

Os desafios e as possibilidades em um dispositivo da rede de atenção psicossocial no contexto da pandemia mundial da COVID-19 e de desmonte do serviço público

Patricia Egerland Bueno

Com a chegada do novo coronavírus no Brasil, em março de 2020, a sociedade brasileira como um todo foi impactada devido à necessidade de restrição de circulação das pessoas, uma vez que o vírus possui um alto nível de transmissibilidade e que pode atingir os organismos de maneira muito severa, ocasionando mortes e graves sequelas em muitos dos contaminados. Desde então, o cenário tem sido de muitas perdas e grande sofrimento para milhares de famílias.

Como tentativa de conter a circulação e aglomeração de pessoas, os serviços foram suspensos, comércio, escolas e todos os tipos de estabelecimentos não essenciais foram fechados - ainda que temporariamente - ou tiveram grande alteração em seu funcionamento. Nas primeiras semanas da pandemia no Brasil, com a declaração da quarentena, imaginava-se que a reclusão seria algo temporário e que, rapidamente voltaríamos a viver o “normal” de antes.

Certamente a pandemia foi vivida de diferentes formas por cada pessoa, em cada família, em cada região dos estados e do país. O que, infelizmente, temos em comum é a perda de milhares de pessoas e um presidente genocida incapaz de governar para o bem da população.

Como marca que se repete em uma sociedade que é estruturada a partir da exploração de um povo e que essa exploração se mantém e se atualiza, a desigualdade entre a população no nosso país é mais uma vez escancarada e com grandes consequências: a população mais pobre esteve mais exposta e mais vulnerável desde o início da pandemia. Como expressão disso que persiste em todo o percurso da história desse país, a primeira morte por coronavírus no Brasil foi a de uma mulher negra, trabalhadora doméstica que prestava serviços para uma família rica do Rio de Janeiro que acabava de voltar das férias na Itália - naquele momento, epicentro da pandemia no mundo. Sem qualquer apoio dos governos, com a ausência, demora ou insuficiência do auxílio emergencial, os mais pobres foram obrigados a se expor à contaminação em busca do sustento para suas famílias, pegando transporte público lotado e aglomerando em centros comerciais - engana-se que o lockdown ou o isolamento social algum dia funcionou em sua totalidade no Brasil. Ainda teve uma parte da população que pôde e conseguiu manter, ainda que minimamente, parte do isolamento, passando a viver, trabalhar,

estudar e compartilhar experiências somente dentro de suas casas. Por outro lado, as famílias ricas aproveitaram o *home office* e o ensino remoto para tirar férias, circulando pelo país e desfrutando dessa “pausa”.

Um ano depois e aqui estamos, passando a marca dos 350 mil mortos¹, com mais de 3 mil mortes diárias. Ainda que estejamos vivendo o pior momento da pandemia desde seu início aqui no Brasil, com o sistema de saúde colapsando e com a escolha política dos governantes de não administrar corretamente esta crise sanitária, vemos o afrouxamento de todas as medidas de segurança e de proteção ao contágio. A vacina, produto fruto da ciência e de muita pesquisa, hoje pode salvar a vida das pessoas, mesmo que, aqui no Brasil, ainda chegue a uma parcela muito pequena da população.

O isolamento não é uma realidade para a imensa maioria da população, mas mantém resquícios do que algum dia foi possível e refletem-se no dia-a-dia, como a impossibilidade de convívio social e de circular pela cidade sem o risco e o medo de ser contaminado, além do fechamento ou suspensão de muitos serviços como estratégia para evitar a circulação e aglomeração de pessoas. Na saúde pública, os atendimentos gerais, os acompanhamentos médicos de outro tipo de especialidade têm sido reduzidos drasticamente, muito pelo colapso vivido hoje no sistema público de saúde, com o esgotamento das equipes médicas e dos recursos hospitalares. Alguns serviços passaram por muito tempo com atendimentos exclusivos para situação de urgência e emergência e com parte das equipes trabalhando por teletrabalho, a fim de evitar a contaminação daqueles que compõem o grupo de risco. Esse é o caso de serviços da rede de atenção psicossocial, como por exemplo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Assim, o que pretende-se discutir aqui é: quais são os impactos da pandemia do novo coronavírus e tudo o que a envolve - medidas de restrição, o isolamento, as mortes - nos serviços e usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)? Com o agravamento da crise, não só sanitária mas também política e econômica - com o aumento do desemprego, da fome e da miséria no nosso país, em contrapartida do aumento das riquezas de um pequeno grupo de bilionários -, com a destruição planejada dos serviços públicos e, aqui, em especial, da saúde pública, quais são os efeitos nesses serviços e na relação com seus usuários? Com isto pretende-se refletir sobre estas questões e também sobre os desafios e estratégias possíveis diante desse cenário de barbárie que vivemos.

