discurso dos usuários. A insegurança e o medo estavam muito atrelados às notícias veiculadas na televisão de internações hospitalares com isolamento e enterros sem plateia. O sentimento vivenciado era apresentado mesmo sem a presença de um familiar com a doença.

Em pesquisa realizada por Cunha et al. (2023), foi encontrada uma relação complexa entre o medo da COVID-19, a *infoxicação* e a afetividade negativa, incluindo sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Esses achados são especialmente relevantes no contexto da pandemia, onde o aumento do uso de mídias sociais e a exposição contínua a notícias perturbadoras tiveram um papel significativo na saúde mental dos indivíduos, particularmente dos jovens.

Além disso, os autores identificaram que as pessoas que manifestam níveis elevados de medo, quando mediado pela busca exacerbada por informações, tendiam a acentuar as sintomatologias de ansiedade, estresse e depressão. Tal ocorrência foi explicada pelo fato de que a leitura constante de notícias relacionadas à doença potencializa a vivência de sensações de ansiedade, agravando o sofrimento psicológico (Cunha et al., 2023).

Nas entrevistas realizadas no CAPSi, foi identificado o aumento da procura pelo serviço pelo público adolescente. E10 enfatiza que a pandemia intensificou o sentimento de rejeição entre adolescentes usuários do serviço. Durante a entrevista, E10 comenta sobre a “vida digital” dos adolescentes na contemporaneidade, que favorece o isolamento social de muitos deles. Com a pandemia, o distanciamento forçado teve repercussões na saúde mental dos adolescentes

Houve uma procura muito grande entre os adolescentes, de automutilação, tentativa de suicídio, porque começaram a se isolar mais ainda do que já eram... A enfermagem que faz o acolhimento e eles relatavam que estavam muito depressivos e precisavam de ajuda (E10).

A pandemia exacerbou problemas de saúde mental que já existiam. A interrupção das rotinas diárias, o isolamento social, a incerteza quanto ao futuro e o aumento do estresse familiar contribuíram para o aumento de sintomas de ansiedade, depressão e outros transtornos mentais entre os jovens. Além disso, a falta de acesso a redes de suporte tradicionais, como escolas e atividades extracurriculares, deixou muitos adolescentes sem os recursos habituais para lidar com o estresse e a pressão emocional. As escolas, que costumam fornecer apoio social e psicológico, enfrentaram grandes desafios e não puderam oferecer seus serviços de maneira eficaz durante os períodos de fechamento (Massem & Nascimento, 2023, Silva et al., 2023).

Os dados coletados mostram um aumento significativo nas demandas de saúde mental durante a pandemia, relacionados à insegurança e ao estresse provocados por ela. Os entrevistados relataram um crescimento no número de atendimentos, com uma diversidade de novas demandas emergindo, como crises de ansiedade, depressão, ideação suicida e abuso de substâncias, indicando as principais repercussões psicossociais da pandemia, que afetaram o bem-estar mental dos pacientes.

A frequência de crises de ansiedade e pânico no CAPS Adulto foi fortemente relacionada ao aumento do medo e da incerteza em relação ao futuro, além da pressão econômica e social causada pela pandemia de COVID-19. E07 destaca em sua entrevista as diversas modalidades de perda provocadas pela pandemia, com ênfase no desemprego, que são trazidas nas queixas de sofrimento psíquico dos pacientes. E07 observa que

Até hoje a gente recebe pacientes que ainda trazem a questão da COVID... a gente ainda recebe bastante relato de que depois da pandemia tudo piorou. Que depois da pandemia a empresa que eles trabalharam faliu ou que foram demitidos... eu acredito que a questão da COVID está bastante ligada com o desemprego. Então acho que esse também é um outro ponto que provocou um adoecimento ainda maior... Não é a questão da renda, mas a 'perda' de um trabalho, né? (E07).

Esse relato é respaldado por uma sólida base teórica que discute o impacto do luto frente à perda. O luto não se limita à perda de entes queridos, mas inclui também a perda de objetos materiais, planos de vida e emprego, todos elementos fundamentais para o bem-estar psicológico. A pandemia de COVID-19 gerou múltiplas perdas associadas, impactando estilos de vida, padrões de comportamento e normas culturais. Essa situação não apenas aumentou o risco de luto complicado durante e após a pandemia, mas também exacerbou sensações de cansaço, mudanças no humor e formas de pensar, frequentemente manifestando-se como tristeza ou raiva (Bolaséll et al., 2020, Franco, 2012, Schmidt et al., 2022).

A instabilidade econômica decorrente da pandemia agravou-se com a perda de emprego ou renda para milhares de brasileiros. Essa situação trouxe estresse significativo às famílias, tanto pela preocupação com as restrições financeiras quanto pela dificuldade de

subsistência, como a compra de alimentos e manutenção de despesas domésticas (Schmidt et al., 2022).

Nesse contexto, o aumento das crises de ansiedade e pânico observadas no CAPS Adulto reflete a profundidade do impacto das perdas múltiplas enfrentadas pela população. A perda de emprego, especificamente, destaca-se não apenas pela perda de renda, mas também pela perda de identidade e propósito que o trabalho proporciona. Assim, a pandemia expôs e amplificou vulnerabilidades já existentes, sublinhando a necessidade de respostas robustas e compreensivas para apoiar aqueles que enfrentam o luto e o sofrimento psíquico em tempos de crise.

Os resultados também evidenciaram que o CAPS foi um serviço de referência para o sofrimento psíquico durante a pandemia, implicando no acolhimento de demandas de saúde mental diferentes do perfil típico do serviço. Essa demanda adicional significativa foi atribuída ao impacto psicológico generalizado da pandemia, que afetou indivíduos sem histórico prévio de transtornos mentais e sobrecarregou os profissionais das equipes dos CAPS (Howes Neto & Martins, 2022).

Ao fazer uma comparação entre dias comuns de atendimento com o período crítico da pandemia, um entrevistado lembrou que antes mesmo do CAPS abrir, já tinha pessoas esperando na porta. Para evitar aglomeração, foi necessário conscientizar as pessoas sobre o risco de contaminação e garantir que o atendimento seria realizado “A gente tinha que acalmar e acolher os nossos pacientes... Além da gente trabalhar a parte psicossocial deles, a parte emocional, a gente também tinha que orientar a parte clínica, a parte da família e do convívio em casa” (E09)

De acordo com a literatura, crises como a pandemia de COVID-19 exacerbam problemas de saúde mental devido ao aumento do estresse, medo e incerteza. Esses fatores são corroborados por estudos como os de Brooks et al. (2020), que identificam o isolamento

social, a interrupção de rotinas e a preocupação com a saúde como desencadeadores de ansiedade, depressão e outros transtornos mentais.

A teoria da vulnerabilidade e resiliência, conforme discutido por autores Taboada, Legal e Machado (2006), é particularmente relevante para entender as respostas dos usuários dos CAPS durante a pandemia. A pandemia aumentou a vulnerabilidade ao agravar fatores de risco existentes, como instabilidade econômica e falta de suporte social, enquanto a resiliência foi testada ao extremo pela necessidade de adaptação a novas formas de cuidado.

Entrevistados do CAPS AD também relataram o aumento de alguns tipos de transtornos nos atendimentos, durante o período crítico da pandemia. Em uma entrevista, foi mencionado o fato do CAPS AD ter realizado atendimentos para pessoas que não eram dependentes químicos, durante a pandemia “Teve assim uma coisa que a gente fez... se abriu para atendimento de pessoas não dependentes de drogas, então veio essa demanda diferente de ansiedade, esse sofrimento relacionado à pandemia... a unidade se abriu para acolher” (E05).

Da mesma forma, relatou que, além da dependência química a equipe percebeu o aumento de outros transtornos mentais nas novas admissões, mas também entre os pacientes da casa “A gente percebeu que a questão dos transtornos aumentou muito nessa época da pandemia. Com ansiedade, né? Síndrome do pânico... pessoas com depressão que ficavam em casa” (E05).

Em pesquisa realizada por Moura et al. (2022), foi identificado um aumento de depressão e risco de suicídio entre usuário de um CAPS AD. Da mesma forma, o estudo de Benatto, Silva e Johann (2022) notificou, que entre os atendimentos realizados no CAPS AD durante o primeiro ano da pandemia, foi significativo o número de casos de transtornos do humor e tentativas de suicídio. Tais apontamentos indicam a importância de conceber estratégias e intervenções direcionadas para este público específico.

6.2.2 Aumento no Uso de Substâncias Psicoativas

A pandemia de COVID-19 trouxe profundas mudanças para a sociedade, impactando diretamente a saúde física e mental das pessoas. O isolamento social, a incerteza econômica, o medo da contaminação e a interrupção de rotinas diárias contribuíram significativamente para o aumento do estresse e da ansiedade. Nesse contexto, observamos uma preocupante tendência: o aumento do uso de álcool e outras drogas (United Nations Office on Drugs and Crime UNODC, 2021).

O aumento no consumo de drogas foi relatado nas entrevistas, com ênfase para o uso do álcool. Um ponto que chamou a atenção foi como os usuários tinham acesso a essa e outras drogas, num momento em que a cidade se encontrava “fechada”. E04 responde que “Para droga, não houve esse fechamento. O acesso ficou mais facilitado. Todo mundo fugindo, se escondendo, e eles ficaram livres, à vontade. E sob efeito da droga, a censura cai, não é?”(E04). Esta fala apresenta uma forte relação entre a crise de saúde pública e o aumento de comportamentos de risco, como o abuso de substâncias.

O crescimento no uso de substâncias psicoativas compareceu como uma das formas de lidar com o estresse da pandemia, alinhado com a literatura que aponta para o uso de substâncias como um mecanismo de coping negativo em situações de estresse extremo e adversidades psicossociais. A vulnerabilidade exacerbada pelo confinamento, pela falta de suporte social e a ansiedade diante da pandemia contribuíram para esse aumento, destacando a necessidade de intervenções específicas para essa população vulnerável (Clay & Parker, 2020, Garcia & Sanchez, 2020).

Os dependentes químicos frequentemente sofrem estigmatização e discriminação na sociedade. Esse estigma faz com que muitas pessoas mantenham distância deles, evitando o

contato próximo (Teles & Valladares-Torres, 2022). Essa exclusão social, embora negativa e prejudicial em muitos aspectos, teve um efeito inesperado durante a pandemia de COVID-19. E04 relata que um paciente comentou sobre como essa exclusão social existente resultou em uma menor exposição ao vírus. O paciente observou que, devido ao estigma e à rejeição social, os dependentes químicos já viviam em uma espécie de isolamento, pois as pessoas evitavam se aproximar deles “Ninguém quer encostar com a gente. Não precisa ter a COVID. A gente não tem esse contato, porque todo mundo tem distância da gente”(E04).

A fala do paciente ilustra um distanciamento social “natural”. Mostra como o isolamento imposto pela sociedade devido ao estigma atuou como uma barreira não intencional contra a disseminação da COVID-19 entre essa população.

Essa situação levanta questões importantes sobre o impacto do estigma e da exclusão social na saúde pública. O estigma não apenas afeta a dignidade e o bem-estar dos dependentes químicos, mas também interfere na eficácia das intervenções de saúde pública, pois impede o acesso igualitário aos cuidados e ao suporte necessários. Quando grupos marginalizados, como os dependentes químicos, são evitados e excluídos, seu acesso a cuidados médicos, suporte psicológico e recursos sociais é severamente limitado. Este distanciamento pode impedir que recebam o tratamento e o apoio necessários para enfrentar não só a dependência química, mas também outras condições de saúde (Iriart & Castellanos, 2023).

Assim, embora o isolamento tenha resultado em uma menor incidência de COVID-19 entre os pacientes do CAPS AD, ele também reflete uma realidade de marginalização e falta de suporte social para os dependentes químicos. É crucial que as políticas de saúde abordem essas questões, oferecendo suporte e integração social, ao mesmo tempo que protegem a saúde pública.

6.2.3 Crises de Angústia e Medo de Contaminação

Durante a pandemia de COVID-19, muitos indivíduos experimentaram crises de angústia e medo de contaminação pelo coronavírus. O medo do desconhecido, somado à incerteza sobre a gravidade do vírus e a eficácia das medidas de proteção, intensificou a ansiedade. O isolamento social e as mudanças abruptas na rotina diária contribuíram para a sensação de vulnerabilidade. As preocupações com a saúde dos entes queridos, a sobrecarga de informações e, em muitos casos, as perdas pessoais, exacerbaram esses sentimentos. Essas crises de angústia eram frequentemente caracterizadas por sintomas como palpitações, sudorese, falta de ar e sensação de pânico, refletindo a tensão e o medo constante de contrair a doença (Pfefferbaum & North, 2020).

As entrevistas revelam que foi alta a frequência de pacientes com crises de angústia por medo adoecer e de morrer pela doença, de ser contaminada, de algum familiar morrer e das pessoas ao redor serem descuidadas quantos às medidas sanitárias. E01 comenta:

Eu lembro especificamente de duas mulheres de mais de 50 anos, que tiveram crises de angústia com esse medo de morrer, medo pela saúde de alguém da família. E isso desencadeou uma crise de angústia forte... foi o gatilho da doença, do medo da doença, especificamente o medo de adoecer. Um familiar que ainda tinha que sair ou que era um pouco menos descuidado, despertava uma angústia muito grande na pessoa. E tinha a coisa de passar álcool em tudo e a pessoa passava e se angustiava com quem chegava e não tomava esses cuidados (E01).

Embora esta fala tenha sido atribuída aos pacientes, também foi comum na fala de muitos profissionais, evidenciando o impacto emocional profundo causado pela pandemia. E06 compartilhou que, pelo fato do CAPS AD ter recebido, em sua grande maioria, pessoas em situação de rua, era feita a testagem de cada paciente logo no momento da triagem. Caso

o resultado fosse positivo, esse paciente faria o tratamento em um abrigo criado pelo Estado e depois retornaria ao CAPS AD. Essa solução tranquilizou muito os profissionais, por saberem que não estavam atendendo pessoas contaminadas. Mas esse procedimento ficou limitado a essa modalidade de CAPS. A ausência de protocolos uniformes e a falta de recursos para implementar medidas semelhantes em todos os CAPS, pode ter influenciado o medo de se contaminar no serviço, manifestado pelos outros profissionais entrevistados.

O medo de contaminação teve várias implicações em profissionais de saúde no contexto da pandemia. Como disse E03 “Eu tinha a sensação de que precisava avançar recuando... que eu precisava me colocar, mas me retirando de uma certa forma”.

