

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE**

RAFAELA NAOMI TAKAHASHI OSAWA

**A REDE DE SAÚDE MENTAL DE FRANCO DA ROCHA
FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19.**

Reinvenções para o que se está construindo.

SÃO PAULO

2021

RAFAELA NAOMI TAKAHASHI OSAWA

**A REDE DE SAÚDE MENTAL DE FRANCO DA ROCHA
FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19.**

Reinvenções para o que se está construindo.

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Saúde, para
obtenção do título de Especialista em
Saúde Coletiva.**

Orientadora: Lígia Rivero Pupo

SÃO PAULO

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Osawa, Rafaela Naomi Takahashi

**A rede de saúde mental de Franco da Rocha frente à pandemia de covid-19: reinvenções para o que se está construindo – São Paulo, 2021.
56 f.**

Orientador (a): Ligia Rivero Pupo

**Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde
– Curso de Especialização em Saúde Coletiva.**

1. Rede de atenção psicossocial 2. Redes de atenção à saúde 3. Pandemia 4. Covid-19 I. Pupo, Ligia Rivero.

CDD: 613

DEDICATÓRIA

Dedico e agradeço a realização deste trabalho aos meus pais, que proporcionaram que o meu habitar na cidade de São Paulo fosse cheio de belezas, encontros e conhecimentos. Que me dão asas e coragem para ir em busca do que acredito, apostam em mim todos os dias e ensinam cotidianamente sobre a independência e o batalhar.

Ao meu irmão, pela bondade e permanência.

As tantas pessoas que deixaram suas marcas em meu caminho, amigas e amigos de Londrina que enriqueceram minhas vivências e contribuíram para minha eterna construção.

Minhas amadas amigas, Ana Carla, Mariana Q e Mariana O, pelo apoio e presença em tantas etapas da vida.

Como já dizia Vinicius de Moraes, “a vida é a arte do encontro”, felizmente, nas idas e vindas a São Paulo pude encontrar pessoas que foram essenciais em minha trajetória, com cada uma, pude aprender um pouco mais sobre o mundo.

Assim, às minhas queridas amigas Nathalia C, Nathalya T e Micheli, mulheres que fizeram com que São Paulo também pudesse ter o ar de lar.

AGRADECIMENTOS

Frente ao cenário sanitário e político insustentável de 2020, é no mínimo um privilégio dar mais um passo importante em uma caminhada de formação pessoal e profissional que não se encerra. Ao considerar que o ano de 2020 foi o ano das perdas, em que se perdeu vidas, as expectativas e muitas das significações, no contexto do curso, não podia ser diferente: perdeu-se a prática, a convivência, algumas das motivações e mil expectativas. Felizmente, pude perder para além disso. Viver o curso, também me permitiu perder muitas das amarras postas pela graduação, perder algumas das caixas que foram construídas ao longo de cinco anos e perder também inúmeros pressupostos em relação ao que me era diferente. Quando perdi algumas dessas coisas, pude entender melhor.

Ter vivenciado essa especialização de forma multiprofissional, escutado outras perspectivas sobre o cuidado, outras formas de pensar e atuar em saúde, me permitiu uma visão mais ampla e menos enraizada sobre as questões humanas, muito mais crítica à psicologia, a saúde pública, a coletiva..., e com certeza, muito mais comprometida com os elementos de vida e de movimento (para que a vida aconteça).

O ano de 2020 foi o ano de perdas, e as perdas que o curso de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo pôde me proporcionar, me instigaram e engrandeceram.

Resumo:

Este trabalho teve como objetivo investigar as respostas municipais de Franco da Rocha frente à pandemia de Covid-19, no que diz respeito à Rede de Atenção Psicossocial e ao trabalho em rede. A partir da visão de rede e suas implicações no trabalho em saúde, são relatadas e analisadas as práticas de saúde dos profissionais do município em relação ao que foi possível realizar durante a pandemia. Enquanto objeto de análise, foram tomados como dados de coleta 12 entrevistas semiestruturadas realizadas com as profissionais da rede de atenção a saúde do município. Concluiu-se que os aspectos de trabalho que ficaram mais evidentes frente à pandemia de SARS-Cov-19, foram as lacunas do trabalho em redes de atenção. Ademais, as profissionais tiveram que se reinventar e reconstruir práticas que ainda estavam em processo de inquietação e construção.

Palavras-chave: Rede de Atenção Psicossocial, Redes de Atenção à Saúde, Pandemia, Covid-19, RAPS.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

CAISM – Centro de Atenção Integral em Saúde Mental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS IJ – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa

Centro POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento 24h

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Motivos das críticas aos sistemas fragmentados de atenção	2
1.2	O que são as RAS	3
1.3	Formalização das RAS no Brasil	4
1.4	RAPS (Rede de Atenção Psicossocial	5
1.5	Trabalho em rede	6
1.6	Linhas de cuidado	7
1.7	Franco da Rocha, a rede de Atenção à saúde mental e a pandemia de Covid-19	9
2	JUSTIFICATIVA	10
3	OBJETIVOS	11
3.1	Geral	11
3.2	Específicos	11
4	METODOLOGIA	11
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1	Resposta municipal à pandemia	13
5.2	Respostas da RAPS frente à pandemia	17
5.3	Trabalho em redes de Atenção na pandemia	21
5.4	Articulação intersetorial durante a pandemia	25
5.5	Uso do Apoio Matricial em saúde mental na pandemia	28
5.6	Papel da Atenção Básica e da Atenção Especializada em saúde mental durante a pandemia	30
6	CONSIDERAÇÕES	38
	REFERÊNCIAS	41
	ANEXOS	45

INTRODUÇÃO

Institucionalizada em 2001, por meio da Lei nº 10.216, a Reforma Psiquiátrica brasileira teve como objetivo transformar as práticas em saúde mental baseando-se na reivindicação da cidadania dos portadores de transtorno psíquico, tendo como foco principal a desinstitucionalização manicomial e a crítica a assistência em saúde mental centrada no hospital. As críticas consistiam na inexistência de dispositivos de atenção e assistência de caráter psicossocial que possibilitassem a reinserção social dos indivíduos em sofrimento mental. Criticavam o estigma, a exclusão e a marginalização social desses indivíduos, a falta de suporte familiar ao cuidado do portador de sofrimento psíquico e a elevada quantidade de hospitais financiados e o seu aspecto rentável. A partir disso, a Reforma Psiquiátrica propôs oferecer a esses sujeitos em sofrimento uma atenção em saúde mental humanizada e diversificada, a defesa do direito e o exercício da cidadania, tensionando a criação de serviço de atenção integral à saúde mental e a participação de diferentes atores sociais no processo, como o indivíduo, a família e a comunidade (YASUI, 2006).

O processo histórico da Reforma Psiquiátrica dialogava com as discussões propostas pelas mudanças na concepção do cuidado em saúde como um todo. O movimento da luta antimanicomial contou com a força do movimento da Reforma Sanitária, ao mesmo tempo em que ajudou a fortalecer o movimento sanitário para a criação do Sistema Único de Saúde. Em relação às conquistas na legislação brasileira da Reforma Psiquiátrica, houve a proibição para construções ou contratações de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, o redirecionamento de recursos públicos para a criação de serviços substitutivos de atenção diária que fossem inseridos nos territórios e a formação de equipes multidisciplinares para o atendimento em saúde mental. Pensou-se no cuidado à saúde mental não mais a partir de uma lógica de hierarquização dos serviços, mas pela posição de descentralização que lhe é conferida na constituição de redes de cuidado (YASUI, 2006).

A partir de tais regulamentações, a saúde mental vem se conduzindo em um processo complexo de autoafirmação por um fazer e saber que ultrapasse o modelo hospitalocêntrico, biomédico e medicalizante. Entretanto, atualmente, a

Política Nacional de Saúde Mental tem sofrido modificações que descaracterizam a proposta inicial do modelo de atenção psicossocial pactuada na Reforma Psiquiátrica. Estabelecida por meio da Resolução nº 32/2017, o governo federal instituiu uma "Nova Política Nacional de Saúde Mental", que passa a colocar Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas como componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em contramão ao movimento da luta antimanicomial, essa Nova Política desobriga o fechamento de leitos psiquiátricos e internações de qualquer natureza, institui o financiamento de equipamentos de Eletroconvulsoterapia (ECT), apoia estratégias que objetivam a abstinência a pacientes em uso abusivo de álcool e outras drogas e entre outras medidas que rompem com práticas de atendimento humanizado (BRASIL, 2017).

No modelo de atenção psicossocial instituído pela Reforma Psiquiátrica, visa-se a desinstitucionalização dos indivíduos por meio de “uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental”. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). Essa rede deve ser constituída por várias esferas que compõem o processo de cuidado em liberdade, as equipes contam com suporte e apoio de recursos territoriais e são convocadas a potencializar os esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.

Motivos das críticas aos sistemas fragmentados de atenção:

Apesar de a rede de serviços ser uma das principais propostas da luta antimanicomial, a ideia da criação de redes de cuidado é anterior à legislação da Reforma Psiquiátrica. Feita pela primeira vez no Relatório Dawson, publicado em 1920 (DAWSON, 1964), a proposta de implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) vem em crítica aos sistemas fragmentados de atenção à saúde, sendo aqueles que se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicáveis uns dos outros, acarretando a incapacidade de prestar uma atenção contínua à população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois

níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos (MENDES, 2011).

A convocação para mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado ocorre devido a situação de saúde, que vem mudando e se marcando por uma transição demográfica acelerada, acarretando uma transição epidemiológica. A partir de uma análise histórica dos sistemas de atenção à saúde, evidencia-se que até a primeira metade do século XX, a atenção era voltada para doenças infecciosas e, na segunda metade daquele século, para as condições agudas. No entanto, com o aumento das condições crônicas no século XXI, os sistemas de atenção à saúde precisaram ser reformados profundamente para lidar com essa nova realidade. (HAM et al., 2007; MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Portanto, a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas, e um sistema de saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas. Tais sistemas não são capazes de ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral e funcionam com ineficiência, inefetividade e baixa qualidade (MENDES, 2011).

No Brasil, essa complexa situação epidemiológica é ainda definida por uma tripla carga de doenças, que envolve: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e degenerativas com seus fatores de riscos, tabagismo, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada); e terceiro, o forte crescimento da violência e das causas externas (MENDES, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; FRENK, 2006).

O que são as RAS

Na tentativa de estruturar o sistema de saúde em consonância com essa nova situação de saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) buscam por uma nova forma de organizar a atenção à saúde. As RAS são organizações poliárquicas, conjunto de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única e objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Visam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada

pela Atenção Primária a Saúde (APS), tem sua população/território definida, a qual se propõe a prestar uma atenção à saúde com responsabilização sanitária e econômica, com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em serviços de saúde, que devem determinar o perfil de oferta das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

As RAS intercambiam constantemente seus recursos, colocam sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde de forma que todos possam responder melhor às demandas e necessidades da população a cada momento (HAM et al., 2007). Na lógica de organização das RAS, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente, constituindo um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, e convocando a uma atenção integral (com ações de promoção, prevenção, ações curativas, reabilitadoras e paliativas).