¹ atualizado em 12 de abril de 2021, em que registrava 353 mil mortos no Brasil pela covid-19.

As políticas de saúde mental ontem e hoje

Os CAPS surgem no Brasil a partir de um longo caminho percorrido na luta antimanicomial, pelos direitos democráticos e pelo cuidado em liberdade, inspirado nas experiências psiquiátricas democráticas da Itália e da Nicarágua (Ribeiro, 2004), que tinham o compromisso com os cuidados de pessoas em grave sofrimento psíquico e buscavam romper com a lógica das internações compulsórias e da exclusão dessas pessoas da sociedade. No Brasil, esse movimento ganhou força nos anos 80 com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), centros de convivência que tinham como objetivo desenvolver uma nova atenção e cuidado em saúde mental.

Somente em 1992, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 224, regulamenta e normatiza os NAPS e CAPS (BRASIL, 1992) e, dez anos depois, com a aprovação da Portaria nº 336/2002 estabelece-se as modalidades do serviço, sua estrutura na rede de atenção em saúde mental e seus objetivos, como atender diariamente a população em seu território e prestar acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial aos sujeitos com sofrimento psíquico intenso (BRASIL, 2004).

Para além da história de sua implementação, para a compreensão de como esses serviços encontram-se hoje, é importante debruçar-se sobre o andamento dessas políticas - seja para frente ou, como vimos nos últimos anos, para trás. Para compreender como chegamos ao ponto em que nos encontramos hoje nas políticas de saúde mental no Brasil, é importante resgatar o histórico do orçamento destinado a essa área.

Segundo Gonçalves, Vieira & Delgado (2012) houve um crescimento real no investimento em saúde mental no período de 2001 a 2009 de mais de 50%. Ao detalhar, tem-se um aumento expressivo nos gastos extra-hospitalar² de 404,2% e um decréscimo de quase 40% nos gastos hospitalares³. É importante ressaltar que o orçamento tem um papel importante na execução das políticas e, neste sentido, o “financiamento teve papel crucial como indutor da mudança de modelo de atenção em saúde mental” (ibidem, p. 51) havendo, portanto, um redirecionamento dos recursos para serviços comunitários.

Porém, o que vinha sendo considerado como um avanço - devagar, porém ininterrupto - no sentido da reforma psiquiátrica, passa a desacelerar e tomar direção contrária. O marco dessa “contrarreforma psiquiátrica” (Lima, 2019 apud Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020) é o

² Incluem medicamentos, psicodiagnósticos, consultas em Psiquiatria, terapias em grupo e individuais, hospital-dia; oficinas terapêuticas; CAPS, entre outros (Gonçalves, Vieira & Delgado, 2012).

³ Procedimentos Hospitalares Psiquiátricos, procedimentos de internação álcool e drogas; tratamento em Hospital Geral; serviços de referência em álcool e drogas (Gonçalves, Vieira & Delgado, 2012).

ano de 2015, a partir da nomeação para a Coordenação Nacional de Saúde Mental do ex-diretor de uma antiga instituição no Rio de Janeiro, que durante os anos 2000 “havia passado por uma intervenção do Ministério da Saúde com indicação de que fosse posteriormente fechada, devido à constatação de gravíssimas irregularidades em auditoria especializada do MS” (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020, p. 3).

A partir do golpe na democracia brasileira, com a deposição da então presidenta Dilma Rousseff e Michel Temer assumindo a presidência em 2016, vê-se uma guinada nos retrocessos dos direitos conquistados com muita luta, durante muitos anos, pelo povo brasileiro. A aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 foi o que alargou os caminhos da destruição e desmonte dos serviços públicos, dentre elas o SUS e, por conseguinte, as políticas de saúde mental, pois tal emenda versa sobre o congelamento por 20 anos dos recursos públicos, propiciando uma redução que tem impactado e impactará ainda mais a execução e a manutenção dos diversos serviços públicos.