Primeiramente, afetou a saúde mental dos profissionais de saúde, que já estavam sob pressão devido ao aumento da demanda de trabalho e às complexidades adicionais trazidas pela pandemia. Em segundo lugar, esse medo pode ter influenciado a qualidade do atendimento prestado, já que os profissionais, preocupados com sua própria segurança, podem ter adotado comportamentos mais defensivos ou evitado contato próximo com os pacientes (Machado et al, 2022).

Essa situação também destaca a necessidade de políticas de saúde pública que ofereçam suporte psicológico adequado aos profissionais de saúde e garantam medidas de proteção eficazes e uniformes em todos os serviços de saúde. Além de fornecer Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados, é crucial implementar protocolos de testagem e isolamento que possam ser aplicados de maneira abrangente e equitativa.

A intensificação da empatia e a preocupação com medidas preventivas foram respostas naturais dos profissionais entrevistados, diante da crise de saúde pública causada pela COVID-19. As entrevistas trouxeram um aumento da valorização do outro como efeito das perdas provocadas pela pandemia.

Acho que a principal coisa aprendida com a pandemia foi olhar para o outro. A questão da humanidade. Aqui, a gente tem uma equipe muito unida e ficavam todos tristes... será que a gente ainda vai ver essa pessoa? Se a gente ainda vai trabalhar com essa pessoa? Acho que reforçou os laços (E05).

Medidas de higiene foram incorporadas nos serviços desde a pandemia, sendo comum o uso de máscaras descartáveis até hoje entre os profissionais, durante a permanência no serviço.

Sousa et al (2023a) chama a atenção para a necessidade de ações voltadas para a promoção da saúde psicológica de profissionais de enfermagem inseridos em contextos pandêmicos, ao identificarem baixos níveis de resiliência e autoeficácia e altas pontuações médias para depressão. Estende-se, aqui, a indicação para todos os profissionais da equipe de saúde do CAPS.

6.2.4 Regressão nos Tratamentos e Aumento de Comportamentos Autolesivos entre Crianças e Adolescentes

Durante a pandemia de COVID-19, houve um aumento significativo na regressão dos tratamentos e nos comportamentos autolesivos entre crianças e adolescentes. A interrupção das rotinas escolares, o isolamento social e a falta de suporte presencial resultaram em recaídas para muitos jovens que já estavam em tratamento psicológico ou psiquiátrico.

Sem a estrutura e o apoio oferecidos por escolas e atividades sociais, muitos jovens perderam seus mecanismos de enfrentamento, levando ao agravamento de condições pré-existentes. Além disso, o estresse contínuo e a incerteza gerada pela pandemia contribuíram para o aumento de comportamentos autolesivos, como uma forma de lidar com a dor emocional e a ansiedade exacerbada pelo medo e pela solidão.

Foi observada uma regressão nos tratamentos, especialmente entre os pacientes já atendidos antes da pandemia. O isolamento social e a suspensão de atividades presenciais afetaram negativamente o progresso terapêutico de muitos usuários.

Tiveram pacientes que adoeceram, a partir do momento da pandemia. Tanto é que se tornou um marco temporal na nossa entrevista ‘você começou a sentir isso antes ou depois da pandemia’? E houve, principalmente, regressão de alguns sintomas. Alguns que estavam mais estáveis voltaram a ficar muito ansiosos. Pacientes que conseguiram ter uma interação social melhor, regrediram nesse aspecto e a gente teve que voltar do zero. Além dos novos adoecimentos, tiveram muitas regressões (E11).

No CAPSi, a regressão nos tratamentos e o aumento de comportamentos autolesivos e ideação suicida refletem os impactos severos do isolamento social em crianças e adolescentes. Estudos demonstram que a falta de rotina e de interações sociais pode agravar condições pré-existentes e desencadear novos problemas de saúde mental (Breuner & Bell, 2023, Homercher & Guazina, 2023, Oliveira, Silva, Paz & Paineiras-Domingos, 2023).

6.2.5 Demanda de Atendimento por Pessoas em Situação de Rua

A pandemia de COVID-19 provocou efeitos profundos e diversificados na população. Embora a intensidade desses efeitos tenha variado, nenhum grupo passou ileso por esse período turbulento. No entanto, para alguns grupos, a situação de vulnerabilidade foi significativamente exacerbada, especialmente aqueles que já enfrentavam marginalização antes da crise. Um grupo particularmente afetado foi o das pessoas em situação de rua, que se tornaram o público principal atendido pelo CAPS AD durante a pandemia.

Na entrevista com o profissional identificado como E06 foi relatado um aumento substancial na procura por atendimento e abrigo por parte de pessoas em situação de rua. O acolhimento dessas pessoas no CAPS AD era condicionado à testagem para COVID-19,

como medida de prevenção e controle da doença. E06 destacou a complexidade dessa situação, explicando que muitos desses indivíduos, sem referência de moradia, procuravam a instituição não apenas para tratar a dependência química, mas também em busca de um lugar seguro para se abrigar e encontrar apoio.

Chegando muitas pessoas que estavam em situação de rua e às vezes queriam ‘deitar’ na instituição para fazer o tratamento. E aqui no CAPS funciona durante o dia e a noite precisava tá no abrigo. Foi o que mais compareceu aqui, dos pacientes virem e não ter um local para ficar (E06).

Essa situação trouxe à tona a necessidade urgente de acolhimento para esse grupo vulnerável. Muitas vezes, as questões apresentadas por essas pessoas não estavam relacionadas exclusivamente à dependência química, mas sim à necessidade de um local de referência onde pudessem buscar suporte e respostas em um momento de grande medo e incerteza.

Moreno & Matta (2021) falam sobre a invisibilização dos grupos de vulnerabilizados que necessitam de proteção social na pandemia. Os autores afirmam que esse público era empurrado para os ‘espaços das ausências’, penalizados e se apresentando como o principal grupo de risco na pandemia.

Pessoas em situação de rua fazem parte do grupo de vulnerabilizados, que na pandemia, a problemática em torno desse público não girava só em torno da contaminação, mas da relação com variáveis sociais que exigiam uma abordagem intersetorial dos casos e, porque não dizer, sindêmica.

Na época, esse auxílio Brasil era temporário, pra dar suporte emergencial nessa questão da COVID. A pessoa que está em situação de rua, pode, por exemplo, perder o seu documento. Não tem documento, não tem referência de família...Para que eles recebessem o auxílio, eu lembro que às vezes o próprio coordenador do abrigo fazia

no telefone dele, pra algumas pessoas. Porque tinha uma parte que tinha o telefone e outro parte não tinha. Eu lembro que a pessoa tinha que ter um celular e tinha que cadastrar. Aí esse povo assim teve um suporte lá do CENTRO POP. (E06).

Essa situação é um exemplo claro dos desafios socioeconômicos, políticos e culturais mencionados por Matta et al. (2021). De acordo com os autores, a pandemia de COVID-19 não só trouxe questões sanitárias, mas também exacerbou as desigualdades estruturais e iniquidades existentes. A falta de documentos e meios de comunicação das pessoas em situação de rua é uma manifestação dessas desigualdades, que impede o acesso igualitário aos auxílios governamentais e, portanto, à segurança e bem-estar básicos. À luz do conceito de sindemia, que Singer et al. (2017) descrevem como a interação de condições sociais e de saúde que exacerbam os impactos negativos na saúde, a situação descrita pelo entrevistado reflete como a pandemia interage com problemas preexistentes de vulnerabilidade social.

A fala do entrevistado destaca a importância de respostas que sejam situadas, orgânicas e participativas, conforme argumentado por Matta et al. (2021). O suporte proporcionado pelos coordenadores de abrigos e pelo CENTRO POP ilustra a necessidade de uma abordagem participativa e comunitária para mitigar os impactos da pandemia nas populações mais vulneráveis. Este exemplo sublinha a complexidade das respostas necessárias, que devem ir além de soluções biomédicas e considerar as condições sociais, econômicas e políticas que afetam a saúde das populações.

A pandemia destacou, de forma aguda, a falta de recursos e suporte adequado para pessoas em situação de rua. A demanda por acolhimento e atendimento no CAPS AD sublinhou a importância de estratégias integradas que considerem não apenas o tratamento da dependência química, mas também as necessidades básicas de moradia e segurança. Esse cenário evidenciou a interseção entre saúde mental, dependência química e questões sociais, ressaltando a necessidade de políticas públicas mais abrangentes e inclusivas.

A pesquisa de Bruno et al. (2022) identificou uma série de fatores agravados pelo contexto pandêmico, que intensificaram as demandas de atendimento da população em situação de rua. Inicialmente, destacam-se as problemáticas pré-existentes que a pandemia exacerbou, como falta de moradia, dificuldade de acesso a serviços de saúde e alimentação, e a exposição constante a riscos de violência e preconceito. Como o uso abusivo de substâncias muitas vezes está relacionado a essas condições de vulnerabilidade, isso explicaria uma maior demanda por serviços de saúde mental no CAPS AD.

A pesquisa destacou como as vulnerabilidades se entrelaçaram de forma dinâmica, para um aumento no uso abusivo de substâncias. A insegurança alimentar, agravada pela pandemia, teve um impacto direto na saúde mental dessa população. A falta de informações claras e acessíveis sobre a doença impediu práticas preventivas, aumentando a necessidade de intervenções de saúde mental. Além disso, as limitações em praticar medidas preventivas, como o isolamento social e a higiene regular, foram desafiadoras para a população em situação de rua, que já enfrentava dificuldades em acessar serviços básicos (Bruno, et al, 2022).

A estratégia de benefício do Auxílio Emergencial, foi destaca por E01 como uma resposta governamental que teve sua efetiva para esse público, ao comentar:

O dependente de drogas, na rua, está nessa extrema vulnerabilidade. Talvez dar um benefício é jogar dinheiro fora, né? Não é totalmente falso isso, mas acho que tem muitas pessoas se beneficiaram, que souberam meio que fazer um bom uso ou pelo menos se estruturar um pouco, tendo acesso a isso. Às vezes começavam a conseguir, com esse dinheiro, pelo menos pagar o aluguel (E01).

No entanto, a insuficiência de políticas públicas adequadas no Brasil e a falta de recursos para o atendimento integral dessa população revelaram uma lacuna significativa nos serviços de saúde mental, incluindo os CAPS AD, que tiveram que lidar com uma demanda

aumentada e complexa (Bruno, et al, 2022). Assim, as experiências relatadas nas entrevistas revelam a complexidade e a urgência das demandas apresentadas por pessoas em situação de rua durante a pandemia. Esses relatos reforçam necessidade de um fortalecimento das redes de apoio psicossocial, como os CAPS AD, e um sistema de saúde mental que seja capaz de responder de forma holística às necessidades de grupos marginalizados, oferecendo não apenas tratamento, mas também acolhimento e suporte integral.

6.3 Dispositivos de Cuidado em Saúde Mental e a Recuperação da RAPS

Este tema apresenta os dispositivos de cuidado em saúde mental e a recuperação da RAPS e sua relação com a pergunta de pesquisa "Como os profissionais de saúde que atuam em CAPS percebem e descrevem as repercussões psicossociais da pandemia por COVID-19 ao longo do período de crise e na fase de pós-pandemia?". Trata das estratégias e dispositivos implementados para manter e recuperar os serviços de saúde mental durante e após a pandemia, destacando as práticas inovadoras e os desafios enfrentados.

Durante a pandemia, oficinas terapêuticas foram suspensas e os atendimentos reorganizados para seguir medidas sanitárias. A pandemia estimulou empatia nas equipes e intensificou a preocupação com medidas preventivas, fortalecendo a educação em saúde. A falta de internet de qualidade impediu a adoção de cuidado remoto. Após a pandemia, todos os serviços passaram por reformas. Houve consenso sobre a necessidade de expandir o número de CAPS e aumentar a equipe para atender às demandas psicossociais crescentes.

6.3.1 Reorganização dos Serviços e Atividades

A pandemia de COVID-19 exigiu a adoção de medidas sanitárias emergenciais para conter a disseminação do vírus, impactando significativamente o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa necessidade de reorganização dos serviços trouxe à tona tanto desafios quanto adaptações inovadoras (Machado, 2023).

A reorganização dos CAPS envolveu a suspensão de oficinas terapêuticas e atividades em grupo. Ao ser perguntado sobre as mudanças que a pandemia provocou no serviço, E07 disse que “O que que a gente conseguiu fazer enquanto serviço foi se adaptar, né? O médico passou a atender de forma isolada. Os grupos foram suspensos. Alguns pacientes vinham no pro CAPS só para receber medicações” (E07).

A adaptação dos atendimentos presenciais foi feita de acordo com o espaço físico que os CAPS disponibilizavam no momento. Apesar das dificuldades, os atendimentos individuais foram mantidos com regularidade, demonstrando a resiliência e o comprometimento dos serviços de saúde mental em continuar atendendo às necessidades dos pacientes. No entanto, a adesão aos atendimentos ambulatoriais diminuiu devido ao medo do contágio e às restrições sanitárias, refletindo as barreiras encontradas pelos pacientes para acessar cuidados de saúde mental durante a pandemia. E01 lembra que durante a pandemia estiveram sem sede e passaram a atender junto a outro serviço de saúde mental. Sobre as adaptações necessárias às medidas sanitárias, compartilhou:

A gente se transformou em um atendimento ambulatorial e individualizado, né?

Porque logo a equipe avaliou que atividades em grupo num espaço fechado seriam impossíveis, pela questão do contágio da contaminação. Então se decidiu que se agendaria, os pacientes viriam e teriam atendimento individualizado e sairiam logo (E01).

As entrevistas também revelaram que a maioria dos CAPS não dispunha de recursos tecnológicos suficientes para os profissionais realizarem atendimentos remotos e muitos pacientes não tinham acesso a planos de dados de internet.

Esse ponto, sobre as alternativas ao atendimento presencial foi mencionado por E01, que lembrou que àquela época, as pessoas não disponibilizavam de internet como hoje, em que “quase todo mundo tem um pacote de dados no celular”. Mesmo com essa observação, E01 ressaltou que “ter internet não seria a solução dos problemas”, pois a qualidade do atendimento remoto pode ser comprometida quando não houver um espaço adequado nas residências para conversas confidenciais e terapêuticas.

A pandemia evidenciou limitações significativas na infraestrutura tecnológica dos CAPS envolvidos na pesquisa, sublinhando a necessidade de investimentos em tecnologia e capacitação para o uso de ferramentas digitais na prestação de cuidados de saúde mental. Desenvolver estratégias alternativas e inovadoras para emergências é essencial para garantir a continuidade e a eficácia dos serviços.