Formalização das RAS no Brasil

A institucionalização das RAS se deu por meio da Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010, como fruto de um acordo tripartite envolvendo o Ministério da Saúde, Conass e Conasems, em que se estabeleceu as diretrizes para organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. No processo de implantação das RAS, considerou-se importante os seguintes aspectos: definição clara da população e território; diagnóstico situacional; criação de uma imagem objetivo para a superação dos vazios assistenciais; articulação de serviços público-privado; planejamento pela necessidade; criação de um sistema logístico e de suporte; investimento em recursos humanos; criação de regulação e governança para funcionamento da rede; e financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados.

A partir da referida Portaria, foram discutidas e pactuadas redes temáticas, priorizam algumas linhas de cuidado com demandas emergentes com base em situações demográficas e epidemiológicas para cada eixo (MENDES, 2011). Assim, foram criadas algumas redes temáticas iniciais, como por exemplo a Rede Cegonha (2011); a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (2011); a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (2011); a Rede de Cuidado à

Pessoa com Deficiência (2012); e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (2012).

RAPS (Rede de Atenção Psicossocial)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sancionada pela Portaria nº 3.088 de 2011, estabeleceu a criação de pontos de atenção para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Regularizou os equipamentos necessários para o cumprimento da política de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica, sendo composta pelos seguintes serviços: Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório), atenção psicossocial (Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura; atenção de urgência e emergência (SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde), Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial), Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Assim como estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial, como o programa de Volta para Casa, que oferece auxílio para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

Para o seu funcionamento, a RAPS possui como diretrizes: o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde, o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; a diversificação das estratégias de cuidado; e o desenvolvimento de

atividades no território, para que se favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

Tem como diretrizes ainda, o desenvolvimento de estratégias de redução de danos; a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; a promoção de estratégias de educação permanente; e o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (PTS) (NÓBREGA; MANTOVANI; DOMINGOS, 2020).

Um dos principais equipamentos para a garantia do modelo psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica, são os CAPS. Serviços do SUS que substituem a forma de tratamento dos hospitais psiquiátricos – onde se predominava a exclusão social e o isolamento, e propõe um meio aberto, acolhedor e comunitário, que busca integrar os pacientes ao meio sociocultural, os quais estão convocados a potencializar os esforços do cuidado e reabilitação psicossocial.

Como êxitos da saúde mental e da atenção psicossocial brasileira na última década, podemos elencar: o aumento da acessibilidade ao cuidado em saúde mental, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a reorientação assistencial com foco na comunidade e nos espaços de sociabilidade dos sujeitos (PITTA, 2011), a criação de ampliação de dispositivos substitutivos e iniciativas de geração de emprego e renda articuladas às políticas de economia solidária (DELGADO, 2015), o aprofundamento do processo de expansão e regionalização da rede de serviços (MACEDO et al., 2017).

Trabalho em rede

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) tem ressaltado a importância da rede de atenção à saúde mental e a define como parte de uma rede de base comunitária, devendo ser considerada a noção de território. O território não é apenas uma área geográfica, mas um espaço com pessoas, instituições e

cenários nos quais acontece a vida, em que há saberes e potencialidades específicas e soluções construídas coletivamente. Junqueira (2004) apresenta a ideia de que a construção da rede tem um papel importante na contribuição para gerar projetos, articular pessoas, serviços, organizações públicas e privadas, para otimizar a gestão das políticas sociais. A ideia de trabalho em rede exerce um papel importante para a gestão de um coletivo, a qual favorece concepções de mudança social, demandando em outras novas formas de reconstrução da sociedade.

Na saúde, o trabalho em rede busca a assistência articulada entre atenção primária, secundária e terciária, entretanto, essa prática ainda permanece sendo um grande desafio na medida em que é necessário combinar todas as dimensões da vida para a prevenção de agravos e recuperação da saúde. A integralidade na atenção à saúde não deve ser vista apenas sob o aspecto da organização dos recursos disponíveis, mas da necessidade de operar mudanças na produção do cuidado. A integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes de acolhimento e responsabilização pelo cuidado do usuário (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Linhas de cuidado

Um dos fundamentos das Redes de Atenção são as Linhas de Cuidado, pensadas para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. A linha de cuidado é como um itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos intersetoriais. Essas linhas atestam que os gestores dos serviços pactuem fluxos e reorganizem o processo de trabalho para facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços aos quais necessita. Para a organização dos processos de trabalho, foram criados dispositivos para o cuidado em rede, como o Acolhimento, Matriciamento e Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O Acolhimento é um dispositivo de reorganização do processo de trabalho para que seja mais usuário-centrado. Visa a ampliação do acesso do usuário, a inclusão dos indivíduos numa rede de cuidados, a escuta qualificada e

individualizada das necessidades de saúde, a responsabilização para resolver demandas utilizando recursos dentro e fora da rede de atenção. É necessário que os trabalhadores estabeleçam vínculos com os usuários, acompanhem os processos de cuidado por dentro da rede de serviços e facilitem o “caminhar na rede” para suporte das necessidades (FRANCO; FRANCO, 2012).

Outro dispositivo essencial para a Linha de Cuidado é o Projeto Terapêutico Singular, a partir de uma avaliação feita pela equipe multidisciplinar em parceria com os usuários, é tencionado um conjunto de atos assistenciais que são pensados para atender determinadas questões de saúde dos indivíduos. Consideram-se questões sociais, econômicas, ambientais e afetivas, com base na realidade do sujeito, é definido um plano de cuidado, e a partir dele o trabalhador de saúde vai orientar o usuário a buscar na rede de serviços e no próprio serviço, os recursos necessários às suas necessidades. Deve-se pensar em todas as possibilidades de acesso e usar a criatividade para garantir que o sistema trabalhe com base nas necessidades dos usuários, desobstruindo entraves burocráticos e acesso aos serviços (FRANCO; FRANCO, 2012).

Entre os dispositivos de trabalho para se atingir a integralidade, institucionalizou-se a estratégia do Apoio Matricial (AM), ou matriciamento em saúde mental, para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede. Essa prática busca promover a articulação entre os equipamentos de saúde mental e a Equipe de Saúde da Família (ESF) (GAZIGNATO; SILVA, 2014). Nesse arranjo, a equipe de Atenção Básica compartilha alguns casos e situações com as equipes ou profissionais de atenção especializada em saúde mental, e esse compartilhamento de saberes e experiências, se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de: discussões, reuniões e planejamento conjunto de condutas - executadas pela rede básica, por intervenções e ações realizadas conjuntamente entre as equipes junto aos pacientes, famílias e comunidades; ou na forma de encontros de supervisão e capacitação (BRASIL, 2008).

O Apoio Matricial surgiu a partir da constatação de que a Reforma Psiquiátrica não pode avançar se a Atenção Básica não for incorporada ao processo. Concentrar esforços somente na rede substitutiva não é suficiente, é

preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, da atenção básica. O matriciamento visa dar suporte técnico a essas equipes, bem como estabelecer a corresponsabilização, a construção de linhas de cuidado e o raciocínio de rede (DIMENSTEIN ET AL, 2009).

Franco da Rocha, a rede de atenção à saúde mental e a pandemia de Covid 19.

Franco da Rocha é uma cidade da região metropolitana de São Paulo, que tem sua história marcada por ter sido território de um dos maiores hospitais psiquiátricos do país. A instalação do hospício seria a intervenção que movimentou a cidade e trouxe novos moradores, tanto para o trabalho como para a aproximação dos parentes dos pacientes internados. Fundado em maio de 1898, o Asilo de Alienados do Juquery, foi o primeiro hospital psiquiátrico do Estado de São Paulo, e durante anos, o maior do Brasil. Em meio as grandes reformas urbanas que ocorriam em São Paulo no século XIX, quando o complexo manicomial foi fundado, a psiquiatria e a medicina foram utilizadas a serviço das políticas de sanitarismo, higienismo, segurança e controle social. Era necessário para a elite paulistana excluir os indesejados da cidade, sem diagnóstico, mandavam para os manicômios os desempregados, mulheres que não correspondiam as normas da época, pessoas em situação de rua, pessoas com deficiência física, presos políticos e entre outros. Com isso, já nas primeiras décadas do século XX, o Juquery passou a vivenciar uma superlotação, com capacidade para 800 leitos, em 1970, o Hospital chegou a atingir 16 mil internos, com inúmeros relatos de diversos tipos de violências e mortes (PROGRAMA LUGARES DA MEMÓRIA, 2017).

Com o processo de desinstitucionalização iniciado com a Reforma Psiquiátrica, os leitos em hospitais psiquiátricos no município foram diminuindo e foi se instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em 2014, fundou-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II de Franco da Rocha, de acordo com as legislações da Reforma Psiquiátrica. A Rede de Atenção Psicossocial de Franco da Rocha, atualmente conta com um CAPS II Adulto, um CAPS Álcool e Drogas (AD), um CAPS Infanto-juvenil, (IJ), um Centro de

Convivência (CECCO), dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), um Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISM), 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e uma Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA).

O presente trabalho foi realizado por meio da parceria existente entre o Instituto de Saúde (IS) e a Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha, que tem possibilitado o desenvolvimento de ações em conjunto no campo da Saúde Coletiva desde o ano de 2014. Entre a rede de instituições que compõe o SUS, o Instituto de Saúde (IS), órgão vinculado à Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP), tem como atribuição fundamental apoiar a formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde, subsidiando os gestores no processo de tomada de decisão. Através de uma assessoria aos diferentes níveis de gestão e outros setores do governo, uma de suas missões é a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde, sendo o Programa de Especialização em Saúde Coletiva um dos programas responsáveis para tal objetivo, a qual este trabalho é um dos requisitos para a conclusão de tal. Ao longo dos anos, a assessoria foi realizada em diferentes linhas de cuidado – sendo umas dessas, a de saúde mental, baseadas conforme as necessidades da gestão municipal de saúde.

JUSTIFICATIVA

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional devido à doença denominada COVID-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Em 11 de março a Organização Mundial da Saúde classificou a Doença pelo coronavírus (COVID-19) como uma pandemia, e esta nova situação apresentou grandes desafios para políticas e sistemas de saúde do mundo todo. Segundo os dados retirados do boletim do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do dia 12 de dezembro de 2020, no mundo, ocorreram 1.617.949 óbitos, sendo 181.402 no Brasil. A pandemia de SARS-CoV-2 tem apresentado inúmeros desafios e complexidades, uma vez que já que existiam inúmeras dificuldades presentes no SUS antes da pandemia, como por exemplo, os recursos e infraestruturas insuficientes, a desigualdade regional na distribuição de recursos, o modelo

biomédico hegemônico, e entre outros. Por conta de toda a complexidade na resposta a pandemia SARS-Cov-2, no ano de 2020 a parceria com o Instituto de Saúde focou em refletir e analisar, os desafios e as respostas do sistema municipal de saúde de Franco da Rocha no enfrentamento da pandemia de SARS-Cov-2.

OBJETIVO

Dentro desta investigação macro sobre a resposta organizada pelo município de Franco da Rocha à pandemia, o presente projeto tem como objetivo identificar e analisar o trabalho em rede no desenvolvimento de estratégias e respostas ao sofrimento mental, assim como às necessidades psicossociais presentes durante a pandemia de SARS-CoV-2. Para analisar o trabalho em rede, esta pesquisa teve como objetivos específicos: a) analisar como tem sido utilizada a estratégia de apoio matricial na resposta às demandas psicossociais geradas pela pandemia, b) verificar o uso da estratégia de articulação intersetorial nas ações que visam o cuidado em saúde mental, e c) analisar o papel da atenção básica e da atenção especializada no trabalho em rede durante a pandemia de SARS-CoV-2.