De 2016 em diante, segundo a análise feita por Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), houveram alterações em diversas normativas, resoluções e publicação de novas portarias que constituíram a base da mudança da Política Nacional em Saúde Mental (PNSM), a ser consolidada oficialmente em 2019, com o decreto presidencial de Jair Bolsonaro, com a “Nova Política de Saúde Mental” (Brasil, 2019).

Essas medidas, vão no sentido oposto ao dos princípios da reforma psiquiátrica - princípios estes que nortearam toda a construção das políticas de atenção psicossocial no Brasil e que ainda hoje norteiam a atuação dos profissionais nos serviços de atenção psicossocial. Medidas estas exemplificadas em nomeações que favorecem interesses ideológicos e também financeiros, do que pode-se chamar de “mercantilização da loucura” (Hernandes & Fernandes, 2020), com o aumento do investimento em hospitais psiquiátricos e nas comunidades terapêuticas. Como dito no artigo que se debruçou na análise do desmonte da política nacional de saúde mental (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020):

“É algo paradoxal que, mesmo em face de uma diminuição de recursos drástica como a determinada pela EC 95, que ameaça a própria existência do SUS, existam recursos para financiar amplamente as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos” (p.09).

Sem nos deixar dúvidas de que o cuidado e a atenção em Saúde Mental não é uma prioridade ou se quer uma área importante para este que hoje governa o nosso país, a Nota Técnica 11, de 4 de fevereiro de 2019, afirma que “o Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais o fechamento de unidades de

qualquer natureza” (Brasil, 2019), declarando então o fim, cedo ou tarde, das políticas, dos investimentos e dos serviços que hoje, após muitos anos e muitas lutas, constróem uma rede de atenção psicossocial que tem o cuidado em liberdade como um norteador. Rede que é composta e que continua até os dias de hoje ativa e funcionando dentro dos princípios da reforma psiquiátrica, ainda que com muitos obstáculos, graças ao trabalho incansável e a dedicação dos profissionais que reconhecem a autonomia dos usuários, o reconhecem enquanto sujeito de direitos e que, portanto, reforçam a luta por uma sociedade livre e sem manicômios.

Os desafios e as possibilidades

Diante esse cenário de desmonte dos serviços públicos e da crise que se escancara a partir da pandemia do coronavírus, o que se vê em todo o serviço público - falando aqui da imensa maioria desse serviço, que abarca milhares e milhares de trabalhadores que não têm as melhores condições de trabalho, nem possuem o reconhecimento diante o grandioso trabalho que exercem, diferentemente dos que hoje ocupam os altos cargos públicos - é a constante reinvenção a partir das condições que se apresentam nestes serviços que, em grande parte, são afetados pela queda dos investimentos nas estruturas dos serviços, nos equipamentos de trabalho, e pela falta de investimento em recursos humanos - contratação de profissionais, ampliação das equipes multiprofissionais.

Como vimos, essas medidas não são à toa. Servem para a precarização do serviço para então, com maior facilidade, abrir de vez as portas à iniciativa privada. Entretanto, os profissionais - e me detenho mais especificamente aos profissionais e serviços da rede de atenção psicossocial - seguem se articulando e se organizando, de modo a continuar proporcionando o serviço à comunidade com a qualidade, a atenção e o cuidado necessários.

De maneira a reorganizar as atividades do serviço para que pudessem, de alguma forma, permanecer sem fechar as portas com a pandemia, ainda que com todo os riscos e cuidados devido à pandemia, os Centros de Atenção Psicossocial foram também obrigados a realizar algumas alterações. Certamente houveram outros casos por todo o país, como observa-se no relato de um serviço do Rio Grande do Norte (Dimenstein, Simoni & Londero, 2020) mas o exemplo do CAPS de uma cidade catarinense também nos auxilia a refletir sobre os desafios e a criação do possível no contexto de “contrarreforma” e crise no Brasil. Em meados de 2020, o serviço foi obrigado a fechar as portas por um determinado período pois não havia profissionais suficientes para realizar o atendimento que era previsto. Isto porque há anos não haviam novas contratações e, devido à contaminação pelo coronavírus e por parte dos funcionários pertencerem ao grupo de risco, parte da equipe estava afastada, inviabilizando o

funcionamento do serviço. Mesmo com a chegada de novos profissionais - e também estudantes da graduação e residentes - o serviço enfrenta os desafios dessa reorganização, pois muitas atividades tiveram de ser encerradas ou substituídas pela modalidade *online*, como o caso de oficinas e grupos.