Como os serviços do tipo CAPS funcionam como centros de convivência, a suspensão das atividades coletivas gerou sentimentos de solidão e rejeição entre os pacientes, após passarem a comparecer apenas para atendimentos ambulatoriais individualizados. A perda desse espaço de socialização impactou negativamente a regulação emocional dos usuários, evidenciando a importância das atividades terapêuticas presenciais para o bem-estar mental, como destacado por estudos como os de Holmes et al. (2020).

Para adaptar-se às restrições impostas pela pandemia, muitos serviços de saúde mental passaram a oferecer consultas online e telefônicas. Nos casos dos atendimentos ao público infantil, E11 destaca que no início da pandemia, não conseguiu realizar atendimento presencialmente “Pelos riscos, por que muitos pacientes (crianças) não conseguiam usar a máscara”.

Além dos teleatendimentos, os profissionais utilizaram o WhatsApp para disseminar informações sobre o funcionamento dos serviços. Essa inovação na comunicação e gestão dos serviços de saúde mental ajudou a manter os pacientes informados e conectados.

E03 relata em sua entrevista a sensação de estranheza que teve, quando precisou compartilhar suas redes sociais com os pacientes, para que tivesse acesso a eles. Além disso, é relatado na entrevista que, num primeiro momento, foi realizada uma seleção de emergência para identificar os pacientes que poderiam estar em alta supervisionada ou em alta definitiva, até que o cenário normalizasse. Os pacientes ficaram sendo acompanhados regularmente pelo whatsapp e com horário previamente combinado, o que não os impedia de mandar mensagens diariamente. Sobre esse canal de comunicação, E03 fala do trabalho que foi possível:

Mas específico, o que eu muito trabalhei, e não digo nem que foi criativo, mas uma estratégia que estava em nossas mãos, foram filmes. Buscava trabalhar questões e manter o elo, a partir de filmes... eu indiquei alguns, mas eles traziam muito mais... ‘Ah, achei uma coisa legal, vou te mandar’... e eu tinha que assistir (E03).

Essa modalidade de atendimento mostrou-se exitosa e facilitou o acesso de jovens e adolescentes aos serviços de saúde mental (Aires et al. 2021, Machado, 2023), embora estivesse limitada pelo foco na manutenção do tratamento e pela infraestrutura inadequada.

Os profissionais que faziam parte grupo de risco (maiores de 60 anos, pacientes com doenças crônicas, gestantes, entre outros) (Brasil, 2022), continuaram as ações de forma domiciliar, utilizando o teleatendimento como a ferramenta de trabalho. Com apoio do acolhimento e triagem feitos presencialmente pela enfermagem, E04 compartilhou sua experiência:

O paciente buscava o CAPS, para ser admitido. Ele era recebido, feita a triagem pelo serviço de enfermagem, que entrava em contato com o médico através do celular, para

atendimento online. Aí fazia história do paciente, prescrevia, medicava e passava para o serviço de enfermagem. Todos esses prontuários, que eram feitos pela enfermagem, eram levados pelo motorista na residência do médico, para poder ser carimbado (E04).

O medo de contágio e o tempo de atendimento em ambiente social mais reservado foram variáveis que afetaram os profissionais de saúde e os usuários dos CAPS, que ficaram receosos não só de retornar ao trabalho presencial, como às atividades em grupo. Foi possível identificar em todos os CAPS, a demora no retorno das oficinas terapêuticas. Parte por conta da readaptação dos serviços ao “fim” da pandemia e parte por conta do retorno lento dos pacientes para essas ações, como disse E02: “Pela semana, os grupos ainda não são tão grandes como era antes da pandemia. A gente está retomando isso, mas está retomando numa marcha assim, ainda devagar”.

A retomada das atividades refletiu a complexidade de decisões durante a pandemia e a necessidade de encontrar um equilíbrio entre a continuidade dos serviços de saúde mental e a proteção contra a COVID-19.

Foi um impasse muito grande para o retorno das atividades em grupo com os pacientes. A gente tem área aberta aqui que é ventilada. Eu acho que isso poderia ter sido retomado antes...Esse corporativismo dos profissionais de pensarem na própria saúde, na própria segurança... de um modo que eu não concordo muito. Talvez eu esteja subavaliando, os riscos que estavam em jogo. Eu não sou muito amedrontado com coisa de doença assim. Eu pensava: vamos correr um pouco de risco... nós somos profissionais de saúde! Paga um pouco mais, porque é um profissional insalubre. Isso faz parte um pouco do risco! (E01).

Este dilema destaca a importância de diretrizes claras e consenso entre os profissionais de saúde para assegurar que as medidas adotadas sejam eficazes e aceitas por todos, garantindo tanto a segurança quanto o bem-estar dos pacientes e dos profissionais. "A

reorganização dos serviços e atividades nos CAPS durante a pandemia de COVID-19 foi uma resposta necessária às medidas sanitárias emergenciais. Essa experiência não apenas destacou a resiliência dos serviços, mas também evidenciou lacunas significativas na infraestrutura tecnológica e na manutenção do bem-estar emocional dos usuários. Para fortalecer a atenção psicossocial e garantir a continuidade dos cuidados em qualquer situação, é essencial investir em tecnologia, capacitação e desenvolvimento de estratégias alternativas. Tais investimentos são fundamentais não apenas em momentos de crise, mas também para aprimorar a eficácia dos serviços e a qualidade do atendimento em sua rotina diária.

6.3.2 O lugar do CAPS no Enfrentamento às Repercussões Psicossociais da COVID-19

A pandemia de COVID-19 trouxe desafios inéditos para os sistemas de saúde em todo o mundo e os CAPS se destacaram como serviços essenciais na linha de frente do combate às repercussões psicossociais da crise.

O serviço não parou. Ele só se dividiu, pra que a gente não pudesse parar. Todos os dias tinha gente no CAPS, mas era por escala. A equipe não ficava junta. Metade ficava aqui e a outra metade, em casa. Alternava um dia em casa e um dia no CAPS. Quem ficava em casa, tava no telefone e fazia o atendimento online (E08).

Os CAPS permaneceram abertos durante toda a pandemia, destacando-se como pontos de apoio essenciais para a população em momentos de extrema vulnerabilidade emocional. Apenas os profissionais do grupo de risco foram direcionados ao home office, enquanto os demais continuaram a prestar atendimento presencial, em muitos casos, sob regimes de escala para evitar aglomerações. Esta continuidade do serviço foi vital para manter o suporte psicossocial a uma população que enfrentava não só o medo do contágio,

mas também o impacto do isolamento social, o luto e a incerteza econômica (Barros et al, 2024).

As entrevistas revelaram que os CAPS exerceram uma função de referência no acolhimento ao sofrimento psíquico na pandemia, funcionando não apenas como pontos de atendimento clínico, mas também como espaços de apoio emocional e social. As equipes foram responsáveis por acolher e tratar uma variedade de problemas psicossociais exacerbados pela pandemia, desde transtornos de ansiedade e depressão até crises relacionadas ao uso abusivo de substâncias.

O sentimento era de medo geral. Tanto por parte dos pacientes, quando por parte dos profissionais. O paciente tinha que vir à unidade, ainda mais naquele momento, que ele precisava de atendimento e da medicação. E nós, o medo também de vir trabalhar, porque era o nosso compromisso, responsabilidade, mas eu me sentia bem por saber que estava ajudando (E09).

A demanda aumentada por serviços de saúde mental, combinada com o número limitado de CAPS e profissionais, resultou em jornadas de trabalho intensas. Os profissionais tiveram que lidar com a pressão de manter a qualidade do atendimento enquanto gerenciavam seu próprio medo e ansiedade em relação à pandemia (Alves et al., 2024, Dantas, 2021).

Trabalhar na linha de frente durante uma pandemia teve repercussões significativas na saúde mental dos próprios profissionais dos CAPS. A exposição constante a situações de sofrimento, o medo de contágio e a necessidade de se adaptar rapidamente a novas formas de trabalho, como o teleatendimento, impuseram desafios adicionais.

A surpresa e a incerteza foram predominantes nas falas dos entrevistados, quando falavam sobre a vivência da pandemia. A falta de conhecimento sobre a doença, os tratamentos e as vacinas, aumentou a ansiedade e a confusão entre pacientes e profissionais.

Os pacientes, estavam assustados e incertos sobre o futuro, o que pressionou ainda mais os profissionais para fornecer respostas e apoio em um cenário de informações escassas.

A pandemia foi uma surpresa! A gente não imaginava tudo isso! O cenário mudou, muitas demandas. Eu acho que os pacientes também ficaram muito tenebrosos com o que estava por vir, o desconhecimento do que era, do tratamento da vacina. Pra a gente foi bastante complicado lidar com essas demandas desses pacientes sem saber também o que dizer, né? O que estaria por vir. (E07).

Esses desafios destacam a necessidade de suporte e treinamento adequados para os profissionais de saúde dos CAPS em situações de crise.

Apesar das dificuldades, os profissionais demonstraram uma resiliência notável, como pode ser notado pela fala de E08 “Era uma coisa nova que estava acontecendo. Nunca a gente tinha passado ainda por aquele momento, mas ainda assim deu tudo certo”. A dedicação em manter os serviços e as atividades em funcionamento, mesmo que adaptadas, foi fundamental para oferecer um senso de continuidade e normalidade em meio ao caos. O comprometimento com o cuidado dos pacientes refletiu a importância do CAPS como um pilar da rede de saúde mental durante a pandemia (Lima et al, 2022, Silva et al, 2022).

Entre as entrevistas, apenas um profissional relatou ter sido deslocado de sua função no CAPS para atuar em um espaço de vacinação. Ainda assim, essa atuação era feita de modo que não prejudicasse a escala de atendimento no CAPS. No mais, algumas entrevistas revelaram a preocupação com o deslocamento de profissionais dos CAPS para outras áreas emergenciais, buscando preservar a integridade das equipes de saúde mental e evitar desfalques que comprometessem o atendimento contínuo.

Chegou a ser perguntado se alguém da equipe gostaria de fazer parte de serviços emergenciais. Na época, eu lembro que houve um receio do funcionário ir e não voltar

mais, desfalcar o serviço do CAPS e ser um prejuízo. Por conta dessas dificuldades burocráticas, então, às vezes se tira um funcionário, nunca mais repõe, não é? (E01).

A decisão de preservar as equipes especializadas, apesar da sobrecarga, garantiu a continuidade do cuidado essencial para a população. No entanto, essa experiência também destacou a necessidade urgente de investimentos em infraestrutura e suporte psicológico para os próprios profissionais de saúde, assegurando que possam continuar a desempenhar suas funções com eficácia e bem-estar.

6.3.3 Ações de Educação em Saúde para Controle da COVID-19

Durante a pandemia de COVID-19, os CAPS desempenharam um papel fundamental não apenas no atendimento psicossocial, mas também na promoção da saúde pública e na prevenção do contágio do vírus. Implementaram-se diversas ações educativas voltadas para o controle do contágio (Vieira et. al, 2023), demonstrando o compromisso dos CAPS com a saúde coletiva e o bem-estar da comunidade atendida.

A gente fazia muita atividade em grupo com eles em forma de palestras, enfatizando muito o uso da máscara, porque muito não queriam usar. Que evitassem lugares aglomerados, que lavassem bem as mãos e que usassem o álcool em gel. Fizemos muitas atividades educativas, com os materiais que vinham pra gente. (E09).

As ações de educação em saúde nos CAPS concentraram-se fortemente em medidas preventivas contra a COVID-19. Essas iniciativas incluíram a orientação sobre o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), a importância da higiene das mãos, e a implementação de protocolos de higiene rigorosos dentro das instalações dos CAPS. Essas

ações visaram reduzir a disseminação do vírus entre os pacientes e os profissionais, garantindo um ambiente seguro para todos (Vieira et. al, 2023).

As ações de educação em saúde para controle da COVID-19 realizadas nos CAPS destacam o papel essencial da inclusão desse tipo de ação nos serviços, para a promoção da saúde pública durante a pandemia. As medidas preventivas, como o uso de EPIs e protocolos de higiene rigorosos, foram fundamentais para conscientização quanto à disseminação do vírus e proteção tanto pacientes, quanto profissionais (Brasil, 2021b). Tais medidas aparecem incorporadas naturalmente nas ações dos CAPS, como pode ser identificado na entrevista: “Reduzimos um pouco o número de pacientes por dia e fazíamos álcool em gel e uso de máscaras, além da vacinação” (E11).

O retorno dos grupos foi feito aos poucos, com poucos pacientes e em área aberta. Era feito com medidas de segurança, obrigatoriamente com máscara e com luvas, quando havia necessidade. Tínhamos termômetro e álcool em gel espalhados. Tudo vinha pra gente (E09).

Essas medidas preventivas foram incorporadas de maneira abrangente e eficaz, e sua importância foi reforçada continuamente. No entanto, até os dias atuais, o uso de EPIs e os protocolos de higiene são práticas padrão nos CAPS. A duradoura preocupação com a saúde e segurança dos usuários e trabalhadores pode ser vista na fala de E04: “A gente mesmo se acostumou. Acabar de atender, lava a mão e passar álcool. Lava a mão e bota a máscara. Tanto, que eu não tirei ela até hoje!” (E04).

O uso de máscaras foi flexibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2023) após a diminuição dos casos de COVID-19 e controle da disseminação do vírus, no entanto, a cultura do uso de máscaras e álcool em gel foi incorporada dentro dos serviços envolvidos no estudo, comparecendo como algo essencial nos protocolos de segurança cotidianos.

Acho que talvez um legado que ficou foi que os pacientes, desde a época da pandemia gente percebe que foi criada uma educação em termos de proteção. Então, o paciente começa a tossir aqui, ele já aparece com a mascarazinha dele. Os outros já entendem isso, coisa que a gente não tinha isso antes da pandemia. (E02).

Apesar das importantes iniciativas de controle de contágio, as ações de educação em saúde implementadas nos CAPS durante a pandemia não incluíram, de maneira adequada, temas específicos de saúde mental. Foi possível identificar que as ações de educação em saúde para controle e prevenção da COVID-19 também tinham como objetivo prevenir as repercussões psicossociais da pandemia causadas pelo medo e desinformação. A entrevista E08 destaca: “O trabalho de ir trazendo esse paciente, conscientizando esse paciente aos pouquinhos e fazendo com que ele entendesse a doença. Para que ele pudesse aprender também a lidar com aquele momento” (E08).