MÉTODO

O método utilizado para a realização deste trabalho foi o estudo de caso, abordagem de pesquisa qualitativa que consiste em estratégias de investigação que visam mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito de determinada situação, fenômeno ou episódio em questão (MINAYO, 2010). Este tipo de pesquisa, é importante para gerar conhecimentos sobre características significativas de eventos vivenciados, intervenções e processos de mudança. Ela tem uma boa aplicação para uma melhor compreensão do impacto de políticas numa realidade concreta e descrição de um contexto no qual determinada intervenção foi aplicada (MINAYO, 2010). A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes dos indivíduos, ao mesmo tempo que corresponde a um espaço mais profundo das relações humanas (MINAYO, 2001).

Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com as profissionais de saúde Franco da Rocha. As entrevistas semiestruturadas são instrumentos de investigação, que combina perguntas abertas e fechadas, onde os entrevistados possuem liberdade para se posicionarem favoravelmente ou não sobre um tema, sem se prenderem à pergunta formulada, assim, podem também acrescentar comentários e informações que acreditam ser pertinentes (MINAYO, 2010). A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas no processo de trabalho de campo em abordagens qualitativas, e possibilitam a obtenção de informações objetivas e subjetivas (BATISTA et. al, 2017). São fundamentais quando se necessita mapear práticas e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e as contradições não estejam claramente explicitados (DUARTE, 2004).

Utilizar-se da entrevista para a obtenção de informação é buscar compreender a subjetividade do indivíduo por meio de seus depoimentos, ao passo em que este transmite ao mundo suas observações, vivências e análise de seu tempo histórico, seu momento, seu meio social etc. Extrair o que é subjetivo e pessoal do sujeito, e pensar a partir de uma dimensão coletiva, nos permite compreender a lógica das relações que se estabelecem ou se estabeleceram no interior dos grupos sociais dos quais o entrevistado participa ou participou, em um determinado tempo e lugar (DUARTE, 2004).

Nesta pesquisa, foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas com os profissionais da rede de saúde de Franco da Rocha. Devido ao contexto pandêmico e aos objetivos do trabalho, as entrevistas ocorreram de forma remota e individual, com 12 profissionais da rede de atenção de saúde do município de Franco da Rocha. As profissionais entrevistadas foram divididas em 3 categorias: a) Profissionais da gestão, que consistiu em uma gestora de saúde do município, uma articuladora de saúde mental, uma apoiadora da atenção básica e uma profissional da vigilância epidemiológica (4 pessoas); b) Profissionais da atenção especializada, que consistiu em uma profissional do CAPS AD, uma profissional do CAPS Adulto, uma profissional do CAPS Infanto-Juvenil, uma profissional do Núcleo de Violência, e duas profissionais do Centro de Convivência (5 pessoas); c) Profissionais da atenção básica, que consistiu em uma profissional do NASF, e duas gerentes de unidade básica (3 pessoas).

A partir disto, o trabalho foi realizado em etapas. A primeira etapa constituiu-se em pesquisar e analisar a literatura internacional e nacional sobre Covid 19 e saúde mental, e em como a Rede de Atenção Psicossocial dos diversos estados brasileiros estavam se organizando desde o início da pandemia, com o objetivo de buscar um embasamento sobre quais estavam sendo as possibilidades e as práticas de trabalho em saúde mental durante este período pandêmico. A segunda etapa, foi a construção dos roteiros de entrevista semiestruturados para cada grupo de profissionais, com as especificidades relacionadas ao contexto dos mesmos (Anexo 2). A partir desses roteiros elaborados pelo eixo de saúde mental, a terceira etapa, foi a realização das entrevistas com os profissionais, visando coletar informações em relação a como a Rede de Atenção de Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial de Franco da Rocha estava trabalhando em resposta à pandemia. A quarta etapa, consistiu na sistematização dos dados de análise em tópicos e subtópicos, para que se pudesse realizar uma análise qualitativa e comparativa. Por fim, a partir da análise das entrevistas transcritas, relatou-se as ações desenvolvidas e relacionou tais ações municipais com a literatura referente ao trabalho em rede no SUS.

As entrevistas só ocorreram após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde. Para a realização da pesquisa, contou-se com a autorização dos gestores municipais de saúde, por meio do Termo de Anuência Institucional, os trabalhadores de Saúde concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) para cada entrevista realizada. As entrevistas foram gravadas e transcritas, contando com a autorização dos profissionais através de assentimento verbal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resposta municipal à pandemia

Além dos casos e mortes que geram, a emergência de novas doenças criam um contexto que impõe aos sistemas nacionais de saúde pública a tarefa tanto de validar seu sistema de vigilância e assistência em saúde, quanto a

condição de avaliar a capacidade de detecção precoce e o seu potencial de resposta, que vem em cascata (LANA, 2020). Mediante a situação posta pelo novo SARS-CoV-2, em 31 de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil instaurou o Grupo de Trabalho Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Intersetorial, para o acompanhamento da situação e definição de protocolos de ação para dar suporte a população. Entretanto, devido à baixa articulação decisória entre o Ministério da Saúde e o governo federal, os governos estaduais e municipais tiveram que se organizar de forma independente para tentar dar conta das demandas emergentes de seus estados.

A Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha se organizou conforme foi demandado, utilizou normas técnicas enviadas pela Secretaria Estadual de Saúde, realizou discussões internas com as diretorias municipais e criou um Comitê Municipal de Enfrentamento da Pandemia. A partir desse Comitê, se estabeleceu grupos técnicos para definir e estruturar uma resposta municipal de alta complexidade, como indica a reflexão de uma profissional da gestão do município:

“Esse comitê, a gente tinha um representante do hospital estadual, tinha representante do hospital privado, representante do conselho municipal, representante da diretoria de vigilância, de assistência, da parte da especialidade. A gente tentava organizar minimamente a partir das notas técnicas e dos boletins epidemiológicos que circulavam em São Paulo. A primeira etapa foi construir grupos técnicos para essa questão e para tomar decisão de alta complexidade.” (profissional A da gestão municipal).

Uma das grandes aliadas do processo de estabilização emocional no início da fase de resposta a uma pandemia, é a confiança estabelecida em protocolos e orientações das autoridades sanitárias à população em geral e aos trabalhadores da linha de frente (FIOCRUZ, 2020). Assim, além do comitê municipal criado no início da pandemia, o consórcio regional – formado por 5 municípios da região de Franco da Rocha, também realizou reuniões para editar comunicados e documentos normativos de maneira regional. A organização da resposta municipal frente a pandemia foi respaldada por normas técnicas, licitações emergenciais, boletins epidemiológicos, diretrizes estaduais e

comunicados de afastamento dos profissionais acima de 60 anos e dos que possuíam doenças crônicas. Em março, o município definiu a construção de um hospital de campanha de 40 leitos dentro do parque do hospital estadual – que começou a funcionar em abril, e reorganizou o atendimento nas estruturas físicas das unidades de saúde para garantir a higienização exigida, como por exemplo, a limpeza da sala no intervalo entre pacientes atendidos.

Segundo uma das gestoras, muitos profissionais foram afastados por pertencerem ao grupo de risco, o que causou um desfalque na rede e a necessidade de sua reestruturação. Em sua visão, uma importante estratégia de resposta municipal, foi fortalecer o trabalho em rede pelo reforço das equipes nas unidades básicas de saúde através de contratações de novos profissionais no período da pandemia, assim como estender o horário de atendimento das unidades até as 22 horas. Uma outra ação de cuidado em rede, foi a tentativa de captar o maior número de sinais e sintomas de Covid-19 na rede básica, de forma a evitar uma possível superlotação no serviço público de urgência e emergência, encaminhando os pacientes para a UPA ou para o hospital de campanha municipal apenas caso a condição clínica piorasse.

O município remanejou um infectologista da área da assistência à saúde para a gestão, para que esse ficasse também na coordenação do hospital de campanha para alinhar as ações, acertar os fluxos e ajudar nas decisões e orientações municipais. Segundo a gestora A, o hospital de campanha veio como retaguarda para toda rede de saúde, em que teve a importante função de cobrir e acompanhar de perto os usuários. Os pacientes sintomáticos iam até a rede básica e colhiam os exames na unidade, os usuários que apresentassem quadro de maior gravidade eram encaminhados para o hospital de campanha e havia a possibilidade do acesso dos pacientes ao hospital de campanha via demanda espontânea. Os usuários que acessavam o hospital com sintomas agravados eram encaminhados para a UPA, depois para o hospital estadual para realizar a tomografia, voltavam para UPA, e caso estivessem em estado muito agravado, eram colocados na fila do sistema CROSS para vaga em UTI.

Durante os primeiros meses houve diversas mudanças de protocolos, no início da pandemia foi solicitado que os usuários esperassem em casa com os

sintomas, entretanto, percebeu-se que os pacientes estavam chegando no hospital de campanha com o estado já agravado, como por exemplo, com 50% do pulmão já comprometido. A partir disso, mudou-se a estratégia e passaram a comunicar a população para que procurassem as unidades básicas de saúde ou diretamente o hospital de campanha assim que começassem os sintomas, para a realização dos exames. Segundo a gestora já identificada, o município tentou o máximo possível oferecer e garantir o acesso da população aos serviços de saúde, para que os usuários chegassem de forma rápida para serem atendidos e cuidados.

Para além, Franco da Rocha realizou uma parceria com a fundação do ABC paulista para compreender melhor a situação do município durante a pandemia. Criou um mapeamento divulgando a quantidade de casos positivos por bairro, número de óbitos etc., o mapeamento teve a função de dar subsídio para os dados epidemiológicos, para o melhor entendimento e manejo da situação e melhor informar a população. Para os informes, os profissionais apontaram que o meio de comunicação mais utilizado foi o Facebook, em que foi publicado vídeos produzidos pelo psiquiatra do CAPS Adulto, em que informou a população sobre a pandemia, a ansiedade, o isolamento social e a saúde mental. Segundo a gestora C, quando o vídeo foi publicado houve um impacto na procura para atendimento em saúde mental da população.

Os serviços de atenção do município não pararam, mas criaram estratégias para a continuidade dos atendimentos, assim como métodos para o atendimento de demandas novas e emergenciais. A principal adequação realizada dentro dos serviços de atenção do NASF/UBS e nos CAPS, foi a retirada do trabalho em grupo. No início da pandemia o NASF deu seguimento a seus atendimentos de forma individualizada e remota, utilizando recursos como o Whatsapp e ligações telefônicas para indivíduos que já eram atendidos pelas unidades e para os casos novos. Segundo uma das gestoras, a estratégia para continuidade do cuidado aos pacientes que já eram acompanhados, partiu dos profissionais do NASF, que junto a SF, permaneceram de porta aberta recebendo as novas demandas. Para além, os agentes comunitários da saúde realizaram o importante papel de detecção e rastreio do sofrimento mental,

levando os casos para as unidades básicas de saúde, que foram acolhidos e discutidos pelos profissionais da SF com o apoio do NASF.