Assim como se observa em outros setores da sociedade, como na educação, assistência social, nas artes, na saúde e mesmo dentro da própria saúde pública, a impossibilidade de que os serviços possam funcionar na sua integralidade, que se limitem e se adequem às novas exigências de um país que não consegue controlar o avanço da pandemia e que não valoriza o serviço público, tem sido motivo de grande frustração e desmotivação por parte dos profissionais que atuam nesses serviços.

Se tratando de CAPS, um dispositivo que atua em rede com outros serviços, que compreende um território - não se limitando a uma delimitação geográfica, mas ao que a constitui: cultura, família, trabalho, vizinhos, etc. - e que é aberto, que tem como um dos principais objetivos a inserção dos sujeitos no convívio em sociedade, na *pólis*, como articular esses elementos quando depara-se com a necessidade de limitar a circulação e encerrar atividades tão importantes, a fim de que as pessoas permaneçam em casa, isoladas?

Já em abril de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (2020) alertaram para o sofrimento causado pelos efeitos da pandemia, (restrições de contato social, a perda de familiares, o medo do contágio e adoecimento). Assim, o alerta veio como uma previsão do que vem sendo o aumento da depressão, do consumo abusivo de álcool e outras drogas e das crises psiquiátricas que se confirmam no dia-a-dia dos serviços da RAPS: a procura e a demanda por serviços em saúde mental cresceu consideravelmente no ano de 2020 e 2021. Foi preciso e tem sido, constantemente, a retomada, a organização e a *atualização* da atuação para que possam ser garantidos os devidos atendimentos e a atenção aos usuários da RAPS. *Atualização* aqui no sentido que Dimenstein, Simoni & Londero (2020) apontam, como a invenção a partir de algo que já existe:

“Uma invenção faz furo em uma superfície de sentidos instituídos, produz abalos nos ritmos já incorporados, desenha novas formas com o movimento das linhas que tecem a experiência coletiva, dando contornos e relevos inéditos para os territórios de existência.” (p. 11)

Essa *atualização* vem, para além da retomada de atendimentos individuais, considerando as mudanças que a pandemia trouxe na vida dos usuários e a forma como é possível enfrentá-las. Uma das possibilidades de invenção são os grupos *online*, como forma de substituir os grupos que aconteciam semanalmente, de forma presencial, no espaço do

CAPS, de modo que não se perca o espaço coletivo de convivência. Este parece, portanto, ser um espaço fundamental em tempos de isolamento.

Embora as configurações dessas atividades *online* sejam muito específicas - como o fato de ser tudo a partir de uma tela, em que somente neste lugar é possível visualizar a todos (e às vezes nem isso, dependendo do tipo de dispositivo ou de chamada que é realizada), que cada um se encontra em um lugar distinto, tendo privacidade ou não, silêncio ou não, possuindo as ferramentas necessárias ou não para participar dessas atividades, conexão estável etc. - ainda sim, são espaços como este que têm proporcionado a diversos usuários uma forma de romper com o isolamento social, ainda que não da maneira que gostaríamos, mas que podem garantir o isolamento *físico*. Ao mesmo tempo em que preserva-se a segurança e a saúde, é um espaço e uma maneira de proporcionar a escuta, o acolhimento e reconhecimento do sofrimento e das angústias, um meio que é espaço de troca e que, portanto, transpassa as paredes do isolamento, trazendo para a convivência e para a rotina novos elementos e novos personagens para a trama do dia-a-dia desses sujeitos.