As orientações fornecidas por organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), bem como diretrizes do Ministério da Saúde e outros órgãos especializados, sublinharam a necessidade de abordar aspectos de saúde mental durante a pandemia. A falta de foco em temas de saúde mental nas ações educativas pode ser atribuída à urgência e à necessidade imediata de controlar a propagação do vírus, como trouxe Oliveira et al. (2020).

A priorização das medidas de higiene e controle de contágio pode ser compreendida pela necessidade de resposta rápida e eficaz a uma ameaça imediata e visível. No entanto, a ausência de ações educativas focadas em saúde mental indica uma área de melhoria para futuras situações de crise. Incorporar orientações e práticas que abordem o bem-estar psicológico de forma integrada com as medidas de saúde física pode proporcionar um cuidado mais holístico e eficaz.

6.3.4 Ações Intersetoriais

Durante a pandemia de COVID-19, a necessidade de uma resposta coordenada e integrada entre diferentes setores da saúde e assistência social tornou-se evidente (Vasques et al., 2023). Os CAPS precisaram se articular com diversas instituições para atender às necessidades emergentes da população, demonstrando a importância das articulações intersetoriais em tempos de crise.

Foi possível identificar entre um grupo de entrevistas, que o CAPS manteve um contato frequente e estreito com outros setores e serviços voltados para a infância e adolescência, como escolas e instituição de proteção social, como diz E11:

Aqui acaba sendo um pouco isolado. Nossa articulação é mais com outros lugares que lidam com crianças e adolescentes, tipo conselho tutelar e a Fundação da Criança e do Adolescente (FUNAC), né? Que lida com crianças e adolescentes em privação de Liberdade e unidade de acolhimento (E11).

A entrevista E10 acrescenta que normalmente, “Quem entra muito em contato com a gente pra gente dar suporte são as escolas. Pra gente tá levando informações, fazer palestras, como se fosse um apoio matricial” (E10). Ressalta que durante a pandemia, essa articulação foi fundamental para garantir a continuidade do suporte educacional e psicológico às crianças e adolescentes durante a pandemia.

O isolamento desse serviço em relação a outros pontos da RAPS pode ser atribuído à sua especialização no atendimento a um público específico. Suas articulações construídas sofrem influência do diagnóstico e da faixa etária, assim como encontrado em estudo realizado por Pereira (2016).

A interação com o conselho tutelar é crucial, pois permite identificar e encaminhar casos de vulnerabilidade e risco entre crianças e adolescentes, garantindo uma intervenção

adequada e oportuna. A colaboração com a FUNAC é igualmente importante, pois possibilita o acompanhamento psicossocial de jovens em privação de liberdade, oferecendo suporte para sua reintegração social. Já a articulação com unidades de acolhimento é essencial para prover um ambiente seguro e estruturado para aqueles que necessitam de proteção e cuidado contínuo.

Ações intersetoriais com as escolas, para identificar e apoiar estudantes em situação de vulnerabilidade, com oferta de intervenções psicossociais, tem grande potencial de ajudar a mitigar os impactos negativos do isolamento social e das mudanças abruptas na rotina escolar (Vasques et al., 2023).

Apesar da especificidade apresentada, uma maior integração com outros setores e serviços, pode promover um atendimento mais holístico e coordenado, assegurando que crianças e adolescentes recebam o suporte necessário em todas as etapas de seu tratamento e desenvolvimento.

Algumas entrevistas apresentaram que as articulações de outro serviço com outros pontos da RAPS apresentam desafios consideráveis.

Eu sempre comentei com o pessoal aqui do CAPS que a gente pouco faz isso. Não tem nem aquela educação do pessoal da Atenção Básica vir aqui pra capacitar, pra treinar. Depois atender os pacientes lá na Atenção Básica e deixar os casos mais graves pra cá. Nunca teve isso! Se não tem agora, imagine no período da pandemia (E02).

O profissional E02 destaca uma ausência de integração entre esse CAPS e a ABS. Esse cenário, que já era problemático antes da pandemia, apenas se agravou durante o período de crise sanitária.

Carlos e Gallassi (2024) falam sobre os desafios de articulação com a rede e realização de encaminhamentos de forma satisfatória, durante a pandemia. A fragilidade dos

vínculos entre os serviços evidencia a necessidade de um fortalecimento dessas redes de comunicação. Sobre esses desafios, E07 comenta:

É possível realizar ações articuladas com outros serviços, só que essa comunicação com a rede é algo muito complicado de direção pra direção fazer essa ponte. Na pandemia, a gente percebeu que essas redes de comunicação, esses vínculos, não estão fortificados. Ainda hoje é bastante complicado a gente fazer essa rede com a Atenção Primária, com o Hospital de Urgência e Emergência (E07).

Outro ponto sugerido em entrevista, foi o papel mais ativo que os hospitais de campanha e a mídia tiveram na disseminação de informações durante a pandemia.

Não houve interlocução do CAPS com outros serviços da rede, até porque acredito que tinha muitos hospitais de campanha, que davam muitas orientações. A TV, no ao vivo, dava muitas informações. Nós tivemos que orientar mais os pacientes da casa sobre a vacina, pois teve muita gente que teve resistência para vacinar (E08).

Quanto à possibilidade de realizar ações intersetoriais no cuidado em saúde prestado no serviço, E08 fala sobre a comunicação entre a gestão dos serviços:

É possível agilizar a articulação com outros serviços da rede, entrando em contato com os diretores ou coordenadores. Atualmente é possível articular, através do contato coordenadora-diretores de unidade. Já veio profissional de outro serviço conhecer aqui, porque a gente precisa conhecer quais são as nossas redes, pra que a gente possa encaminhar o nosso paciente. A gente busca conhecer pelos melhores lugares que irão resolver os casos dos nossos pacientes. Mas quanto à Atenção Básica, o contato fica restrito ao encaminhamento para a UBS (E08).

Esses depoimentos ilustram a complexidade e os desafios enfrentados pelo CAPS na articulação com outros serviços da RAPS e a importância do apoio do gestor, conforme encontrado por Silva (2023). A pandemia evidenciou ainda mais a necessidade de uma

comunicação efetiva e integrada entre os diferentes níveis de atenção, destacando a importância de fortalecer essas redes para garantir um atendimento contínuo e eficiente aos pacientes.

Outro ponto relevante encontrado, foi a dificuldade encontrada por E09 para referenciar pacientes do CAPS para os ambulatórios da cidade:

No período da pandemia, a gente praticamente não encaminhou pacientes nossos da casa para o ambulatório. Porque tinha muita queda. Pacientes que estavam aqui com a gente em atendimento, acompanhando, tava estabilizando, aí lá o paciente decaía.

Mas como a gente estava muito sobrecarregado de atendimento, pacientes que chegavam, que tinham condições de ir para ambulatório, que era o caso mais leve mesmo, a gente ficava referenciando para os ambulatórios de psiquiatria (E09).

As ações descritas por E09 são de extrema importância para garantir a eficácia e a continuidade do atendimento em um período de crise. Elas demonstram a necessidade de estratégias adaptativas e priorização de recursos, fundamentais para a manutenção da saúde mental dos pacientes atendidos pelo CAPS.

Outra experiência que merece destaque, foi a articulação com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e outros serviços de proteção social, feita na assistência ao usuário de álcool e outras drogas em situação de rua. Desenvolveram-se fluxogramas de atendimento que envolviam abrigos e equipes de CRAS, com um foco especial no auxílio emergencial, conforme relatado por E06. Esse auxílio foi crucial para retirar muitas pessoas da extrema vulnerabilidade, proporcionando uma base financeira que permitiu a continuidade da vida cotidiana e a busca por tratamentos de saúde mental e reabilitação.

Apesar da experiência exitosa de comunicação com a rede, E06 completou que tal efetividade deu uma “enfraquecida”, após a pandemia e que fica a oportunidade de reestabelecer e reforçar os laços, na perspectiva de recuperação da RAPS pós-pandemia.

A falta de articulação com a ABS identificada nas entrevistas durante a pandemia destacou a necessidade urgente de fortalecer as redes de suporte e a articulação intersetorial. A integração entre os serviços de saúde mental e a atenção básica permite uma abordagem mais abrangente e acessível, essencial para lidar com as complexas necessidades de saúde mental da população. A articulação intersetorial pode facilitar intervenções mais eficazes e integradas, promovendo uma resposta mais coordenada e eficiente às crises de saúde pública (Santos et al., 2023).

Entretanto, após o período crítico da pandemia, essas relações intersetoriais, embora não completamente perdidas, enfraqueceram. Isso sublinha a necessidade de fortalecer e institucionalizar essas articulações, garantindo que elas não dependam apenas de momentos de crise para serem ativadas. A manutenção e o fortalecimento das relações intersetoriais são essenciais para garantir a resiliência do sistema de saúde e assistência social frente a futuras emergências (Silva, 2023).

Um evento com características de desastre, como a pandemia por COVID-19, envolve a coordenação de diferentes setores públicos, tais como Defesa Civil, segurança pública, saúde, desenvolvimento social, além da necessidade de participação do setor privado (Freitas et al, 2020). O reconhecimento da influência de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) aponta para a necessidade de uma abordagem sindêmica, para compreensão da interação entre problemas de saúde da população no seu contexto social e econômico (Bispo Junior & Santos, 2021).

6.3.5 Ampliação dos Serviços e Equipes

A pandemia de COVID-19 expôs diversas fragilidades no sistema de saúde mental, destacando a urgente necessidade de ampliação dos CAPS e dos recursos disponíveis para melhor atender às demandas emergentes da população. Os dados coletados neste estudo revelaram a sobrecarga enfrentada pelas equipes dos CAPS durante situações de calamidade pública, evidenciando a necessidade crítica de expandir não apenas o número de serviços, mas também a infraestrutura e os recursos humanos disponíveis.

Eu acho que poderia melhorar principalmente o número de profissionais. Aumentar o corpo de profissional da equipe. Esse é um dos principais pontos para que o profissional não se sobrecarregue. Na pandemia nós tivemos que dar conta, ainda com o número de profissional reduzido. Então eu percebo que tem muita coisa para ser melhorada. Porque para nós, profissionais, é um pouco desgastante, um pouco de sofrimento também, porque a gente tinha medo também. Medo de adoecer, de passar COVID para os nossos familiares, mas ainda assim nós tivemos que estar de pé para lidar com isso, toda essa demanda. Então, o que eu percebo é que o município não está preparado para lidar com novas pandemias (E07).

O relato de E07 enfatiza a necessidade de reformas estruturais nos serviços pós-pandemia. A expansão dos CAPS, com aumento de equipes e recursos adequados, reflete uma compreensão crescente da importância de um sistema de saúde mental robusto e flexível (Brasil, 2015). Essas medidas são essenciais não apenas para responder a crises imediatas, mas também para preparar o sistema de saúde mental para futuros desafios e emergências. Esse aumento na capacidade de atendimento é essencial para prevenir a sobrecarga futura e

assegurar que todos os pacientes recebam o cuidado necessário, conforme compartilhado por E06:

Comparado ao que a gente passou, acho que está médio. A gente está conseguindo fazer um trabalho. Mas se tivesse ampliado mais, se tivesse mais serviços, eu acho que não teria sobrecarregado também o CAPS. Porque a nossa demanda já é muito grande! Todos os dias aqui são feitos muitos atendimentos, então se tivesse um outro serviço também para complementar a unidade, seria bem melhor (E06).

Os relatos dos profissionais destacam aspectos cruciais para a recuperação e reconstrução da RAPS pós-pandemia, alinhando-se às etapas de recuperação pós-desastre descritas na literatura da GIRD (Cardona, 2003, Cunha, 2021).

A primeira coisa a fazer é construir mais CAPS infantil. Para poder descentralizar. A gente conseguir fazer essa questão territorial, até mesmo para a gente saber que escolas que a gente precisa ir ou não, capacitar os profissionais, né? Porque se precisa de um cuidado maior quando se lida com crianças e adolescentes. Se precisa de muitos terapeutas e poucos médicos, porque o principal é a terapia, mas ainda se tem uma noção inversa da saúde, que saúde é só a medicina e não é assim. Então eu vejo que o principal é construir mais CAPS, para que a gente consiga descentralizar e desafogar (E11).

A ampliação do número de serviços favorece a descentralização dos atendimentos, permitindo uma atuação mais efetiva, especialmente no treinamento de profissionais e na abordagem específica de crianças e adolescentes. A ênfase na terapia e na formação de terapeutas, em detrimento de uma visão excessivamente médica da saúde mental, é essencial para um atendimento mais holístico e efetivo (Brasil, 2015).

Diante desses desafios, torna-se evidente a necessidade urgente de expandir os serviços dos CAPS, tanto em termos de quantidade quanto de qualidade. A ampliação das

equipes é fundamental para aliviar a sobrecarga existente e garantir um atendimento mais eficaz e abrangente. Quanto ao aumento do número de CAPS, é preciso considerar sua distribuição territorial e favorecer o acesso a grupos populacionais residentes em áreas carentes de serviços, como demonstrado na pesquisa de Almeida (2023).

Isso inclui não apenas a contratação de mais profissionais capacitados, mas também o fortalecimento da infraestrutura tecnológica para suportar o cuidado remoto quando necessário. No entanto, faz-se necessário destacar, que os dados encontrados a respeito da necessidade de aumento da quantidade de CAPS e do seu corpo de profissionais tem forte relação com os retrocessos que a Política Pública de Saúde Mental brasileira vem sofrendo nos últimos anos, como apontado por Nabarrete (2023).

Além disso, as reflexões dos profissionais sobre o cenário atual da RAPS estão alinhadas com a fase de recuperação pós-desastre, que envolve a reconstrução de infraestruturas, a restauração de serviços essenciais e a capacitação das equipes envolvidas. A literatura da GIRD destaca a importância de uma recuperação que não apenas restaure os serviços ao seu estado anterior, mas que os melhore para enfrentar futuras crises de forma mais eficiente e resiliente (UNISDR, 2015).

A pandemia foi um evento propício para a criação de saídas estratégicas e inovadoras, mas ainda existem desafios para a mudança da saúde mental. Assim, finalizo esta discussão trazendo a fala inspiradora de E02, para que fique como uma deixa para todos nós, profissionais, gestores, usuários do SUS e interessados pela “reforma” proposta neste trabalho.