Respostas da RAPS frente à pandemia

Embora baseadas em evidências científicas e essenciais para a proteção da saúde da população, as medidas de isolamento social impactam fortemente a saúde mental daqueles que a experienciam. Foi e está sendo um intenso sofrimento para os sujeitos vivenciarem tal contexto, as consequências psicológicas podem ser potencializadas pelas repercussões psíquicas que a própria pandemia já produz, bem como suavizadas de acordo com as medidas de contingência e enfrentamento utilizadas. Nesse sentido, é de extrema importância analisar as possíveis consequências psicológicas da atual conjuntura, propor estratégias de promoção da saúde mental e de atenção psicossocial para a atualidade e para um futuro próximo (FIOCRUZ, 2020).

As consequências do isolamento foram extremamente agravadas para os indivíduos que já se encontravam em situação de vulnerabilidade social e que já apresentavam fragilidades nas redes socioafetivas, nas relações trabalhistas e econômicas. O sofrimento psíquico causado pelo isolamento social foi potencializado pelo fato de que muitos dos trabalhadores tiveram de se arriscar ao contágio do vírus para poderem se sustentar, pelo fato de a maioria dos indivíduos não possuírem local adequado para se manterem em distanciamento social e entre outras (diversas) problemáticas sociais.

Sabe-se que a rápida mudança nos modos de vida habituais pode contribuir para o desencadeamento de reações e sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Observa-se também maior probabilidade de ocorrência de distúrbios do sono, abuso de substâncias psicoativas e ideação suicida (FIOCRUZ, 2020). Segundo uma das gestoras, as unidades básicas de saúde foram intensamente demandadas, tanto pela população em geral como também pelos profissionais de saúde, principalmente para queixas referentes a pandemia e seus anseios, a ansiedade e o confinamento.

As entrevistas revelaram um aumento de procura para demandas espontâneas de uso abusivo de substâncias psicoativas, assim como aumento da procura para internações involuntárias, contudo, *“quando os familiares chegavam com essa queixa, o CAPS agendava uma visita domiciliar para tentar sensibilizar aquele indivíduo, sobre o trabalho do CAPS e explicar que o serviço não realiza internações, apenas sob determinação judicial”*. (profissional atenção especializada E). As entrevistas com as trabalhadoras evidenciaram que também houve um aumento de tentativas de suicídio, fazendo com que se organizasse dentro do CAPS Adulto um “ambulatório de crise” para receber e atender tais problemáticas. Houve um aumento de encaminhamentos do CAISM com hipótese diagnóstica de casos de borderline e TAB (Transtorno Afetivo Bipolar), a equipe do CAPS apontou para a necessidade de se investigar melhor tais diagnósticos.

Observaram-se muitos casos novos entre crianças e adolescentes, evidenciando um aumento considerável do sofrimento psíquico para esse público durante este período pandêmico, assim como uma certa patologização de alguns comportamentos infantis considerados comuns, como relatou uma das profissionais da atenção especializada. O serviço manteve os atendimentos dos casos graves de forma individual, especialmente aos adolescentes com depressão e comportamentos de automutilação. Os CAPS ficaram ainda como uma referência de porta aberta para atendimento a toda cidade, para qualquer funcionário da rede e aberto a qualquer tipo de apoio psicológico.

Entende-se que o município conseguiu dar direcionamento à várias situações relacionadas a saúde mental, reinventando as formas de atendimento e reorganizando os serviços, de forma que se pudesse realizar um trabalho comprometido com a população. O CAPS Adulto suspendeu os atendimentos em grupo, mas continuou com os atendimentos de forma individual e remota para pacientes que já eram acompanhados. A depender da gravidade do caso, realizaram atendimentos presenciais, permanecendo de porta aberta para as novas demandas. O serviço não foi fechado, apenas reduziu seus atendimentos ao mesmo tempo que via a demanda de porta crescer. Para essas novas demandas, houve a urgência de se ajustar linhas telefônicas – trabalho que foi respaldado pela prefeitura, para a organização dos teleatendimentos e dos

contatos telefônicos. Procurou-se orientar as famílias e os usuários por telefone ou presencialmente, entretanto, muitos dos pacientes foram até o serviço em busca de atendimento presencial.

Um dos grandes potenciais dos CAPS são os grupos terapêuticos, que tem como uma de suas principais funções a sociabilidade entre os pacientes, assim sendo, uma das profissionais da atenção especializada relatou que a notícia da suspensão dos grupos causou um grande impacto sobre os usuários atendidos. Devido a necessidade de distanciamento social, houve o agravamento de casos mais severos em portadores de transtornos mentais que necessitavam da socialização oferecida nas oficinas e grupos do CAPS. A profissional relatou que ao avisar um usuário do serviço sobre a mudança dos modos de fazer das oficinas, houve situações em que:

“Tivemos alguns episódios de surto psicótico mesmo, da pessoa entrar em crise mesmo. Porque assim, era o cara da socialização, era o cara que precisava daquilo, aí de repente ele fica em casa só com mãe e avó e nada mais”. (profissional E, da atenção especializada).

O CAPS AD suspendeu seus atendimentos, entretanto, os profissionais permaneceram no serviço para acolherem os casos que chegassem, marcando os atendimentos para um futuro próximo e monitorando via telefone os pacientes que já eram atendidos pelo serviço. A médica do CAPS AD faz parte do grupo de risco, portanto, houve uma organização para que ela realizasse os atendimentos de forma remota, de maneira em que os pacientes fossem até o CAPS e conversassem com ela de forma remota e sozinhos em uma sala. A forma de atendimento adotada foi de extrema importância e sensibilidade aos usuários, ao passo que visou diminuir as barreiras causadas pela falta de acesso à internet e de telefone, principalmente da população em situação de rua.

O CAPS Infanto-Juvenil suspendeu os atendimentos em grupo e da equipe multiprofissional, continuando apenas com os atendimentos médicos. Entretanto, mesmo sem realizar atendimentos com a equipe técnica, o serviço estava sempre contatando a rede caso existisse uma necessidade de atendimento específico, principalmente clínico (com as UBS), e sempre

mantendo contato com as famílias dos pacientes via telefone. As famílias estavam orientadas a procurar o CAPS como porta de entrada em casos de urgência e casos crônicos necessários. Os técnicos passaram a chamar os casos mais críticos para a retomada dos atendimentos individuais aos que já eram acompanhados e que necessitavam de atendimento. De acordo com uma profissional do serviço, os casos pararam de circular um pouco nos três primeiros meses, entretanto, a rede de modo geral não parou de conversar. Segundo esta profissional, nunca houve um período em que os profissionais conversaram tanto entre si e entre os serviços. Em contrapartida, relatou que a equipe do serviço seguiu alguns casos pela impossibilidade de se criar momentos de reunião.

Na RAPS, segundo a gestora C, foi criado um plano de contingência, demarcando os direcionamentos para atendimentos, mobilizações e adaptações necessárias. Unificou-se as ações a partir das orientações da OMS, e foi organizado um plano de retomada dentro da realidade de cada equipamento, que foi voltando gradativamente. Ainda segundo a gestora, no início da pandemia, em reuniões da RAPS, do Cosems de Franco da Rocha, da atenção básica e da rede estadual e entre outros, discutiu-se sobre as preocupações frente a possibilidade de os equipamentos de atenção especializada em saúde mental (CAPS), ficarem sobrecarregados. Contudo, a gestão apontou que:

“[A RAPS] não vai ficar sobrecarregada se a gente tiver um bom alinhamento com a atenção básica. Porque não é tudo a nossa RAPS que tem que resolver, não... o equipamento só fica sobrecarregado se ele não tiver uma boa articulação com a rede.” (profissional C da gestão municipal).

Assim, destacou-se a importância do trabalho articulado em rede para evitar sobrecarga de algum equipamento, evidenciando a relevância da responsabilização de todos os serviços pela execução de ações de forma comprometida e compartilhada. As preocupações em relação a sobrecarga dos serviços podem e costumam ser um problema na saúde pública, assim, a boa articulação com a rede consiste em cada equipamento entender quais as demandas possíveis de serem abarcadas por cada serviço, considerando as necessidades dos pacientes e os recursos existentes em cada nível de atenção.

Trabalhos em redes de atenção na pandemia

Através do trabalho em rede, busca-se somar e integrar conhecimentos e intervenções entre os diferentes profissionais e setores, considerando as necessidades e os recursos existentes nos serviços (FALEIROS, 1999). Na pandemia, a rede de saúde de Franco da Rocha se fortaleceu e realizou diversos trabalhos em rede, a partir das necessidades dos usuários e do tipo de atenção que os serviços poderiam fornecer. Foram organizadas diversas ações, como por exemplo, o monitoramento e atendimento em domicílio a algumas pessoas acometidas pelo Covid-19. A vigilância sanitária estruturou uma equipe para monitorar via telefone pessoas positivadas pelo vírus, e dependendo do estado do indivíduo atendido, a equipe da vigilância acionava a rede básica, para que a equipe da unidade básica fosse até o domicílio do usuário para prestar o cuidado.

Em relação aos idosos, principal grupo de risco, houve uma articulação entre saúde e assistência social para o cuidado dos que estavam positivados para Covid-19, a ESF visitava os idosos diariamente, monitorando os que estavam sem nenhum sintoma e transferindo para o hospital os que tinham seus quadros agravados. No início, o CAPS Adulto estava fazendo visitas domiciliares frequentes, para aplicação de medicações que deveriam acontecer de forma intravenosa, para orientação aos pacientes em suas casas etc., entretanto, após o óbito do motorista da equipe, os trabalhadores ficaram muito preocupados e suspenderam as visitas por um período.

Profissionais da gestão, atenção especializada e atenção básica, referiram que houve uma grande mobilização na rede de saúde municipal em resposta à pandemia:

“A rede se mobilizou de verdade, não deixando faltar dentro da saúde. Montou-se hospital de campanha, trouxe a equipe toda para trabalhar ali [...] O serviço foi por excelência, logo de cara já fazendo os testes necessários para dar conta da doença, os leitos... porque Franco da Rocha é super pobre na questão de hospital, como vocês devem saber, mas ajeitou tudo em tempo hábil onde não se pode falar absolutamente nada. [...] Foi muito serviço, foi muito trabalho, mas de uma eficiência fantástica. Eu acredito que, da região, vou sim encher minha boca para dizer, que foi um serviço muito bom nesse período.” (profissional E, da atenção especializada)

Segundo a profissional, Franco da Rocha é um município que possui muitas lacunas em relação a hospitais, entretanto, no momento da pandemia, houve uma mobilização que gerou estruturas para uma boa organização municipal, fazendo com que pessoas de outros municípios fossem realizar os testes de Covid-19 em Franco da Rocha.

O trabalho articulado em rede, ao mesmo tempo em que é uma necessidade, é também um desafio. Isto se deve ao fato de que as políticas e os serviços, na maioria das vezes, são estruturados para funcionarem isoladamente, sendo organizadas em função do grau de especialização de cada área (BRASIL, 2012).

“Quando a gente fala na rede, eu tenho uma preocupação com a rede dentro da saúde mesmo, eu acho que é um desafio gigante a gente construir rede, quando a gente fala só na teoria, parece que é fácil, mas no dia a dia é extremamente difícil. Nós tivemos um grande desafio de fortalecer a rede que existe entre a vigilância e a básica. A assistência, a vigilância trabalham prontamente em rede, mas isso se constrói de fato por pessoas. Foi um grande desafio concluir na pandemia, e isso veio muito à tona, porque o paciente que é notificado lá na rede básica ele precisa que a notificação chegue na vigilância, a vigilância precisa trabalhar o dado para a gente 'subir' para o Ministério, para 'subir' para Secretaria de Estado, a gente olhar para esse dado e planejar as coisas” (profissional A da gestão municipal).