É evidente que a prática psicológica, que a atenção em saúde mental não se restringe e nunca se restringirá aos atendimentos e às atividades remotas, pois estas apresentam uma enorme limitação, ainda que cumpram uma função importante nesse momento. Não à toa, os CAPS nunca fecharam totalmente suas portas à comunidade e mantiveram os acolhimentos e atendimentos, de maneira reduzida, buscando garantir os protocolos de biossegurança. O próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhece e recomendou a inclusão da RAPS nos planos de contingência no enfrentamento a Covid-19, pedindo atenção às especificidades da Atenção Psicossocial, assim como o desenvolvimento de estratégias do cuidado, de manutenção dos vínculos, de acompanhamento dos casos crônicos e atenção às condições de vulnerabilidade.

Para além das atividades *online*, algumas práticas se mantêm e são desenvolvidas presencialmente no CAPS, ainda que reorganizadas dentro do que exige os cuidados com a pandemia. É o caso da Intensificação de Cuidados (IC), uma proposta de cuidado com pacientes em grave sofrimento psíquico, em especial os psicóticos, que visa romper com o ciclo de reinternações. Organizada de modo a garantir um acolhimento constante, contínuo, com pacientes que estejam inseridos na RAPS, a IC retorna também, nesse momento de *atualização* das práticas psicossociais, como um espaço clínico possível, principalmente para aqueles usuários que apresentam uma dificuldade maior em manter os atendimentos ou participação em grupos, como muitas vezes são propostas como um Projeto Terapêutico Singular (PTS). É

também uma tentativa em fortalecer casos em que há uma fragilidade na rede afetiva do usuário.

Assim, esses espaços resgatam a função terapêutica dos atendimentos, seja via IC ou do acolhimento individual, em que, para além da escuta, a articulação da rede produz efeitos importantes que inserem o sujeito no laço social, tão necessário para estes que constantemente são excluídos, marginalizados da vida em sociedade e que agora, em tempos de pandemia e isolamento social, se agravam ainda mais.

Como Dimenstein, Simoni & Londero (2020) convocam à reflexão, é preciso que os profissionais da rede de saúde, em especial a de saúde mental, e aqueles responsáveis pela execução dessas políticas atente-se para que o funcionamento dos serviços de atenção psicossocial e que a atuação profissional não corroborem com o confinamento da vida cotidiana, tão presente em nossa sociedade muito antes da pandemia do coronavírus. Que possamos, nessa *atualização*, não perder de vista a função que estes dispositivos têm na democratização dos espaços e serviços públicos; do reconhecimento da autonomia dos sujeitos e de sua inserção na *polis*, de modo que a nossa atuação na Rede de Atenção Psicossocial nunca perca de horizonte a luta na redução das desigualdades e da segregação em nosso país.

Assim, para que isto seja possível é importante que diversos eixos de luta se somem nessa defesa da saúde mental, pois como vimos é atravessada de inúmeras formas. Inicialmente, a luta pela vacinação ampla para toda a população, que todos os profissionais da saúde possam ser vacinados e de maneira mais rápida, todo o restante da população, de modo a retomar as atividades e os atendimentos do CAPS, excluindo os riscos de contaminação. Além disso, a luta pela revogação da Emenda Constitucional 95/2016 e das portarias e normativas que corroboram com o retrocesso no desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, bem como a retomada e o incentivo às formações para graduandos e profissionais que atuam no campo da saúde mental, para que possam atuar orientados para o cuidado em liberdade.

Referências

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

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336**, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União, Brasília, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto presidencial 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a política nacional sobre drogas. 2019.

Cruz, Nelson F. O.; Gonçalves, Renata W. & Delgado, Pedro G.G. (2020). **Retracemento da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3.

Dimenstein, Magda, Simoni, Ana Carolina Rios, & Londero, Mario Francis Petry. (2020). **Encruzilhadas da Democracia e da Saúde Mental em Tempos de Pandemia**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40.

Gonçalves, Renata Weber, Vieira, Fabíola Sulpino, & Delgado, Pedro Gabriel Godinho. (2012). **Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009**. Revista de Saúde Pública, 46(1), 51-58.

Hernandes, Elisabeth Souza C. & Fernandes, Waleska Batista (2020). **Desmonte da Política Nacional de Saúde Mental: quem ganha o quê, por que e que diferença faz**. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/desmonte-politica-saude-mental>. Acesso em: 10/04/2021.

Organização Pan-Americana da Saúde (2020). **Considerações psicossociais e de saúde mental durante o surto de Covid-19**. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51996> Acesso em 15/04/2021.

Ribeiro, Sérgio Luiz. (2004). **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 92-99.