Ainda percebo muita gente que ainda não tem essa visão de querer reformular isso, de querer unir, de querer mudar. Mesmo passando por uma pandemia, parece que o pessoal não quer sair daquela mesma coisinha que era antes. Ainda mais aqui na saúde mental, que é uma coisa muito arcaica com relação a preconceito. Então o

peessoal acha que as coisas não têm que mudar, tem que se manter como era antes, na pauleira... é taca mesmo! Mas é difícil colocar isso na cabeça de pessoas... Situações fora da curva nos remetem a fazer coisas fora curva, né? Então, se a gente ainda não tinha essa capacidade de se organizar, eu acho que é uma boa oportunidade pra gente treinar isso, né? (E02).

Capítulo 7- Considerações Finais

A pandemia de COVID-19 destacou e amplificou as fragilidades existentes no sistema de saúde mental, ao mesmo tempo que trouxe à tona a necessidade de estratégias inovadoras e flexíveis para atender às demandas emergentes. A integração dos marcos teóricos com os resultados da pesquisa qualitativa reforça a importância de um sistema de saúde mental robusto, capaz de responder rapidamente às crises e de se adaptar às necessidades dinâmicas da população.

O estudo revela a diversidade das demandas psicossociais enfrentadas pelos CAPS durante e após a pandemia, enfatizando a necessidade de adaptação dos dispositivos de cuidado. A resposta dos CAPS à pandemia de COVID-19 evidenciou a necessidade de adaptação rápida, resiliência e inovação nos dispositivos de cuidado em saúde mental. A reorganização dos serviços, a intensificação da empatia e o foco em medidas preventivas foram fundamentais para enfrentar os desafios impostos pela pandemia. No entanto, a crise também expôs limitações significativas, especialmente em termos de infraestrutura tecnológica, que precisam ser abordadas para fortalecer a RAPS e garantir uma resposta mais eficaz em futuras emergências sanitárias.

Com base nos resultados e na discussão deste estudo, as seguintes considerações finais são direcionadas à SEMUS de São Luís, Maranhão, com o objetivo de fortalecer a RAPS e melhorar o atendimento à população:

1. **Reforço da Infraestrutura Tecnológica:** A pandemia evidenciou a necessidade urgente de melhorar a infraestrutura tecnológica dos CAPS para possibilitar a realização de teleatendimentos. Investimentos em equipamentos, treinamento de profissionais e acesso à internet de alta qualidade são essenciais para garantir a continuidade do cuidado em situações de emergência.

2. Expansão e Capacitação das Equipes e Serviços de Saúde Mental: Aumentar o número de profissionais nos CAPS e investir na capacitação contínua das equipes são medidas fundamentais para atender à crescente demanda por serviços de saúde mental. A formação de equipes multidisciplinares, com foco em práticas baseadas em evidências, contribuirá para um atendimento mais eficaz e humanizado. Aumentar o número de serviços, de modo que todos os distritos sanitários tenham em sua área, ou ao menos bem próximo, um CAPS e um ambulatório de saúde mental de referência.

3. Fortalecimento das Oficinas Terapêuticas e Atividades Comunitárias: As oficinas terapêuticas desempenham um papel crucial na recuperação e reintegração social dos usuários dos CAPS. É necessário desenvolver alternativas para a continuidade dessas atividades em situações de restrição social, como por meio de atividades ao ar livre ou virtuais, garantindo a manutenção dos benefícios terapêuticos.

4. Implementação de Programas de Suporte para Profissionais de Saúde: O bem-estar dos profissionais de saúde é essencial para a qualidade do atendimento. Programas de suporte psicológico e emocional para os profissionais dos CAPS devem ser implementados, promovendo a resiliência e a capacidade de lidar com o estresse e a carga emocional intensa.

5. Desenvolvimento de Estratégias de Educação em Saúde: Intensificar as ações de educação em saúde para a população, abordando temas como manejo do estresse, autocuidado e prevenção de transtornos mentais. Campanhas de sensibilização e programas educativos podem aumentar a conscientização sobre a importância da saúde mental e reduzir o estigma associado.

6. Integração e Coordenação dos Serviços de Saúde: Fortalecer a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e garantir a coordenação dos serviços oferecidos pela RAPS. A criação de fluxos de atendimento claros e a articulação com outros serviços de saúde são essenciais para proporcionar um cuidado contínuo e integral aos usuários.

7. Pesquisa e Monitoramento Contínuo: Incentivar a realização de pesquisas e o monitoramento contínuo das necessidades de saúde mental da população. Dados atualizados e pesquisas locais são fundamentais para a tomada de decisões informadas e para a adaptação das estratégias de intervenção de acordo com as demandas emergentes.

A SEMUS de São Luís, Maranhão, tem um papel crucial na implementação dessas recomendações. Ao fortalecer a RAPS e aprimorar os serviços de saúde mental, será possível oferecer um atendimento mais abrangente, acessível e de qualidade, contribuindo para a recuperação e o bem-estar da população.

A análise dos dados coletados confirma que, para enfrentar futuras crises, é essencial fortalecer a infraestrutura tecnológica, expandir os serviços de saúde mental e promover a integração entre diferentes níveis de atenção. O investimento contínuo na formação e suporte aos profissionais de saúde também é crucial para garantir a resiliência e a capacidade de resposta dos serviços de saúde mental.

Este estudo apresenta algumas limitações, no que tange ao tempo decorrido da pandemia, que contribuiu para o esquecimento de alguns fatos por parte dos entrevistados, assim como a dificuldade de encontrar, ainda vinculados aos serviços, todos os profissionais que atuavam àquela época. Assim, diante das necessidades identificadas, sugere-se que sejam realizados estudos futuros que possam: expandir o conhecimento sobre o impacto da implementação de intervenções tecnológicas nos serviços de saúde mental e avaliar longitudinalmente os efeitos psicossociais da pandemia e a efetividade de programas de apoio psicológico para profissionais de saúde que trabalham nos CAPS, considerando sua resiliência, bem-estar e capacidade de enfrentamento.

A pesquisa conclui pela urgência de fortalecer a RAPS para enfrentar futuras crises, preparando melhor os serviços de saúde mental para responder com eficácia e compreensão das necessidades da população.

Agradeço a colaboração de todos os profissionais dos CAPS que participaram deste estudo, compartilhando suas experiências e conhecimentos. Seu trabalho incansável e dedicação são fundamentais para a promoção da saúde mental e o apoio às comunidades em tempos de crise.

Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2023). *Anvisa atualiza recomendação de uso de máscaras em serviços de saúde*. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2023/anvisa-atualiza-recomendacao-de-uso-de-mascaras-em-servicos-de-saude>
- Aires, S., Moscon, B., Chamusca, C. M., Mignac, L., & Guerra, L. C. (2021). Experiências de Atendimento Online a Crianças e Adolescentes em Tempos de COVID-19. *Estilos da Clínica*, 26(2), 283-296. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v26i2p283-296>.
- Alves, J. M., Côrtes, J. P., Ramos, L. de M., Medeiros, L. P., Castro, N. C., Vieira, B. H. M., Siqueira, T. E. G., & Faria, M. A. (2024). Efeitos da Pandemia do COVID-19 na Saúde Mental dos Profissionais da Saúde: uma revisão sistemática. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo*, 16(1), 1260–1272. <https://doi.org/10.55905/cuadv16n1-066>
- Amapá. Secretaria de Saúde (2020). *Plano de contingência para o novo coronavírus*. Macapá: SES-AP.
- Amarante, P. (1995). Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental e atenção psicossocial* (1a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*. Published online March 6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)

- Andrade, J. F. S. M., & Simon, C. P. (2009). Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. *Paideia*, 19(43), 167-175.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200005>
- Angerami-Camon, V. A. (2006). *Psicologia da Saúde*. São Paulo: Thomson Learning.
- Banerjee, D., & Rai, M. (2020). Social isolation in COVID-19: The impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 525-527.
<https://doi.org/10.1177/0020764020922269>
- Barbosa, M. F. dos S., Vernasque, J. R. da S., Batista, A. M. D., Nonato, A. C., & Pio, D. A. M. (2023). Serviço Residencial Terapêutico, Desinstitucionalização e Autonomia Dos Usuários: Revisão Integrativa. *Revista Foco*, 16(9).
<https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n9-155>
- Barros, A. B., Santos, A. L. B., Leite, L. A., Bezerra, M. G. A. F., Pereira, J. S., Santos, E. M. J., Feitosa, E. M. S., Silva Neto, R. M., Alencar, A. M. P. G., & Araújo, A. F. (2024). Pandemia da saúde mental: atuação do CAPS frente ao aumento da demanda de transtornos mentais na emergência da COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(4), e15940. <https://doi.org/10.25248/reas.e15940.2024>
- Benatto, M. C., Silva, S. M., & Johann, D. A. (2022). Perfil de atendimento em Centro de Atenção Psicossocial durante a pandemia da COVID-19: uma análise retrospectiva. *Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário*, 11(2).
<https://doi.org/10.17566/ciads.v11i2.893>
- Bianchini, L. V., Nascimento, M. C., Botelho, R. P., & Aros, M. S. (2023). Impacto na saúde mental de crianças e adolescentes pós pandemia. *International Seven Journal of Multidisciplinary*. <https://doi.org/10.56238/medfocoexplconheci-050>

- Bispo Junior, J. P., & Santos, D. B. (2021). COVID-19 como Sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>
- Boing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>
- Bolaséll, L. T., Nunes, F. R. C., Valandro, G. S., Rittmann, I., Markus, J., Weide, J. N., Seibt, L. T., Verde, L. V., & Rodrigues, C. S. M. (2020). *O processo de luto a partir das diferentes perdas em tempos de pandemia*. Porto Alegre: PUCRS.
- Brambatti, L. P. (2007). *Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento antirretroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS em Maputo, Moçambique* (Tese de doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Brasil, D. D. R., & Lacchini, A. J. B. (2021). Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus Antecedentes aos Dias Atuais. *PsicoFAE: Pluralidade em Saúde Mental*, 10(1). <https://doi.org/10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v10n1-2>
- Brasil. (1990). *Lei N° 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*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial Eletrônico*, Brasília, DF, 09 abr, p. 2.
- Brasil. (2002). 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 abrangência populacional. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF.

- Brasil. (2005). 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, nov.
- Brasil. (2009). *Constituição Federal 1988: Texto Constitucional de 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais N° 1/92 a 62/09 e Emendas Constitucionais de Revisão N° 1/94 a 6/94*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conceitos e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde. 548 p.: il. (Caderno HumanizaSUS; v. 5).

- Brasil. (2017a). *Portaria N° 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.
- Brasil. (2017b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2021a). *Após 20 anos, reforma psiquiátrica ainda divide opiniões*. Brasília: Agência Senado.
- Brasil. (2021b). Ministério da Saúde. *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19*. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE COVID-19 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2021c). Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Plano de Contingência da Fiocruz diante da pandemia da doença pelo SARS-Cov-2 (Covid-19) (v.2)*. Brasília: Fiocruz.
- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. *Guia para elaboração de planos de contingência*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19*. Brasília: Ministério da Saúde, 131 p.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. ISSN 1478-0887.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breuner, C. C., & Bell, D. L. (2023). Adolescent Mental and Behavioral Health: COVID-19 Exacerbation of a Prevailing Crisis. *Pediatrics*, 151(S1).
<https://doi.org/10.1542/peds.2022-057267D>

- Brier, N. de, Stroobants, S., Vandekerckhove, P., & Buck, E. de (2020). Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLoS One*, 15(12), 1–11. DOI: 10.1371/journal.pone.0244052
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press. 330p.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bruno, G. F., Nabero, A. P. P., Leitão, C. L., Torres, M. S., Ferreira, B. O., & Figueiredo, A. A. F. (2022). (Sobre)Vivência e (Re)Existência de Pessoas em Situação de Rua na Pandemia de COVID-19. *Cadernos de Psicologia*, 2(2), 1-15.
<https://doi.org/10.9788/CP2022.2-05>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Campos, M. M., Machado, J. A., Vargas, A. M., & Pacheco, L. D. (2023). O tempo e o vácuo decisório: dilemas da (des)coordenação federativa no enfrentamento à COVID-19. *Revista Sociedade e Estado*, 38(3), e45557. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202338030002>
- Cardona, O. D. (2003). The Need for Rethinking the Concepts of Vulnerability and Risk from a Holistic Perspective: A Necessary Review and Criticism for Effective Risk Management. In Bankoff, G., Frerks, G., & Hilhorst, D. (Eds.). *Mapping*

Vulnerability: disasters, development and people. London: Earthscan.

<https://www.researchgate.net/publication/254267457>

Carlos, M. M., & Gallassi, A. D. (2024). Práticas de articulação de rede na atenção psicossocial: quais desafios enfrentam os profissionais para matricular, reunir-se e encaminhar? *Interface (Botucatu)*, 28, e230651.

<https://doi.org/10.1590/interface.230651>

Cavalcante, R. B., Carbogim, F. C., Bulgarelli, A. F., Santos, C. M., Ribeiro, A. Q., Pinto, I. C., Zacharias, F. C. M., Fabriz, L. A., Oliveira, D. M., Mendonça, E. T., Moreira, R., Machado, R. M., Bitencourt, G. R., Souza, P. A., Santana, R. F., Cruz, G. E. C. P., Freitas, E. R., Silva, H. S., Cruz, F. V., Püschel, V. A. A. (2022). Repercussões da Infodemia Associada ao COVID-19 na Saúde Mental do Idoso no Brasil. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 33. Epub 30 de junio.

Cecilio, L. C. O. (2006). A Integralidade de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro, R.; Matos, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde* (8a ed.). Rio de Janeiro: UERJ, v. 1, p. 117-130.

Cenedesi, M. A. Jr., Fernandes, P. C. C., Faria, G. T., Rodrigues, J. E., Souza, M. F., Moura-Ferreira, M. C., Arantes, A. P. F., Moraga, L. M. V. M., Jiticoski, A. F. M., Vouillat, S. E., & Cenedesi, R. T. F. (2024). O cuidado à saúde mental dos idosos no contexto da pandemia pela Covid-19. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*, 29(3), 09-14. <https://doi.org/10.9790/0837-2903070914>

Chen, L. K., Huang, C. Y., Chang, H. C., & Liu, L. F. (2020). Technology-supported health education: A case of anti-pandemic behavior. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 68(2), 69-78.