A partir do relato da profissional, verifica-se que para se conseguir realizar um trabalho articulado em rede, deve haver uma visão macroestrutural sobre os processos de trabalho. Observa-se que o trabalho realizado em um serviço nunca se encerra em si mesmo, mas que propõe e provoca outras inúmeras ações.

A proposta da rede é a não fragmentação das ações, é uma aposta na integralidade e nas relações humanas, que são interligadas entre indivíduos e grupos, e que aumentam a possibilidade de construir novas formas de fazer (CFP, 2013). Como em um efeito dominó, durante a pandemia, foi observado que um agente necessitou de outro para que houvesse um produto de ações, como foi o caso das notificações e das subnotificações de casos expostas no período. Foi a partir dos dados epidemiológicos que se pensou estratégias de suporte e de cuidado para a contenção de casos e óbitos, assim, os dados

epidemiológicos podem ser considerados como o centro de uma cadeia organizativa.

Para além da gestão do trabalho e o cuidado aos usuários, o diálogo entre os equipamentos é também essencial para o cuidado dos próprios profissionais em seus processos de trabalho. Diante da falta de profissionais – que estavam afastados por riscos de saúde, técnicos de alguns equipamentos se colocaram à disposição para substituírem ou ajudarem os equipamentos que estavam com déficit de profissionais. As trabalhadoras do CAPS AD, CAPS Adulto e Centro de Convivência, foram para a Vigilância Epidemiológica para ajudar no monitoramento dos indivíduos que passavam pelo hospital de campanha com suspeita de Covid-19, assim como para o apoio psicológico aos trabalhadores dos serviços.

Segundo a gestora A, houve muitos casos positivos para Covid-19 entre os funcionários, assim como internações e um óbito, e a partir disto, a saúde mental criou um plantão psicológico e realizou grupos de discussão com os funcionários para dar suporte:

“Nesse tempo de pandemia a gente acabou se unindo por uma situação comum que foi esse sofrimento todo, e trazendo essas parcerias [...] e eu percebo que a RAPS, ela veio mais fortalecida, né?”. (profissional D, da assistência especializada, 2020).

Neste período, foi consenso entre os trabalhadores, que houve uma grande rede de apoio e maior união entre os colegas, tanto para compartilhamento de suas angústias pessoais – que eram atravessadas pelo cotidiano de trabalho - como angústias coletivas referentes à pandemia e entre outras.

Em relação a RAPS de Franco da Rocha, iniciada e em processo de construção desde 2014, há uma percepção de continuidade, pois o município tem conseguido manter os profissionais que a iniciaram. Para essas profissionais, atualmente a RAPS do município está em seu melhor percurso, mas reconhecem o fato de que há muito o que se caminhar. De acordo com uma das gestoras, o ponto forte dessa Rede, são as trabalhadoras tentando acertar, tentando conhecer todo o movimento para além da pandemia, profissionais

envolvidas e que aprendem juntas. A pandemia fortaleceu o trabalho em rede, ao passo que posicionou melhor as pessoas envolvidas e dispostas no cuidado em saúde. Para uma outra gestora, foi de extrema importância uma visão macro da gestão na construção de um trabalho em rede, pois para ela, não existe trabalho que não seja em rede. Esse modo de trabalho vem para o diálogo, para se criar artimanhas e novos caminhos, além de ser pautado pela interdisciplinaridade, integralidade da atenção, intersetorialidade e o uso de vários equipamentos e conhecimentos. Para um trabalho em rede, é necessário conhecer os pontos de atenção do território, e saber o que acontece em termos de políticas públicas:

"Vamos envolver todo mundo. Eu gosto muito das articulações que o CAPS infanto-juvenil faz com a rede, eles chamam todo mundo, eles chamam CRAS, CREAS, escola, família, o conselho tutelar, o município, o Ministério Público, a delegacia, todo mundo... e vamos fazer PTS com começo, meio e discussão no meio [...] Antes de a gente iniciar um trabalho dentro do município, seja uma pessoa mais para o lado de saúde mental, um gerente da unidade básica, um secretário, ele tem que conhecer a rede. Quem são esses elementos? O que é eles contribuem para gente? O que a gente pode pegar de cada?" (profissional C da gestão municipal)

As contribuições que cada serviço e cada profissional podem oferecer são extremamente potentes e relevantes, ao passo em que cada agente mantém sua essência e realiza trocas de conhecimentos que impulsionam práticas mais eficazes para o cuidado.

Quanto ao investimento institucional e governamental da RAPS em Franco da Rocha, uma das gestoras apontou sobre a grande falta de apoio da Secretaria de Estado da Saúde:

"O estado de São Paulo não tem a política de saúde mental cara [investimento] para ser desenvolvida nos municípios, e o governo federal neste momento você não consegue nem atender pelo telefone. Teve um desmonte muito acentuado da política da proposta do governo federal. Então eu acho que um ponto fraco, especificamente da saúde mental, é a falta de apoio da Secretaria do Estado da Saúde em relação à política cara de saúde mental.". (profissional A da gestão municipal).

Para além da falta de apoio da Secretaria de Estado, durante a pandemia o governo federal propôs cortes e medidas que vão contra a Política Nacional de

Saúde Mental brasileira, aprofundando ainda mais os desmontes já preanunciados. No dia 3 de dezembro de 2020, foram apresentados no Ministério da Saúde propostas que consistiam em mudanças na RAPS (o Consultório de Rua, o Serviço Residencial Terapêutico e a unidade de acolhimento), transferindo esses equipamentos (que se encontram no Ministério da Saúde), para o Ministério da Cidadania (antigo Ministério do Desenvolvimento Social). Além disso, ameaçou-se mudar a maneira como é feito o financiamento dos CAPS, apoiando o fortalecimento dos ambulatórios de psiquiatria e dos leitos de internação psiquiátrica.

Não é de hoje que as políticas de saúde mental vêm sofrendo a cortes e tentativas de reformas liberais e conservadoras, tanto federal como estadual. E apesar do constante desmonte de políticas de saúde e de saúde mental no âmbito nacional, da grande falta de investimento estadual para políticas de saúde mental, o trabalho em rede no município de Franco da Rocha, se deu e continua se dando de forma potente e resistente.

Articulação intersetorial durante à pandemia

Ao mesmo tempo que a pandemia evidenciou os déficits institucionais e as barreiras virtuais, foi consenso entre as trabalhadoras que o trabalho em rede intersetorial foi fortalecido neste período. Os profissionais reorganizaram os modos de realizar as reuniões, apostando em encontros e discussões de casos de forma remota, aos quais foram pautados a partir das necessidades e desafios dos profissionais, sendo realizados pelo Google Meet. Reuniu-se por exemplo, o CRAS, CREAS, e a Atenção Básica para discutir sobre abordagens e intervenções voltadas a pessoas em situação de rua. Devido à pandemia, o abrigo emergencial – que abre apenas no inverno, readequou-se para atender as demandas vigentes da população de rua, contando com equipes para dar suporte multiprofissional aos usuários e realizar testes de Covid-19 nesta população. A Casa de Passagem, o Centro POP e o abrigo emergencial pertencem a Secretaria de Assistência Social e realizam trabalhos constantes com as equipes de saúde. Assim, realizou-se reuniões para a pactuação dos fluxos entre os serviços, como também reuniões junto aos coordenadores de

outros equipamentos, para discutirem sobre desafios que estavam acontecendo em relação a articulação dos diversos serviços.

De acordo com um profissional da gestão municipal

“O diálogo entre os equipamentos, ele é essencial para que a gente consiga dar encaminhamento. A gente precisa deixar de lado a ideia de 'ah, outra pessoa vai resolver', sendo que a gente está ali, dentro do equipamento, para fazer nosso papel, ajudando, acolhendo e encaminhando”. (profissional C da gestão municipal).

O diálogo entre equipamentos é necessário em suas diversas formas para enxergar o indivíduo em sua integralidade. A pandemia levou diversas famílias ao limiar da fome e acentuou uma falta material já existente, para essas famílias que chegavam até as unidades básicas e se encontravam em situação de vulnerabilidade social, os profissionais orientavam a ida até o CRAS para o cadastro do auxílio emergencial. Segundo a gestora B, tais encaminhamentos já aconteciam em tempos anteriores à pandemia, mas pela acentuação do grau de vulnerabilidade, essas ações foram reforçadas. Como por exemplo, a importante parceria entre Secretaria de Educação com a Secretaria da Assistência Social, em que profissionais da educação liberaram espaços e ajudaram a realizar os cadastros das famílias para o auxílio emergencial, assim como plantões de dúvidas sobre esse auxílio nas escolas de cada território.

Durante a pandemia, o município de Franco da Rocha institucionalizou um Núcleo de Violência, que já preexistia, mas que ganhou maior força e legitimação neste período. Segundo uma das profissionais da atenção básica, quando chegavam demandas de violência nas unidades básicas, a depender da necessidade do caso, as profissionais acolhiam e encaminhavam para o Núcleo de Violência, outros casos permaneciam na unidade ou eram atendidos pelas profissionais do CREAS. De acordo com um profissional deste Núcleo, uma das principais atribuições do mesmo é ser articulador da rede, partindo da lógica de uma rede proteção das vítimas em todas as esferas possíveis,

“O que é uma rede de proteção? É CRAS, CREAS, CAPS, conselho tutelar, segurança pública, ou seja, vários atores que compõem uma rede de proteção e cuidado a pessoa vítima de violência [...] Porque violência ela é multifacetada, vai entrar em qualquer setor, em qualquer momento [...] Quando você pensa em criança e adolescente assim, quando se sabe

da violência, seja ela porta de entrada na escola, ou conselho tutelar, o CREAS, o CRAS, uma UBS, seja ela a porta de entrada... (profissional do Núcleo de Violência).

De acordo com essa profissional, não é possível o Núcleo de Violência caminhar sozinho, o cuidado deve ser pautado a partir de uma visão do contexto geral e integral do indivíduo. Destacou-se que o trabalho em redes de atenção, não significa a duplicação de ações por diversos serviços, tampouco a responsabilização isolada dos equipamentos. A rede precisa ser construída com todos definindo seus respectivos papéis e elaborando juntos uma linha de cuidado.

Em novembro, o município estava analisando e discutindo junto à Secretaria de Educação sobre a possibilidade de retorno às aulas. Para isso, vigilância sanitária fez um cronograma de visitas em todas as escolas do município para verificar as condições das estruturas escolares, considerando os bebedouros, o distanciamento em sala de aula e outras normas definidas pela secretaria de saúde. A partir das vistorias, foi decidido a suspensão do retorno às aulas, sendo definida uma reavaliação para o início do ano para averiguar se há a possibilidade de cumprimento das normas definidas pela Secretaria de Saúde. O trabalho intersetorial não se esgotou apenas em restrições, em meio a situação apresentada, a Secretaria de Educação colheu as dúvidas dos professores e dos gestores das escolas e as repassou para a Secretaria de Saúde. Por sua vez, o setor da saúde realizou uma reunião online com os professores e o médico infectologista para maiores esclarecimentos sobre o Covid-19.

Em relação a estratégia de trabalho intersetorial de saúde mental na pandemia, uma das profissionais da rede básica relatou que neste período foi possível uma maior aproximação devido a maior necessidade de articulação causada pelo contexto, aproximando o serviço da atenção básica com os da assistência social.

Antes da pandemia eu não tinha tanto contato com o CREAS, hoje em dia, todo dia eu tenho e-mail do CREAS, ainda que seja para orientação. Então esse período aproximou bastante. (profissional X da atenção básica)

Assim, entende-se que a pandemia demandou uma reflexão e um trabalho mais articulado, impulsionando maior comunicação entre as profissionais.

Uso do apoio matricial em saúde mental na pandemia

O Apoio Matricial, busca romper com a lógica de verticalização entre quem encaminha e quem recebe o caso, com a mera transferência de responsabilidade e a comunicação irregular entre os profissionais (BRASIL, 2011), nessa direção, visa capacitar as equipes para que possam identificar e atender as diversas demandas. Segundo uma das gestoras, durante a pandemia a rede foi acionada o tempo todo e de todos os lados, havendo a necessidade e a tentativa de realizar o apoio matricial via telefone e Google Meet.

Segundo outra gestora, o matriciamento no período da pandemia não parou, o NASF – composto por três psicólogas para treze unidades básicas, realizou um itinerário junto a um psicólogo e uma psiquiatra, para irem em duas unidades básicas uma vez por semana. Realizou-se o matriciamento, o estudo de caso, o apoio a unidade e a discussão das necessidades do usuário com a equipe responsável. A gestora acrescentou que as unidades possuem são fortemente vinculadas ao NASF, e quando foi necessário, houve um real deslocamento para o suporte das unidades durante a pandemia.

O foco do NASF é a grupalidade e atender (quando necessário) em grupos, e com a pandemia houve a necessidade de individualizar esse trabalho também. Para os usuários não perderem o vínculo com o profissional, para os pacientes crônicos, para os que já estavam na fila e entre outros, os profissionais do NASF passaram a realizar atendimentos individuais, em primeiro momento de forma online, passando para o atendimento presencial posteriormente.

A profissional F da atenção especializada, relatou que o contato com os técnicos não parou, mas se reinventou. Antes da pandemia, havia encontros mensais com a equipe e outros equipamentos, entretanto, atualmente isso começou a acontecer de maneira reduzida, apenas via telefone, email e contato via WhatsApp. A profissional D da atenção especializada, apontou que os profissionais do NASF começaram a fazer matriciamento de forma mais intensa

com os médicos e com os Agentes Comunitários de Saúde, melhorando a situação de conversação entre os profissionais dentro das unidades básicas. A profissional citou como exemplo a entrada da psiquiatra que trabalha no NASF e CAPS, que estava sendo compartilhada entre os equipamentos e por isso estava conseguindo fazer rearranjos entre as demandas de cada serviço, separando, discutindo e matriciando os casos.

Segundo uma das profissionais da atenção básica, é também papel do médico perguntar o que está acontecendo e conversar com o usuário. Foi relatado que o município ainda possui uma forte cultura ambulatorial, e por isso qualquer questão que aparenta ser de natureza emocional ou aparenta gerar sofrimento acaba sendo mandada a um psicólogo do NASF ou CAPS. Isso revela a grande importância de espaços de matriciamento na atenção básica para que os médicos e outros profissionais possam aprender a pensar, atuar sobre os casos e realizar encaminhamentos mais precisos e realmente necessários.

“A cultura, nossa cultura de ambulatório ainda são muito grandes [...] chorou? psicólogo; tá gordinho? nutricionista; troca o P e o B? fonoaudiólogo”, [profissional X atenção básica]

Para além da crítica ambulatorial, coexiste também a crítica ao fato de que tais demandas geram sempre encaminhamentos indiscriminados para as diversas especialidades. Segundo uma das profissionais da atenção básica, é também função dos médicos tentarem se aprofundar mais nas questões dos pacientes, para saber qual o melhor caminho para estes, *“o médico não questiona, não pergunta, e esse é o trabalho do médico da família, né?”*

O matriciamento tem sido utilizado também para mudar a percepção dos profissionais sobre responsabilização, atendimento interdisciplinar e em rede. Contraditoriamente, essa discussão, alinha-se ao fato de que o NASF, por vezes, absorve e realiza o papel do equipamento em si, não seu papel de apoio, resultando com que a equipe de SF continue dependente e sem habilidades de manejo para questões de saúde mental. Assim, percebe-se que mesmo realizando algumas ações de apoio matricial, o NASF de Franco de Rocha ainda permanece funcionando como um serviço à parte, e não como um equipamento de apoio à unidade básica.

Vale a pena lembrar ainda que a prática de matriciamento exige alinhamento de agendas entre diferentes equipes e diferentes serviços para que tenham momentos de conversa e discussão conjunta. Sabe-se que uma das maiores barreiras em relação ao alinhamento e integração de ações entre os serviços da rede de saúde é a falta de agenda, para reuniões em rede, como por exemplo reuniões de matriciamento.

Com isto, as entrevistas mostraram que a atenção ao sofrimento mental na rede básica ainda depende do olhar atento de determinados profissionais e em determinadas UBSs. Alguns profissionais da rede básica possuem uma visão mais clara do papel da atenção primária em situações de sofrimento mental, e outros, ainda permanecem na lógica de encaminhamento desenfreado.

Papel da atenção básica e da atenção especializada em saúde mental durante a pandemia

Para as profissionais dos serviços especializados, durante a pandemia, o CAPS não perdeu seu respectivo fundamento, continuou sendo um serviço de porta aberta – que não necessita de agendamento, ofertando o acolhimento e a escuta qualificada para o sofrimento mental dos indivíduos. Segundo uma das profissionais de CAPS, todo sofrimento de natureza mental normalmente é acolhido no CAPS, escutado e considerado, e a partir disto, a rede pode ser acionada para a construção de um projeto terapêutico. Ainda segundo esta profissional, mesmo que o caso não seja de CAPS, nenhum indivíduo deveria ir embora sem direcionamento, o CAPS sempre deve fazer uma avaliação do caso e organizar um alinhamento entre os parceiros dessa rede conforme as reais necessidades do indivíduo. Isso mostra uma preocupação com o acolhimento das necessidades em saúde mental, a responsabilização por essa escuta, e uma preocupação com o acesso a algum tipo de cuidado em rede.

Para a gestora A, os CAPS possuem papel fundamental para o funcionamento dos serviços, além de realizar atendimentos aos pacientes graves, dão suporte a residência terapêutica e fazem o acompanhamento de outros equipamentos da rede.

Segundo uma das profissionais da gestão, a atenção básica, como porta de entrada principal do sistema e também todos os outros equipamentos da saúde, tem o papel de acolhimento, escuta, identificação do problema, e inserção do indivíduo numa rede de cuidados, e quando necessário, facilitar o acesso a outros pontos de atenção. De acordo com outra profissional da atenção básica, a rede básica de saúde atende os casos de baixa complexidade em saúde mental, e nas demandas mais graves as UBS devem atuar em conjunto com o CAPS.

“A gente delinea muito assim, a gente atende os de baixa complexidade, né? Então por exemplo, se eu entendo que eu tenho uma demanda mais grave então a gente atua com o CAPS” (profissional X da atenção básica)

De acordo com uma das gestoras, uma das responsabilidades do NASF, seria olhar para casos de saúde mental, reavaliar os encaminhamentos e tentar cuidar do usuário dentro do território. Ainda segundo esta profissional da gestão, um dos trabalhos realizados pelo Nasf do município, foi a separação de casos por UBSs, e juntos com as equipes da rede básica, olharam para os casos em que os pacientes estavam aguardando na fila da psiquiatria, para avalia-los e absorver os pacientes que poderiam ser cuidados no território, dentro da rede básica. Sabe-se que este movimento é necessário para que se diminua os encaminhamentos desnecessários para a atenção especializada, fazendo fluir melhor os serviços, principalmente em relação à saúde mental, questão que vêm aumentando e pode aumentar ainda mais.

Segundo a gestora B, durante a pandemia a rede de apoio da atenção básica – o NASF, foi muito acionado, sendo a principal estrutura da atenção básica relacionada a pandemia e o apoio à saúde mental. O NASF, enquanto estrutura de apoio, tem como papel realizar principalmente troca de saberes, intervenções conjuntas, educação permanente e suporte à estruturação do cuidado na rede básica (BRASIL, 2010); mas ainda é possível perceber que em Franco da Rocha, tal equipe faz frequentemente o papel de equipe de atendimento direto aos problemas de saúde mental identificados, fazendo com que as equipes das unidades básicas continuem dependentes de profissionais

especializados. Existe, entretanto, uma crítica da própria gestão em relação a isso

“Se a rede básica não segurar, não cuidar, jamais a gente vai ter resultado positivo num ambulatório, e... não é paciente de CAPS, é gente de rede básica. Então isso a gente tem discutido muito no município, tem olhado, tem pautado a discussão para gente ver se fortalece a rede básica, né?” (profissional A da gestão municipal).

Este fortalecimento, diz respeito a ampliação do papel e da atuação da rede básica no cuidado ao sofrimento mental, e conseqüentemente na qualificação das equipes de SF, para aumentar o rastreamento e a capacidade de acompanhamento e tratamento de pessoas em sofrimento mental. Segundo a gestora, um dos caminhos para a melhoria do Sistema Único de Saúde, seria o de fortalecer e equipar a rede básica em relação as questões de saúde mental, inclusive do profissional médico.

Entretanto, de agenda aberta, uma das profissionais da atenção básica relata que quando o médico ou enfermeiro evidencia uma necessidade, já encaixa o usuário na agenda da psicologia. A profissional apontou que na pandemia não se gerou fila de espera para os casos, relatou que atualmente a agenda do NASF é de atendimento individual, e na pandemia, uma das orientações prioritárias foi o apoio aos equipamentos. Entretanto, é de se questionar: de que forma as agendas para ambas as tarefas – apoio matricial e atendimento, funcionam?

Uma vez feito a avaliação do sofrimento mental, com a presença ou não de algum transtorno psíquico mais grave, os médicos e enfermeiros poderiam utilizar intervenções terapêuticas específicas para tais condições, as quais necessitariam de conhecimentos específicos. Para isso, os profissionais da atenção primária devem ser capacitados para disponibilizar alternativas terapêuticas para esses pacientes (BRASIL, 2011), através de melhor entendimento dos casos. Uma das maiores dificuldades para a detecção e cuidado aos transtornos mentais comuns pelas ESF, diz respeito a dificuldade de delimitar a fronteira entre o sofrimento mental considerado leve ou moderado e manejável na rede básica, do que condiz a um transtorno mental, com indicação de ampliação do tratamento especializado (BRASIL, 2011). A falta de

clareza sobre os papéis, limites e potencialidades de cada serviço, pode comprometer um acompanhamento adequado para cada indivíduo.

Assim, abre-se caminhos para uma das maiores problemáticas em relação ao trabalho em rede. O caso é de quem?