- Clay, J. M., & Parker, M. O. (2020). Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health*, 5, e259. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30088-8.
- Coelho, H. O. (2022). Guerra e pandemia: O que sonham os profissionais da linha de frente? *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 10(1), 16-24.
<https://periodicos.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/35461/30828>
- Coelho, V. A. A., Pauferro, A. L. M., Silva, M. A., Guimarães, D. A., Gama, C. A. P., Modena, C. M., & Guimarães, E. A. A. (2023). Rede de Atenção Psicossocial: desenvolvimento e validação de um instrumento multidimensional para avaliação da implantação (IMAI-RAPS). *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33, e33004.
<https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333004>
- Cogo, A. S., César, A. V. L., Prizanteli, C. C., Jabur, E., Hispagnol, I. G. R., Franco, M. H. P., Rodriguez, M. I. F., & Torolho, P. R. D. (2015). A psicologia diante de emergências e desastres. In M. H. P. Franco (Org.), *A intervenção psicológica em emergências [recurso eletrônico]: fundamentos para a prática*. São Paulo: Summus.
- Comitê Permanente Interagências. (2020). *Guia Preliminar Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19*. Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC.
- Conselho Federal de Psicologia. (1998). *Quem é o psicólogo brasileiro*. São Paulo: Edicon.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Resolução CFP nº 010/2005. Código de Ética Profissional do psicólogo, XIII Plenário*. Brasília, DF: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2009). *A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal De Psicologia. (2013a). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília: CFP.

- Conselho Federal de Psicologia. (2013b). *Regulação dos Serviços de Saúde Mental no Brasil: inserção da psicologia no sistema único de saúde e na saúde suplementar*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde* (2a ed.). Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS — Centro de Atenção Psicossocial* (ed. rev.). Brasília: CFP.
- Contatore, O. A., Malfitano, A. P. S., & Barros, N. F. (2019). Por uma Sociologia do Cuidado: Reflexões Para Além do Campo da Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00200>
- Correia, V. R., Barros, S., & Colvero, L. A. (2011). Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1501-1506. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>
- Costa, N. R., Barros, P. L., & Ribeiro, J. M. (2014). A descentralização do Sistema de Saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 50(3), 32-55. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v50i3.350>
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. London: Sage Publications.
- Cunha, L. R. L., Santos, L. B., Santos, Z. C., Couto, R. N., Silva, P. G. N., & Medeiros, E. D. (2023). Medo da COVID-19 e sofrimento psicológico: o efeito mediador da “infoxicação” durante a pandemia. *Suma Psicológica*, 30(1), 48-57. DOI: <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2023.v30.n1.6>
- Cunha, R. (2021). Gestão de Riscos e Desastres na Pandemia de COVID-19: Uma Análise das Políticas Públicas. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, 17(3), 57-74.

- Dantas, E. S. O. (2021). Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por COVID-19. *Interface, Botucatu*, 25(1).
<https://doi.org/10.1590/Interface.200203>
- Delgado, P. G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., (2007). Reforma Psiquiátrica e Política De Saúde Mental No Brasil. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn (Orgs.), *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 39-83). Porto Alegre: Artmed.
- Dimenstein, B. D. M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>
- Dimenstein, M., Lima, A. I., & Macedo, J. P. (2013). Integralidade em saúde mental: Coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In S. Paulon & R. Neves (Eds.), *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina.
- Dimenstein, M., Sales, A. L., Galvão, E., & Severo, A. K. (2010). Estratégias de Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1209-1226. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>
- Druss, B. G. (2020). Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 891-892. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.0894.
- Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of Affective Disorders*, 278, 54-56. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.049.
- Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F. P., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>

- Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Figueiredo, A. C. C. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, 3(5), 43-55.
- Fineberg, N. A., Van Ameringen, M., Drummond, L., Hollander, E., Stein, D. J., Geller, D., Walitza, S., Pallanti, S., Pellegrini, L., Zohar, J., Rodriguez, C. I., Menchon, J. M., Morgado, P., Mpavaenda, D., Fontenelle, L. F., Feusner, J. D., Grassi, G., Lochner, C., Veltman, D. J., Sireau, N., Carmi, L., Adam, D., Nicolini, H., Dell'Osso, B., & Rodriguez, C. I. (2020). How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the obsessive-compulsive foundation (OCF). *Comprehensive Psychiatry*, 100, 152174. DOI: 10.1016/j.comppsy.2020.152174
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Foucault, M. (1988). *Madness and Civilization: a history of insanity in the age of reason*. New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (2019). *História da loucura na idade clássica* (2a ed., José Teixeira Coelho Netto, Trad.). São Paulo: Perspectiva, 1961. (Original work published).
- Franco, M. H. P. (2012). Crises e desastres: A resposta psicológica diante do luto. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 54-58. DOI:10.15343/0104-7809.20123615458.
- Franco, T. B. (2006). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In R. Pinheiro & R. A. Matos (Orgs.), *Gestão em redes* (pp. 459-473). Rio de Janeiro: LAPPIS-IMSS/UERJ-Abrasco.

- Franco, T. B., & Magalhães Jr., H. M. (2007). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In E. E. Merhy, H. M. Magalhães Jr., J. Rimole, & T. B. Franco (Orgs.), *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 125-133). São Paulo: Hucitec.
- Freire, M. P., Silva, L. G., Meira, A. L. P., & Louvison, M. C. P. (2023). Telemedicina no acesso à saúde durante a pandemia de COVID-19: uma revisão de escopo. *Revista de Saúde Pública*, 57(Supl. 1), 4s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004748>
- Freitas, C. M., Silva, I. V. M., Cidade, N. C., Silva, M. A., Peres, M. C. M., & Nunes, F. S. B. (2020). *A Gestão de Riscos e Governança na Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês. Relatório técnico e sumário executivo*. Rio de Janeiro: Cepedes, Ensp/Fiocruz.
- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (2020). *Saúde mental e atenção psicossocial na Pandemia COVID-19 - Recomendações Gerais*. <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomendações-gerais.pdf>
- Garcia, L. P., & Sanchez, Z. M. (2020). Consumo de álcool durante a pandemia da COVID-19: uma reflexão necessária para o enfrentamento da situação. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(10), e00124520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124520>
- Gassman-Pines, A., Ananat, E. O., & Fitz-Henley, J. (2020). COVID-19 and parent-child psychological well-being. *Pediatrics*, 146(4), e2020007294. DOI: 10.1542/peds.2020-007294
- Glass, T. A., de Leon, C. M., Marottoli, R. A., & Berkman, L. F. (2006). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ*, 319(7208), 478-483. DOI: 10.1136/bmj.319.7208.478.

- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Gostin, L. O., & Wiley, L. F. (2016). *Public Health Law: Power, Duty, Restraint* (3a ed.). Berkeley: University of California Press.
- Grolli, R. E., Mingoti, M. E. D., Bertollo, A. G., Luzardo, A. R., Quevedo, J., Réus, G. Z., & Ignácio, Z. M. (2021). Impact of COVID-19 in the mental health in elderly: psychological and biological updates. *Molecular Neurobiology*, 58(5), 2649-2666. DOI: 10.1007/s12035-020-02249-x.
- Hale, L., & Guan, S. (2015). Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep Medicine Reviews*, 21, 50-58. DOI: 10.1016/j.smr.2014.07.007.
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R. S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C., & Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 100-106. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.069.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Silver, R. C., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., Yardley, L., Cowan, K., Cope, C., Hotopf, M., & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1.

- Homercher, B. M., & Guazina, F. M. N. (2023). Tessituras da adolescência na pandemia: Demandas psicossociais de um CAPSi. *Revista Polis e Psique*, 13(1), 33-54.
<https://doi.org/10.22456/2238-152X.122621>
- Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331-335. DOI: 10.1037/tra0000592.
- Howes Neto, G., & Martins, A. F. S. (2022). CAPS x pandemia: Como o COVID-19 afetou na forma e no aumento de atendimentos no CAPS I da cidade de Santana do Livramento/RS? In Editora Científica Digital (Org.), *Open Science Research IX* (1ª ed., pp. 1311-1334). São Paulo: Editora Científica Digital.
<https://doi.org/10.37885/221211288>
- Imran, N., Zeshan, M., & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-S4), S67. DOI: 10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *São Luís histórico*.
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/historico>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *São Luís*.
<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/sao-luis.html>
- Iriart, J. A. B., & Castellanos, M. E. P. (2023). Preconceito, discriminação e exclusão em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(1). <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.16802022>
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., & Somekh, E. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221, 264-266. DOI: 10.1016/j.jpeds.2020.03.013.

- Kitamura, E. S., Cavalcante, R. B., Castro, E. A. B., & Leite, I. C. G. (2022). Infodemia de COVID-19 em idosos com acesso a mídias digitais: fatores associados a alterações psicopatológicas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 25(6), e220016. <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220016pt>
- Lancetti, A., & Amarante, P. D. C. (2017). Saúde mental e saúde coletiva. In G. W. de S. Campos et al. (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2a ed., pp. 616-636). São Paulo: Hucitec.
- Lima, D. S., Rodrigues, F. M., Martins, J. D. A., Resende, A. L. V., Oliveira, J. V. P., Barreto, V. L., & Almeida, F. S. (2022). Profissionais da saúde e as percepções em um período da pandemia do COVID-19 no Brasil. *Brazilian Journal of Emergency Medicine*, 2, 12-18.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3. DOI: 10.1016/j.jaac.2020.05.009.
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113190.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2012). Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a reforma psiquiátrica. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 12(1-2), 419-456.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000100015

- Machado, E. S. (2023). *Entre o registro e a denúncia: práticas nos CAPS durante a pandemia de COVID-19* (Master's thesis, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Machado, M. H., Wermelinger, M., Machado, A. V., Vargas, F. L., Pereira, E. J., & Aguiar Filho, W. (2022). Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de COVID-19: A realidade brasileira. In M. C. Portela, L. G. C. Reis, & S. M. L. Lima (Eds.). *Covid-19: Desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* (pp. 283-371). Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz.
- Malta, D. C., & Merhy, E. E. (2010). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 593-605. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Massem Homercher, B., & Nascimento Guazina, F. M. (2023). Tessituras da adolescência na pandemia: Demandas psicossociais de um CAPSi. *Revista Polis e Psique*, 13(1), 33-54. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.122621>
- Mateus, M. D., & Mari, J. J. (2013). O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. In Instituto de Saúde (Ed.). *Políticas de saúde mental* (pp. 1-15). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Matta, G. C., Souto, E. P., & Segata, J. (2021). A Covid-19 no Brasil e as várias faces da pandemia. In G. C. Matta, S. Rego, E. P. Souto, & J. Segata (Eds.), *Os impactos*

- sociais da COVID-19 no Brasil: Populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* (pp. 15-26). Rio de Janeiro: Observatório Covid-19; Editora Fiocruz.
- Minas Gerais. Secretaria de Saúde. (2020). *Plano de contingência da Secretaria de Estado de Saúde para enfrentamento do COVID-19*. Belo Horizonte: SES-MG.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (12th ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Ministério da Saúde. (2022). Saúde mental e a pandemia de COVID-19. Biblioteca Virtual em Saúde MS. <https://bvsmms.saude.gov.br/saude-mental-e-a-pandemia-de-covid-19/>
- Moreno, A. B., & Matta, G. C. (2021). Covid-19 e o Dia em que o Brasil Tirou o Bloco da Rua: acerca das narrativas de vulnerabilizados e grupos de risco. In G. C. Matta, S. Rego, E. P. Souto, & J. Segata (Eds.), *Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil: Populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* (pp. 41-50). Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ.
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C. U., Byrne, L., Carr, S., Chen, E. Y. H., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J. H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., Vita, A., & Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813-824. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30307-2.
- Moura, P. T., Rockenbach, C. A., Mendes, C. R., Mendes, G. U., Ghiggi, L. A., Diel, M., Martini, P., Camozzato, Filho, P., de Castro, R. S. B., Mello, R. M., Kovalski, R., Mendes Filho, V. A., & Mosqueiro, B. P. (2022). Depression and suicide risk during the COVID-19 pandemic at a Brazilian public health psychosocial addiction care

- center: A preliminary report. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 44(1-6). DOI: 10.47626/2237-6089-2021-0259.
- Nabarrete, L. M. S. (2023). As Concepções de Usuários e Profissionais de Saúde Sobre os Serviços de Saúde Mental da Rede Pública em Campo Grande, MS: análise sobre a prática e o modo psicossocial. (Tese de Doutorado) -Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Repositório da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. <https://repositorio.ufms.br/retrieve/ee7d4eed-fe62-4b88-8fae-cf4707ec3aa0/Tese%20%28defesa%29%20-%20Luiza%20Nabarrete.pdf>
- Nepomuceno, L. B., & Brandão, I. R. (2011). Psicólogos na estratégia saúde da família: Caminhos percorridos e desafios a superar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(4), 762-777. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400008>
- Neuman, W. L. (2019). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (7th ed.). Essex, UK: Pearson Education.
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): a review. *International Journal of Surgery*, 78, 185-193. DOI: 10.1016/j.ijssu.2020.04.018
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239. DOI: 10.1521/psyc.65.3.207.20173
- Novais, J. C. E. A., Santos, M. M., & Prado, N. M. B. L. (2023). Determinantes para repercussões na saúde mental de profissionais de saúde hospitalar na pandemia da COVID-19. *Saúde em Debate*, 47(138), 658-676. DOI: 10.1016/j.ijssu.2020.04.018.
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Costa, S. L. F., Silva, F. L., Alverga, A. R., Carvalho, D. B., & Yamamoto, O. H. (2004). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: Formação

acadêmica e prática profissional. *Interações*, 17(9), 71-89.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000100005

Oliveira, M. R., Schlosser, A., & Silva, J. P. (2020). Revisão integrativa: Atuação da psicologia na rede de atenção psicossocial. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(3), 19-32. <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1035>

Oliveira, T. C. L., Silva, D. J., Paz, E. G., & Paineiras-Domingos, L. L. (2023). Efeitos do isolamento social pela COVID-19 na inatividade física e na saúde mental de crianças e adolescentes. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 47(2), 249-263. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2023.v47.n2.a3906>

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-0011.

Paiano, M., Jaques, A. E., Nacamura, P. A., Salci, M. A., & Radovanovic, C. A. T. C. L. (2020). Saúde mental dos profissionais de saúde na China durante pandemia do novo coronavírus: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338>

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.026.