“Eu comecei a perceber que muita demanda que estava aparecendo que não era perfil NASF, e aí foi quando a gente começou a delinear. Veio muita coisa que não era nossa, e a gente começava a articular a rede de novo [...] Porque até a gente conseguir delinear o que o NASF fazia, tudo era NASF, tudo [...] foi e organizou, com a pandemia [...] vamos discutir o caso, isso não é nosso, vamos organizar o que você pode fazer, o que eu posso fazer, e hoje a gente tem uma relação.” (profissional X da atenção básica)

Entretanto, críticas expostas de forma consensual entre as profissionais da atenção especializada, dizem a respeito à exacerbados encaminhamentos que não condizem com a proposta dos CAPS, e que poderiam ser atendidos pela rede de atenção básica de saúde. A partir das falas de algumas profissionais, percebe-se uma falta de entendimento sobre as demandas possíveis para os serviços, assim como o momento em que a Atenção Básica deve procurar o cuidado na atenção especializada,

Como pode ser visto a partir de relatos das profissionais:

“Muitas vezes, até mesmo na própria pandemia, a pessoa está com crise de choro, porque não consegue sair de casa, desespero por conta da pandemia... ah... procura o CAPS... não. A criança está chorando porque não consegue acompanhar a plataforma da escola... procura o CAPS... não. A gente tem que saber em que momento procurar o CAPS”. (profissional C da gestão municipal).

Ainda segundo a gestora C, na pandemia, os indivíduos com crise de pânico e depressão, foram encaminhados para o CAPS, mas provavelmente esse seria um suporte que a atenção básica e o NASF poderiam fornecer. Percebe-se assim, a falta de clareza e pactuação sobre o papel dos serviços, e quando de fato a Atenção Básica deve procurar o cuidado do CAPS.

Apesar da constatação dos profissionais sobre a necessidade do trabalho em rede, observa-se pouco alinhamento entre ESF/NASF para trabalhar de fato em rede para que se escape da lógica do mero encaminhamento (GAZIGNATO;

SILVA, 2014). Tais encaminhamentos realizados sem análise das necessidades e dos recursos existentes na rede, criam uma desarmonia e um desacordo entre rede básica e rede especializada. Assim, há de se problematizar a responsabilização pelas necessidades e demandas dos usuários nos serviços:

“Um pouquinho antes de começar a pandemia, tinha uma lista de encaminhamento, uma lista parada para a psiquiatria e que era da atenção básica, que a gente chama de SISREG, do Sistema de Regulação. Tinha coisa indicando para CAPS AD, e não era, então foi uma coisa feita muito de qualquer jeito. Eu falei, eu me recuso, a pessoa sequer foi ouvida pela atenção básica!” (profissional E atenção especializada, 2020).

Esta fala revela uma expressiva desarticulação entre atenção especializada e atenção básica, e problematiza de forma contundente um modo de trabalho que deve ultrapassar a lógica de desresponsabilização comumente vista nos serviços. Segundo Gazignato e Silva (2014), percebe-se que a ação em saúde mental mais executada ainda é o encaminhamento para o especialista, e de acordo com Cavalcante et al. (2011), é possível considerar o encaminhamento ao CAPS como uma estratégia de cuidado isolada, e portanto fragmentada, não inserida de uma linha de cuidado específica, ignorando assim, a responsabilidade e resolutividade da ESF.

Entretanto, apesar desses questionamentos, uma profissional da rede básica indicou que durante a pandemia, os encaminhamentos para a atenção especializada diminuíram. Segundo esta profissional, rotineiramente, a UBS fazia encaminhamentos quando acreditava que os pacientes necessitavam de outros equipamentos, entretanto, com a pandemia, a unidade reduziu as referências e passaram a encaminhar apenas os casos que julgavam mais necessários, casos que não foi possível realizar triagem ou remarcar. Isto não significa, contudo, que os casos de saúde mental que não foram encaminhados receberam algum tipo de resposta a contento.

Entretanto, uma outra profissional da atenção básica relatou que quando o paciente chega até a unidade, os profissionais já verificam se esse tem o interesse de ser atendido pelo CAPS e explicam como o serviço funciona no que diz respeito ao acolhimento, acompanhamento e especialidade. Ao mostrar essas características, geralmente os pacientes ficam interessados, mas isso não

necessariamente significa que tal encaminhamento é adequado. Faz-se necessário que linhas de cuidado referentes aos principais problemas e necessidades em saúde mental sejam desenvolvidas, avaliando a gravidade e indicadores de risco, bem como a resposta referente a cada ponto de atenção.

"A gente fala que é porta aberta e tudo mais, aí gente faz o e-mail, ou por WhatsApp mesmo para a gestora, porque temos o contato da gestora do CAPS [...] se o paciente fala "aí, não sei se eu vou", a gente fortalece que ele vá. Mas como não é compulsório, então eu não posso, de certa forma, forçá-lo a ir, né? Aí a gente orienta a família, sempre orienta alguém e fala [...] a gente explica e encaminha, né? [...]" (profissional Y da atenção básica)

As experiências de trabalho em rede são vistas como potentes, contudo, ainda apresentem falhas em relação a descontinuidade das ações tanto pelo serviço de atenção básica como pelo serviço de atenção especializada. As profissionais da atenção básica, demonstraram compreender que o paciente continua sendo do território e não apenas de um serviço, entretanto, percebeu-se que a prática ainda permanece fragmentada. Isso ficou evidente pelo relato de uma profissional da AB indicando que em casos de abuso de álcool e outras drogas, normalmente é feito um relatório para o CAPS AD e estes assumem, e a atenção básica fica *"mandando o caso, um para o outro, até o paciente criar uma aliança terapêutica, a gente fica lá e cá"*. A partir de tal relato, nota-se ainda uma lógica um tanto fragmentada, diferente do raciocínio de rede e de linha de cuidado, mas sim de encaminhamento, o que na verdade, pode dificultar o processo de criação de vínculo com os profissionais dos serviços e com o próprio sistema de saúde, ao passo que este processo pode gerar um cansaço pela busca de cuidado e a piora de seu quadro.

Uma das gestoras considerou que ainda existem muitos desafios para que os serviços enxerguem seu papel dentro da rede, e que há a necessidade de um maior alinhamento da atenção especializada junto ao Nasf para um trabalho mais conjunto, em que nem sempre os serviços vêm o seu papel em relação aos outros serviços. Por isso os serviços precisariam ainda amadurecer mais, para que cada um percebesse melhor seu papel e o potencial de um trabalho conjunto.

“A gente ainda precisa construir melhor, amadurecer mais a rede, provavelmente, então é no dia-dia mesmo, até para o CAPS enxergar como serviço, [...] enxergar o papel dele e enxergar também o papel como funcionamento que apoia o NASF, que apoia a própria rede básica.” (profissional A da gestão municipal).

A crítica se refere ao fato de os CAPS investirem de forma geral, mais tempo em atividades para dentro de seus próprios serviços, não exercendo ainda muito o papel de trabalhar junto com o NASF, oferecer apoio a essa equipe, ou mesmo dividir reuniões de matriciamento. As entrevistas mostraram que a falha está presente em ambos os serviços, pois o CAPS muitas vezes, não fornece a contrarreferência, assumindo os casos para si, e a ESF por sua vez, não busca a informação do tratamento do paciente na especialidade:

“A gente pensa, vamos encaminhar eles para o seu território. Ele tem que se apropriar do seu território, não pode ser expulso dele porque usa abusivamente uma substância. Mas é isso que acontece, infelizmente é isso que a gente vê. Tem alguns casos que a gente fala "ah, não, vamos fazer aqui mesmo porque a gente já sabe que se for para a atenção básica vai perder [o caso]".” (profissional E da atenção especializada)

Este relato indicou que para além da absorção de casos que não são característicos do serviço, há talvez uma falta de confiança entre os equipamentos da rede. Entretanto, percebeu-se ainda a necessidade do CAPS de se apropriar do trabalho em rede, para fora do serviço, e exercer um trabalho conjunto com o NASF. Uma das profissionais da atenção especializada, relatou sobre a dificuldade de chamar a atenção básica para participação:

“Nunca ficou muito claro isso para a gente e eu acho que nem para eles [...] E aí uma "dificuldadezinha" de trazer atenção básica para participar desse trabalho e o NASF, mas a gente está conseguindo, tem ocorrido sim. Devagarinho chega lá.” (profissional D da atenção especializada)

Deve-se buscar integração permanente entre o NASF e o CAPS no território, levando em conta que também é tarefa do CAPS realizar ações de apoio matricial para a APS. Destaca-se a importância da integração entre o NASF, equipes de SF e o CAPS, com organização de espaços coletivos de trocas entre essas diversas equipes, discussões de casos, construções de projetos terapêuticos, intervenções conjuntas entre as diferentes equipes, tendo como foco a singularidade de cada situação de saúde mental (BRASIL, 2009). A

rede de Franco da Rocha tem passado exatamente por um processo de distinguir os papéis e especificidades dos diferentes pontos de atenção:

“Já tivemos, claro, reuniões de Meet, reuniões até mesmo nessa época de pandemia que a gente falava "não, a gente pensa que isso é do NASF", aí "não, isso é do CAPS", então sim, eu penso que a gente ainda precisa conversar, [...] eu percebo que mesmo assim, as equipes vem buscando essa sintonia. Porque agora com o NASF mais fortalecido, ficou mais tranquilo, mas nesse primeiro momento foi bastante difícil mesmo, você buscar, implantar e buscar, mostrar o que realmente era público do CAPS, o que não era [...] que poderia ser muito bem manejado.” (2020) (profissional D da atenção especializada).

Nessa direção, uma profissional da atenção especializada considerou que o NASF do município está mais encorpado, tornando a conversação com os CAPS mais fluída, e isso acarretou a possibilidade de direcionamento e de discussão conjunta de alguns casos com o NASF. Dessa forma, tem sido possível mandar alguns casos que estavam sendo atendidos pelo CAPS e nos quais houve melhora, de volta para a rede básica.

“Já orienta: olha, o seu caso está bem leve, você vai conseguir ser bastante contemplada no seu território mesmo, não tem mais a necessidade de vir até o CAPS nesse momento” (profissional D da atenção especializada)

Uma das gestoras considerou que de fato há um repasse muito grande de casos para a Unidade Básica. Por conta do momento pandêmico, tal gestora acredita que as contrarreferências para a Unidade Básica deveriam ser repensadas, pois apensar de várias delas serem de fato demandas da rede básica, durante a pandemia as unidades básicas necessitaram absorver demandas espontâneas, além de uma agenda que já existia anteriormente, e portanto, aumentaram sobremaneira a quantidade de casos atendidos. Apontou a necessidade e a possibilidade de outros equipamentos poderem acolher e atender. Esta observação, nos remete ao potencial ainda não percebido do trabalho em rede, pois, acordos e combinações podem ser refeitos entre serviços em situações emergenciais, como nessa pandemia, para que todos possam garantir uma resposta mais integral às demandas da população em cada momento histórico.