- Pereira, D. E. M. (2023). Fluxos na Rede de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil na Cidade de Campinas-SP: Compreensão, construção e itinerários. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Rede de Repositórios Latino-americanos. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/1352059>.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. DOI: 10.1056/NEJMp2008017.
- Polack, F. P., Thomas, S. J., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., Lockhart, S., Perez, J. L., Marc, G. P., Moreira, E. D., Zerbini, C., Bailey, R., Swanson, K. A., Roychoudhury, S., Koury, K., Li, P., Kalina, W. V., Cooper, D., Frenck, R. W. Jr, Hammitt, L. L., & Gruber, W. C. (2020). Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine. *The New England Journal of Medicine*, 383(27), 2603-2615. DOI: 10.1056/NEJMoa2034577.
- Polejack, L., Gomes, P. M. G., Miranda, M. R. N., & Machado, M. P. M. (2015). A psicologia na atenção básica: Descobertas, conquistas, considerações e desafios no NASF. In L. Polejack, A. M. A. Vaz, P. M. G. Gomes, & V. C. Wichrowski (Eds.), *Psicologia e políticas públicas na saúde: Experiências, reflexões, interfaces e desafios* (pp. 97-126). Porto Alegre: Rede Unida.
- Polejack, L., Totugui, M. L., Gomes, P. M. G., & Conceição, M. I. G. (2015). Atuação do psicólogo nas políticas públicas de saúde: Caminhos, desafios e possibilidades. In L. Polejack, A. M. A. Vaz, P. M. G. Gomes, & V. C. Wichrowski (Eds.), *Psicologia e políticas públicas na saúde: Experiências, reflexões, interfaces e desafios* (pp. 29-48). Porto Alegre: Rede Unida.
- Portela, D. J., Sousa, I. T., Goiano, A. G. M., Magalhães, M. T., Brito, L. C., Azevedo, V. M. C. S. E., Lima, M. A. C., Góis, J. T. F., Segundo, J. L. S., & Souza, M. B. R. (2022). Revisão da literatura: impactos da diminuição da socialização no desenvolvimento

infantil. *Research, Society and Development*, 11(11), e413111133796.

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33796>

Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., & Franco, T. B. (2014). Rede de Atenção Psicossocial:

qual o lugar da saúde mental? *Physis*, 24(1), 253-271. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>

Ribeiro, R. S. (2022). As políticas públicas: a assistência social, a defesa civil, a educação, os

direitos humanos e a habitação (2a ed.). Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção

Psicossocial na COVID-19: Reconstrução Pós-desastres e Emergências e Saúde

Pública Módulo 5. Brasília: Fiocruz.

Rio de Janeiro. Secretaria de Saúde. (2020). *Plano de resposta de emergência ao coronavírus*

no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SES-RJ.

Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde (2020). *Plano de contingência e ação estadual do*

Rio Grande do Sul para infecção humana COVID-19. Porto Alegre: SES-RS.

Rondônia. Secretaria de Saúde. (2021). Plano de contingência do Estado de Rondônia para

medidas de prevenção e controle da infecção humana pelo coronavírus (Sars-Cov-2)

(5º adendo de atualização). Porto Velho: SES-RO.

Roraima. Secretaria de Saúde. (2020). *Plano de contingência do Estado de Roraima para*

enfrentamento da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19). Boa Vista: SES-RR.

Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Salehi, M., Amanat, M., Mohammadi, M., Salmanian, M., Rezaei, N., Saghazadeh, A., &

Garakani, A. (2021). The prevalence of post-traumatic stress disorder related

symptoms in Coronavirus outbreaks: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 282, 527-538. DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.188.

Santabárbara, J., Bueno-Notivol, J., Lipnicki, D. M., Olaya, B., Pérez-Moreno, M., Gracia-

García, P., Idoiaga-Mondragon, N., & Ozamiz-Etxebarria, N. (2021). Prevalence of

- anxiety in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107, 110099. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2021.110244.
- Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62-e70. DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30230-0.
- Santos, D. B., Segovia, C. G., Santos, D. F., Pereira, I. F., & Andrade, E. A. (2023). Saúde mental e atenção básica: revisão integrativa sobre diálogos intra e intersetoriais. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 11(2 Suplementar).
<https://doi.org/10.25194/rebrasf.v11i2.1668>
- São Luís. Secretaria Municipal de Saúde. (2021). Plano municipal de saúde 2022-2025. São Luís: SEMUS.
- São Luís. Secretaria Municipal de Saúde. (2023). *Mapa dos serviços municipais de saúde*. São Luís: SEMUS. <http://agenciasaoluis.com.br/mapas/index.asp?grupo=5>
- São Paulo. Secretaria de Saúde. (2020). *Plano de contingência do Estado de São Paulo para a infecção humana pelo novo coronavírus – SARS-CoV2*. São Paulo: SES-SP.
- Saraceno, B. (2016). Reabilitação psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In A. M. F. Pitta (Ed.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 19-26). São Paulo: Hucitec.
- Schimitz, R. L., & Souza, R. L. P. (2022). As contribuições da psicologia em situações de emergências e desastres. *Revista Psicologia em Foco*, 14(20), 2-24.

- Schmidt, B., Silva, I. M., Sehn, A. S., Aires, M. C., & Paiva, A. M. N. (2022). Perda, luto e resiliência na pandemia de COVID-19: Implicações para a prática com famílias. *Pensando Famílias*, 26(1), 3-17.
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 323(21), 2133-2134. DOI:10.1001/jama.2020.5893.
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Current Psychiatry Reports*, 15(11), 406. DOI: 10.1007/s11920-013-0406-z.
- Shimizu, H. E., Lima, L. D., Carvalho, A. L. B., Carvalho, B. G., & Viana, A. L. D. (2021). Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da COVID-19: impasses e perspectivas. *Saúde em Debate*, 45(131), 945-957.
- Silva, A. R., Yunes, M. A. M., & El Achkar, A. M. N. (2024). Resiliência comunitária em contextos de pandemias e epidemias: Uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*, 41(1), 317-340.
<https://doi.org/10.14295/remea.v41i1.15251>
- Silva, A. S. C. P. (2023). Arranjos em saúde mental durante a pandemia de COVID-19 (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.
https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSP_9450d1d6b2cd65295461254b45e03901.
- Silva, F. A. N. M., Silva, P. A., Silva, A. W. R., Gomes, A. B. S., & Aragão, S. S. C. (2022). A saúde mental dos profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19: Revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, 8(1), 3757-3778.
<https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-247>
- Silva, F. P., Silva, T. N., Silva, R. A., Silva, K. F., Almeida, L. M., Silva, D. M. R., & Aquino, J. M. (2023). Repercussões da COVID-19 no cuidado e comportamento de

- usuários de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil. *Revista Rene*, 24, e83042. DOI: 10.15253/2175-6783.20232483042.
- Silva, M. L., Otuka, L. A., Corrêa, K. C., & Silva, N. R. (2023). Saúde mental de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial durante pandemia de COVID-19. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 11(1), 1-13.
<https://doi.org/10.18316/sdh.v11i1.9516>
- Silva, N. E. K., Sancho, L. G., & Figueiredo, W. S. (2016). Entre fluxos e projetos terapêuticos: Revisitando as linhas de cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 843-852. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>
- Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In F. C. B. Campos (Ed.), *Psicologia e saúde: Repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941-950. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30003-X.
- Slomp Junior, H., Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2022). *Projeto terapêutico singular como dispositivo para o cuidado compartilhado*. Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- Sousa, L. R. M., Leoni, P. H. T., Carvalho, R. A. G., Ventura, C. A. A., Silva, A. C. O., Reis, R. K., & Gir, E. (2023a). Resiliência, depressão e autoeficácia entre profissionais de enfermagem brasileiros na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(10), 2941-2950. DOI: 10.1590/1413-812320232810.09852023.
- Sousa, P. H. B., Leite, T. A., Oliveira, A. P. S. de, Madruga, L. de O., Almeida, E. S. de, Santos, A. V. dos, Araújo, R. A. M. de, Santos, C. L. C., Chaves, M. V. F., Santiago, G. V., Doares, C. F., & Oliveira, M. C. B. de (2023b). Impactos da pandemia da

- COVID-19 relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 20794-20826.
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/62960/45281/153366>
- Souza, L. K. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(2), 51-67. <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>
- Spink, M. J. P. (2013). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Artmed.
- Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: Em busca de um conceito. *Journal of Human Growth and Development*, 16(3), 104-113.
- Tajfel, H., & Turner, J. (1986). The social identity theory of intergroup behaviour. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7-24). Chicago, IL: Nelson-Hall.
- Teles, B. C. V., & Valladares-Torres, A. C. A. (2022). Influência do estigma e preconceito na vida e nos cuidados em saúde de dependentes de substâncias psicoativas. In Editora Científica Digital (Org.), *Open science research VII* (1ª ed., pp. 271-282). São Paulo: Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/221010571>
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceito. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>

- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde: o psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 16(2), 217-229.
<https://core.ac.uk/download/pdf/95049244.pdf>
- Trindade, M. C., & Serpa, M. G. (2013). O papel dos psicólogos em situações de emergências e desastres. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 279-297.
<https://doi.org/10.12957/epp.2013.7936>
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR). (2015). *Sendai framework for disaster risk reduction 2015-2030*. Geneva: United Nations.
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR). (2009). *UNISDR, terminology on disaster risk reduction*. Geneva: UNISDR.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). Relatório mundial sobre drogas 2021 avalia que pandemia potencializou riscos de dependência. UNODC.
https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2021-do-unodc_-os-efeitos-da-pandemia-aumentam-os-riscos-das-drogas--enquanto-os-jovens-subestimam-os-perigos-da-maconha-aponta-relatorio.html
- Valêncio, N. (2011). A sociologia dos desastres: Perspectivas para uma sociedade de direitos. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Psicologia de emergências e desastres na América Latina: Promoção de direitos e construção de estratégias de atuação* (pp. 23-40). Brasília: CFP.
- Van Orden, K. A., Bower, E., Lutz, J., Silva, C., Gallegos, A. M., Podgorski, C. A., Santos, E. J., & Conwell, Y. (2020). Strategies to promote social connections among older adults during “social distancing” restrictions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(9), 1095-1105. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.05.004

- Vasconcelos, M. G. F. (2016). Projeto terapêutico em saúde mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface*, 20(57), 313-323.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0231>
- Vasques, J. R., Peres, A. M., Straub, M., & Souza, T. L. (2023). Organização dos sistemas de saúde no enfrentamento à COVID-19: uma revisão de escopo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e38. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.38>
- Ventura, R. (2011). Os impactos das emergências e dos desastres na política de assistência social. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Psicologia de emergências e desastres na América Latina: Promoção de direitos e construção de estratégias de atuação* (pp. 41-60). Brasília: CFP.
- Viana, A. L. D., Souza, L. E. P. F., Iozzi, F. L., Pereira, A. P. C. M., Sampaio, R. F., & Salles, N. N. S. (2023). Atuação dos estados no combate à pandemia de COVID-19: uma nova construção federativa? Reflexões desde a Bahia. In P. Palotti, E. C. Licio, S. Gomes, C. I. Segatto, & A. L. N. Silva (Eds.), *E os estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo* (pp. 205-220). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).
- Vieira, M. F., Velasco, V. O. L., Tomaz, R. S. R., Faria, M. R. V., Araújo, J. B., & Daccache, M. H. (2021). O papel da psicologia frente à pandemia do COVID-19. *Revista em Saúde*, 2(1), 1-15.
<https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/saudefaceg/article/view/6922>
- Vieira, S. L., Souza, S. G., Figueiredo, C. F., Santos, V. V. C., Santos, T. B. S., Duarte, J. A., & Pinto, I. C. M. (2023). Ações de educação permanente em saúde em tempos de pandemia: Prioridades nos planos estaduais e nacional de contingência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(5), 1377-1386. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11252022>

- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729.
- World Health Organization (WHO). (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf
- Wu, A. W., Connors, C., & Everly, G. S. Jr. (2020). COVID-19: Peer support and crisis communication strategies to promote institutional resilience. *Annals of Internal Medicine*, 172(12), 822-823. DOI: 10.7326/M20-1236.
- Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J., & Song, R. (2020). Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatrics*, 174(9), 898-900. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2020.1619
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Zhang, Y., Wei, L., Li, H., Pan, Y., Wang, J., Li, Q., & Wu, Q. (2020). The psychological change process of frontline nurses caring for patients with COVID-19 during its outbreak. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(6), 508-517. DOI: 10.1080/01612840.2020.1752865.
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu, W., Wu, G., Gao, G. F., & Tan, W. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 727-733. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017

Zurba, M. C. (2012). Trajetórias da psicologia nas políticas públicas de saúde. In M. C. Zurba (Ed.), *Psicologia e saúde coletiva* (pp. 19-26). Florianópolis: Tribo da Ilha.

Zurba, M. C. (2015). A clínica psicológica no contexto das políticas de saúde mental no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 7(16), 86-94. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v7i16.69030>

Anexo I- Parecer do Comitê de Ética

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DA PANDEMIA POR COVID-19

Pesquisador: Mae Soares da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77640224.0.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.718.798

Apresentação do Projeto:

O projeto: REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DA PANDEMIA POR COVID-19, é parte da pesquisa de doutorado da Pesquisadora principal: Mae Soares da Silva, estudante de doutorado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, sob orientação da Profa Dra Larissa Polejack.

Conforme o resumo apresentado, a pandemia da COVID-19 requereu cuidados em saúde mental, assim como a necessidade de preparo, estruturação e fortalecimento dos serviços de saúde para receber as demandas de sofrimento psíquico decorrente das perdas e processo de adaptação provocados pela pandemia. Apesar das orientações da OMS, a atenção psicossocial prestada nos serviços de saúde foi sendo pensada ao longo da pandemia e se deu de maneira bem heterogênea no território nacional. Neste estudo, parte-se do pressuposto que as questões de saúde mental associadas e/ou decorrentes da pandemia por Covid-19 podem não ter tido um acolhimento devido por parte dos profissionais de saúde. Por isso, a pesquisadora pretende realizar um estudo de abordagem qualitativa, do tipo transversal e de natureza exploratória-descritiva, com profissionais de saúde que atuam no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades, que estiveram em funcionamento nos dois primeiros anos da pandemia por Covid-19 (2020 e 2021).

Objetivo da Pesquisa:

É declarado como objetivo geral da pesquisa conhecer as repercussões psicossociais da

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1582 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 6.718.798

pandemia por COVID-19, a partir da atuação dos profissionais de saúde que atuam em CAPS do município de São Luís-MA, ao longo e no pós-pandemia de Covid-19.

Objetivo Primário: Conhecer as repercussões psicossociais da pandemia por Covid-19, a partir da atuação dos profissionais de saúde que atuam em CAPS ao longo e no pós-pandemia de Covid-19.

Objetivo Secundário: - Caracterizar o perfil sociodemográfico dos entrevistados;- Conhecer a demanda de Saúde Mental e Atenção Psicossocial identificada pelos profissionais de saúde ao longo e no pós-pandemia de Covid-19;- Identificar os dispositivos de cuidado em saúde mental disponíveis e/ou que foram desenvolvidos pelos profissionais de saúde para responder às demandas de saúde mental ao longo e no pós-pandemia;- Conhecer o que está sendo feito pelos profissionais de saúde no processo de reconstrução da Rede de Atenção Psicossocial pós pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisadora declara que a pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes. No entanto a pesquisadora considera a possibilidade de os participantes apresentarem algum desconforto emocional ao falarem das experiências vivenciadas, durante a entrevista. Caso necessário, a pesquisadora, psicóloga de formação, se responsabilizará pelo acolhimento inicial e orientação para possíveis encaminhamentos.

Benefícios: Como benefícios serão discutidas estratégias de comunicação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial, que potencializem as ações profissionais e sirvam como caráter preventivo para outras situações de calamidade pública.

Avalia-se que os riscos e benefícios estão clara e realisticamente apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa será desenvolvida no município de São Luís, estado do Maranhão, em Centros de Atenção Psicossocial de diferentes modalidades, que funcionaram durante os dois primeiros anos da pandemia.

Participantes: Profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional dos CAPS, que estiveram em funcionamento durante os dois primeiros anos da pandemia (2020 e 2021). A equipe de profissionais de saúde do CAPS pode ser composta por: um médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental, um enfermeiro e três profissionais de nível superior

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 5.718.798

de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Desta maneira, espera-se a participação de pelo menos cinco profissionais de cada categoria, totalizado 20 participantes.

Procedimentos e materiais: Para a coleta dos dados qualitativos, será utilizada a técnica de entrevista e os instrumentos: um questionário estruturado e um roteiro de entrevista semiestruturada. Serão realizadas aplicações de maneira presencial, após agendamento prévio de horário e local com os participantes. Será aplicado individualmente o questionário estruturado, que contará com perguntas fechadas, visando captar aspectos sociodemográficos dos sujeitos do estudo. Em seguida, será realizada entrevista individual, tendo como instrumento o roteiro de entrevista semiestruturada, que contará com perguntas abertas. A pesquisadora assegura que a identidade dos entrevistados será preservada assegurando seu anonimato.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos incluídos: Folha de rosto; Informações básicas do projeto; Carta de encaminhamento; Orçamento; Cronograma; Termo de consentimento livre e esclarecido; Carta de revisão ética; Currículos Lattes da orientadora e da pesquisadora principal; Termos de autorização (4) por órgãos da estrutura da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Luis, incluindo CAPs em que atuam os profissionais a serem entrevistados; Termo de responsabilidade e compromisso da pesquisadora; Projeto detalhado (Exame de qualificação), incluindo como parte dos anexos o Termo de autorização para gravação de voz, instrumentos para coleta de dados a serem utilizados.

Avaliação: a documentação apresentada atende às exigências normativas, quanto aos tipos e conteúdos.

Recomendações:

Projeto bem planejado. Atende a quesitos formais e éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de	
Bairro: ASA NORTE	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1582	E-mail: cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 5.718.798

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2265108.pdf	15/02/2024 12:12:31		Aceito
Outros	CartadeEncaminhamento_CEPassinado.pdf	15/02/2024 12:10:41	Mae Soares da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	15/02/2024 12:07:52	Mae Soares da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PLATAFORMABRASIL.pdf	15/02/2024 12:07:19	Mae Soares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.docx	15/02/2024 12:06:58	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	CartadeRevisaoEtica_CEP_CHS_MaeSoaresassinado.pdf	15/02/2024 12:06:03	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	CurriculoLattes_LarissaPolejackBrambatiti.pdf	15/02/2024 12:05:28	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	CurriculoLattes_MaeSoares.pdf	15/02/2024 12:05:06	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	Termodecompromissopesquisador.pdf	15/02/2024 12:04:00	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	termosdedisponibilidadeCAPS.pdf	15/02/2024 12:03:41	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	CartadeanuenciaSEMUSSLZ.pdf	15/02/2024 12:01:32	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevistaSemiEstruturada.pdf	15/02/2024 12:00:49	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	QuestionarioEstruturado.pdf	15/02/2024 12:00:36	Mae Soares da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaB_MaeSoaresUnB.docx	15/02/2024 12:00:11	Mae Soares da Silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2265108.pdf	02/02/2024 11:52:20		Aceito
Outros	CartadeEncaminhamento_CEPassinado.pdf	02/02/2024 11:51:56	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	CartadeRevisaoEtica_CEP_CHS_MaeSoaresassinado.pdf	02/02/2024 11:47:03	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	CurriculoLattes_LarissaPolejackBrambatiti.pdf	02/02/2024 11:46:31	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	CartadeRevisaoEtica_CEP_CHS_MaeSoares.docx	02/02/2024 11:45:53	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	Termodecompromissopesquisador.pdf	02/02/2024 11:45:08	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	termosdedisponibilidadeCAPS.pdf	02/02/2024 11:44:35	Mae Soares da Silva	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 6.718.798

Outros	CartadeanuenciaSEMUSSLZ.pdf	02/02/2024 11:43:59	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevistaSemiEstruturada.pdf	02/02/2024 11:43:31	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	QuestionarioEstruturado.pdf	02/02/2024 11:43:12	Mae Soares da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	02/02/2024 11:42:00	Mae Soares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecid o.docx	02/02/2024 11:41:39	Mae Soares da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaB_MaeSoaresUnB.doc x	02/02/2024 11:40:56	Mae Soares da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PLATAFORMABRASI L.docx	02/02/2024 11:39:04	Mae Soares da Silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2265108.pdf	22/01/2024 19:35:33		Aceito
Outros	RoteirodeEntrevistaSemiEstruturada.pdf	22/01/2024 19:27:43	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	QuestionarioEstruturado.pdf	22/01/2024 19:27:17	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	termosededisponibilidadeCAPS.pdf	22/01/2024 19:26:00	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	Termodecompromissopesquisador.pdf	22/01/2024 19:22:30	Mae Soares da Silva	Aceito
Outros	CartadeanuenciaSEMUSSLZ.pdf	22/01/2024 19:21:35	Mae Soares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/01/2024 19:17:40	Mae Soares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/01/2024 19:17:40	Mae Soares da Silva	Recusad o
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.pdf	22/01/2024 19:17:04	Mae Soares da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	22/01/2024 19:15:44	Mae Soares da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/01/2024 19:14:20	Mae Soares da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/01/2024 19:14:20	Mae Soares da Silva	Recusad o

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 6.718.798

Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Mae_Soaresassinado.pdf	17/01/2024 15:11:54	Mae Soares da Silva	Aceito
----------------	---------------------------------------	------------------------	---------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 22 de Março de 2024

Assinado por:

ANDRE VON BORRIES LOPES
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1582 E-mail: cep_chs@unb.br

Anexo II – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís-MA



Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Educação em Saúde – SEDS/SEMUS



Carta de Anuência

Nome do projeto de pesquisa: Repercussões Psicossociais da Pandemia por Covid-19, na Perspectiva dos Profissionais de Saúde.

Unidade de Saúde onde a pesquisa será realizada:

Centro de Atenção Psicossocial III, Centro de Atenção Psicossocial AD; Centro de Atenção Psicossocial; Centro de Referência em Saúde Mental Dom João Antônio Farina.

Autorizamos a aplicação de:

1. (X) Entrevista 2. () Acesso a prontuários 3. () Filmagem 4. (X) Questionários
5. () Fotografias 6. () Testes laboratoriais 7. () Observação 8. () Outros

Com os seguintes sujeitos:

1. () Usuário 2. (X) Profissionais 3. () Outros

Orientadora: Profa Dra. Larissa Polejack

Aluno envolvido: Mae Soares da Silva

Wiljânita C. Guimarães Barbosa
Coordenadora de comunicação e saúde

Mat. 1977652

Priscila Uchoa de Campos

Mat. 601370-1

Superintendente de Educação em Saúde

Livia Moreira Lima Abas
Responsável Técnica
Mat. 181307-2

Av. Dep. Raimundo Vieira da Silva, 2000 – Centro/Parque Bom Menino – CEP 65025-180. São
Luís/MA Fone: (98) 3214-7300 (Geral)

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do Projeto: Repercussões Psicossociais da Pandemia por COVID-19, na Perspectiva dos Profissionais de Saúde.

Pesquisadora Responsável: Mae Soares da Silva, orientada pela Prof^a Dra. Larissa Polejack Brambatti.

Gostaríamos de convidar o(a) senhor(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa: **Repercussões psicossociais da Pandemia por COVID-19, na Perspectiva dos Profissionais de Saúde**, conduzida sob minha responsabilidade, Mae Soares da Silva, psicóloga mestre e estudante do curso de doutorado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, Brasília, DF, sob orientação da Profa Dra Larissa Polejack, vinculada a este mesmo programa. Esta pesquisa tem como principal objetivo conhecer as repercussões psicossociais da pandemia por COVID-19, a partir da atuação dos profissionais de saúde que atuam em CAPS ao longo e no pós-pandemia de COVID-19. Para tanto, pretendemos: caracterizar o perfil sociodemográfico dos entrevistados; conhecer a demanda de Saúde Mental e Atenção Psicossocial identificada pelos profissionais de saúde ao longo e no pós-pandemia de COVID-19; identificar os dispositivos de cuidado em saúde mental disponíveis e/ou que foram desenvolvidos pelos profissionais de saúde para responder às demandas de saúde mental ao longo e no pós-pandemia e conhecer o que está sendo feito pelos profissionais de saúde no processo de reconstrução da Rede de Atenção Psicossocial pós-pandemia.

A coleta de dados será realizada a partir da técnica de entrevista e dos instrumentos questionário estruturado e um roteiro de entrevista semiestruturada. Esta entrevista será gravada e pode demorar entre 10 e 20 minutos. O(A) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização desta etapa da pesquisa e lhe asseguro que em nenhum momento o(a) senhor(a) será identificado(a) e o seu nome não será divulgado. Mesmo após a publicação dos resultados, a sua identidade será preservada. Os dados provenientes das respostas ao questionário e ao roteiro de entrevista ficarão sob minha responsabilidade. Sua participação é muito importante para que possamos conhecer as experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde dos CAPS, durante um momento tão crítico quanto o da pandemia por COVID-19, o que pôde ser aprendido com ela e o que está sendo feito a partir dela.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer pagamento ou benefício. O(A) senhor(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer tipo de penalidade. Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode contatar a pesquisadora responsável, Mae Soares, através do telefone (98) 98160-1138 e e-mail maesoares.ms@gmail.com ou sua orientadora, Prof^a Dra Larissa Polejack, pelo telefone (61) 993257525.

Entendemos que esta pesquisa pode apresentar-lhe algum risco, pois consideramos a possibilidade da entrevista provocar algum desconforto emocional ao evocar experiências vivenciadas no período crítico da pandemia. No entanto, caso seja necessário, a pesquisadora responsável, psicóloga de formação, se responsabilizará pelo acolhimento inicial e orientação para possíveis encaminhamentos e garantirá que você poderá parar a entrevista a qualquer momento. Como benefícios serão discutidas estratégias de comunicação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial, que potencializem sua ação e sirva como caráter preventivo para outras situações de calamidade pública.

O(A) senhor(a) poderá conhecer os resultados deste estudo por meio de relatório que será entregue à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, quando da finalização da pesquisa. Além deste relatório, os resultados deste estudo deverão ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS), da Universidade de Brasília. O CEP/CHS é composto por profissionais de diferentes áreas, cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1592 ou pelo e-mail cep_chs@unb.br, horário de atendimento das 8h:00 às 14h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/CHS está localizado na Faculdade de Direito, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Brasília - DF. CEP: 70.904-970.

No caso do(a) senhor(a) aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número CAAE: 77640224.0.0000.5540 e parecer de número 6.718.798.

São Luís, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

Apêndice II. Termo de Autorização para uso de Voz e/ou Imagem

Termo de Autorização Voz e/ou Imagem

Eu autorizo livre e espontaneamente o uso do som da minha voz, confirmando que aceito este termo como participante da pesquisa **Repercussões psicossociais da Pandemia por COVID-19, na Perspectiva dos Profissionais de Saúde**. Confirmo ainda que esta autorização inclui autorização para a análise de dados que será realizada pela pesquisadora responsável.

Declaro que recebi todos os esclarecimentos necessários e que me foi assegurado que meu nome não será divulgado sob nenhuma hipótese. Afirmo ainda, que fui informado(a) que não haverá divulgação das imagens ou sons da voz em meios de comunicação, tais como: internet, rádio ou televisão.

Também fui informado(a) que as gravações ficarão sob responsabilidade da pesquisadora responsável da pesquisa **Repercussões psicossociais da Pandemia por COVID-19, na Perspectiva dos Profissionais de Saúde**.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

São Luís, _____ de _____ de 2024.

Apêndice III- Questionário Estruturado

Perfil Sociodemográfico dos Profissionais entrevistados

CÓDIGO _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

1. Gênero: () Masculino () Feminino

2. Idade:

3. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União consensual

4. Possui filhos? () SIM () NÃO Quantos? _____

5. Naturalidade: 6. Cidade:

7. Religião

8. Escolaridade: () Nível Fundamental () Nível Médio () Superior Completo () Superior Incompleto () Pós-graduação. Qual(is)?

9. Há quanto tempo trabalha no serviço? 3 anos

10. Tem outros empregos? () SIM () NÃO Quais?

11. Renda Mensal:

12. Possuía doença prévia? () SIM () NÃO Quais?

13. Utilizou serviço de atenção psicossocial durante a pandemia? () SIM () NÃO Quais?
() Teleatendimento () Psicoterapia online () Grupos de apoio ()

Apêndice IV. Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Profissionais da Atenção Psicossocial Especializada.

1. Discorrer sobre a demanda de Saúde Mental e Atenção Psicossocial identificada nos serviços de saúde ao longo e no pós-pandemia.
2. Apontar os dispositivos de cuidado em saúde mental disponíveis e/ou que foram desenvolvidos para responder às demandas de saúde mental ao longo e no pós-pandemia;
3. Descrever e analisar o cenário atual do processo de reconstrução da Rede de Atenção Psicossocial pós-pandemia.