Os casos de transtornos mentais graves sempre nos fazem pensar sobre o funcionamento da rede e sobre como podemos conseguir o contato e apoio dos profissionais da saúde mental. Devido à sua complexidade e à frequente necessidade de intervenções psicossociais, essa é a uma via de mão dupla: a equipe de saúde mental tem muito a se beneficiar das informações e intervenções que a APS pode prover, desde que esse diálogo esteja firmado. Nota-se o grande potencial que a APS tem, especialmente dentro da Estratégia da Família, de capilaridade e de proximidade com o território, o que contribui para a revelação oportuna e rápida e o manejo imediato de quadros agudos, situações graves e arrastadas, podendo contribuir para evitar falhas no acesso e na continuidade de tratamento dos problemas de saúde mental (BRASIL, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as UBSs do município ainda dependem muito do trabalho do NASF enquanto equipe de atendimento, portanto, não possuem muita autonomia para resolver as situações sem tais profissionais. Por sua vez, o NASF permanece realizando o papel de ambulatório de saúde mental, revelando o quanto ainda é forte entre os profissionais a visão de que a saúde mental é um caso isolado, não como algo integrado a saúde com um todo. A articulação intersetorial foi fortalecida neste período de pandemia, mas certamente ainda é necessário que se estruture melhor a partir da definição de fluxos de atenção. Destaca-se também a importância articulado em rede para evitar a sobrecarga dos diversos equipamentos, evidenciando a relevância da responsabilização de todos os serviços pela execução de ações de forma comprometida e compartilhada.

Durante esta pandemia, foi possível perceber o quanto os serviços tiveram que priorizar situações e garantir atendimento à demanda espontânea, e o quanto tiveram que se organizar em rede e se articular, conversar e se aproximar, por conta da necessidade de serem mais resolutivos. Isso gerou maior aproximação entre os serviços e maior solidariedade entre os diferentes

profissionais. Certamente esta crise fortaleceu o trabalho em rede e aproximou a atenção básica da atenção especializada. Entretanto, esta crise também evidenciou lacunas, tais como uma necessidade de definir melhor linhas de cuidado para os diferentes problemas de saúde mental, e a necessidade de clarear papéis, potenciais e limites de cada ponto de atenção da RAPS

A Rede de Atenção de Franco da Rocha vem se construindo e se fortalecendo através de profissionais que se envolvem com a Política Nacional de Saúde Mental. O município, marcado fortemente pela psiquiatria e pelo antigo Complexo Hospitalar Juquery, tem sido demarcado também por alguns profissionais que possuem o interesse de transformar algumas práticas e com isso, são transformados também. Diversas profissionais comentaram sobre o histórico da cidade, sobre o fato de terem sido criadas pela cidade e sobre o fato de atenderem famílias que criaram a cidade. Apesar da permanência de uma cultura medicalizante e muitas vezes manicomial, Franco da Rocha vêm percorrendo por caminhos potentes. Na pandemia, tentou se organizar da melhor forma possível e se reinventar, palavra muito utilizada pelas profissionais.

Se reinventar, na maioria das vezes vêm da necessidade eminente de uma situação. É impulso para mudanças, e essas situações críticas abrem espaço para reacomodações, decisões mais rápidas e ousadas que antes ficariam no desejo. Se adaptar e se reinventar parecem ter o mesmo significado, mas para este trabalho, com certeza não. Se reinventar ou improvisar? Apesar da potência inegável que é o movimento de se reinventar, é também de se questionar até onde o processo de se adaptar é revolucionário quando não se é fornecido estruturas físicas e materiais para tal. Quando o Estado não fornece equipamentos, orientações e formações suficientes para as práticas e cuidados necessários.

A saúde se faz na articulação de recursos humanos e financeiros. Na pandemia, vimos o colapso do sistema de saúde brasileiro e mundial, óbitos devido à falta de leitos, de cilindros de oxigênio, de acesso aos serviços de saúde. Óbitos causados principalmente pela falta material. A pandemia evidenciou a força do Sistema Único de Saúde, e para além de uma fala

romantizada, evidenciou também todas as faltas financeiras, de recursos técnicos e materiais que o nosso sistema de saúde já vinha sofrendo.

Em Franco da Rocha, para a transição dos atendimentos presenciais para os remotos, houve a necessidade de diversos equipamentos absorverem as demandas utilizando-se da tecnologia. Durante as entrevistas – em novembro, algumas das unidades ainda não tinham estruturas suficientes para atender algumas das necessidades, fazendo com que algumas unidades continuassem solicitando instrumentos – notebook, celular e etc. emprestados de outros serviços para realizem seus trabalhos, assim como fazendo com que os técnicos utilizassem de seus próprios recursos para atender os usuários.

Nas entrevistas, algumas das profissionais relataram o quanto foi possível se adaptar à nova situação (o novo normal?), porém, foi possível perceber pela análise das entrevistas que perante um estado de exceção, de desespero e de caos, não há como apenas se adaptar, não há como (por mais que já esteja acontecendo), se adaptar (e naturalizar) um desmedido número de mortes diárias, tão menos se adaptar a um sistema que está sofrendo tantos desmontes. É necessária uma reinvenção das formas de atuar, e muita potência para permanecer lutando por um Sistema Único de Saúde.

A pandemia não acabou, ela perdura e ainda durará por muito tempo. Ela existe quando populações morrem pela falta: de acesso, de profissionais e de estrutura. Faltas essas que vêm ficando cada vez mais profundas, devido aos desmontes políticos de um governo criminoso. Apesar dos fortes ataques e tentativas de desestruturação durante a pandemia, a RAPS mostrou que sobreviveu e continuará sobrevivendo, junto aos profissionais que se importam e comprometem. Assim, escutá-los, é um respiro para uma escolha tão dura (e prazerosa) que é o caminhar pelo Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BASTISTA, Eraldo Carlos. MATOS, Luís Alberto Lourenço. NASCIMENTO, Alessandra Bertasi. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v.11, n.23-38, TRI III 2007, ISSN 1980-7031

BOURGUIGNON, J; BARBOSA, M. Concepção de rede de proteção social em serviço social. *Gestão de Políticas Sociais*. Londrina, 2017. <http://www.dx.doi.org/130665>

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Orientações Técnicas Sobre o PAIF*, 2(1), Brasília, DF, 2012. Recuperado em 14 de jan de 2021 em http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências Técnicas para a Prática de Psicólogas (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)*. Brasília, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM: Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001, 213p.

CUNHA MC. O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

DAWSON, B. Informe Dawson sobre o futuro dos serviços médicos e afins, 1920. Washington, Organização Pan-americana de Saúde. Publicação Científica nº93, 1964.

DELGADO, P. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis*, v. 25, n. 1, p. 13-18, 2015.

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. *Educ. rev.* [online]. 2004, n.24, pp.213-225. ISSN 0104-4060. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.357>.

FALEIROS, V. *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1999.

FLICK, U. Entrevista episódica. In: BAUER, M. W; GASKELL, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. P. 114-126.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. *Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde*, 2012.

FRENK, J. *Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico*. Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006.

GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, 2014.

HAM, C. *Evaluations and impact of disease management programmes*. Bonn, Conference of Bonn, 2007.

JUNQUEIRA, L. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 25-36. 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104->

LANA, Raquel Martins et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, e00019620, 2020

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde & Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: ROSENI, P.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, 2001. p. 39-64

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2ªed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 2ªed. 1999.

MINAYO, M. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. (18 ed). Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: _____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010. P. 261-297.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. S.; DESLANDER, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. p. 61-77.

NOBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa; MANTOVANI, Gabriela dos Santos; DOMINGOS, Alessandra Matheus. Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 73, n. 1, e20170864, 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovações nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília, OPAS/OMS, 2010.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PROGRAMA LUGARES DA MEMÓRIA. Hospital Psiquiátrico do Juqueri e Manicômio Judiciário. Memorial da Resistência de São Paulo, São Paulo, 2017.

REIS, A S. A formação dos territórios e a constituição das memórias na cidade de Franco da Rocha (SP). *Revista Cordis: Revista Eletrônica de História Social da Cidade*.

REIS FILHO, D. A. Os muitos véus da impunidade: a sociedade, tortura e ditadura no Brasil. Disponível em <<http://www.artnet.com.br/gramsci/arquiv94.htm>>.

SAKAGUCHI, D. S; Marcolan, J. F. A história desvelada no Juquery: assistência psiquiátrica intramuros na ditadura cívico-militar. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(4):476-81.

TURCK, M. *Rede interna e rede social: o desafio permanente na teia das relações sociais*. Porto Alegre: Tomo editorial, 2002.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.

WETZEL, Christine et al . A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 35, n. 2, p. 27-32, June 2014

ANEXOS

ANEXO 1 – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PROFISSIONAIS E GESTORES DE SAÚDE

ENTREVISTA

Prezado (a),

O (A) Sr (a), está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: "Desafios e Respostas do Sistema Único de Saúde do município de Franco da Rocha no enfrentamento à COVID-19" que tem por objetivo identificar os desafios e as respostas do SUS, no município de Franco da Rocha, no enfrentamento a COVID-19.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais envolvidos no atendimento da Atenção Básica do município, serviços de referência, apoiadores da Atenção Básica e gestores que concordarem em responder algumas perguntas. A entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos e será gravada, para que o conteúdo possa ser degravado e analisado posteriormente. A entrevista será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde e/ou pesquisadores do Instituto de Saúde.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o (a) Sr (a), pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a pesquisa ou para seu trabalho.

O (A) Sr (a), tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para seu trabalho. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a), não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa, os resultados serão apresentados aos gestores e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a), poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Fabiana Lucena, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8510) das 8 às 17h ou pelo email fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, também poderá ser consultado caso o (a) Sr (a), tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa pelo telefone 11-3116-8606 ou pelo email cepis@isaude.sp.gov.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

Este termo será assinado em duas vias, pelo (a) senhor (a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Concordo em participar:

_____ / /

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante desta entrevista para a participação neste estudo.

_____ / /

Nome do responsável pela entrevista

Assinatura do responsável pela entrevista

ANEXO 2 – ENTREVISTA GERENTE UNIDADE BÁSICA

ANEXO 2.1

ENTREVISTA GERENTE UNIDADE BÁSICA – EIXO SAÚDE MENTAL

1) CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:

Nome:

Idade:

Formação:

- Desde quando está trabalhando na rede de saúde? Desde quando está em FR? E desde quando como gerente de unidade básica de saúde?

1) MUNICÍPIO E PANDEMIA DE SARS-CoV-2

- As unidades básicas de saúde receberam algum tipo de orientação ou diretrizes para o enfrentamento da pandemia? Quais? Estão utilizando algum documento de orientação? Qual e de que forma? (ter acesso a esse material) – A UBS tem recebido ou acessado informações/diretrizes específicas *sobre o manejo de problemas de saúde mental*? Quais? Tem sido úteis? De que forma?

- O município produziu algum documento ou publicação oficial para a rede de saúde sobre a pandemia? E para os usuários da rede e população do município? Se sim, que tipo de material e com quais objetivos? (ter acesso a esses materiais). Foi elaborado ou desenvolvido algum material/documento *específico de saúde mental*? Qual? Com qual objetivo? (ter acesso).

- Como os serviços da rede básica estão funcionando desde o início da pandemia? Houve alguma mudança? (mudanças nos horários, estratégias de cuidado implementadas, mudanças na organização do serviço e fluxograma, ações priorizadas)? Qual tem sido a orientação da gestão municipal?

- Qual foi a estratégia de sensibilização e informação à população, utilizada desde o início da epidemia (sobre formas de contágio, cuidados, rede de apoio)?

ANEXO 2 – ENTREVISTA GERENTE UNIDADE BÁSICA

ANEXO 2.2

II) PANDEMIA DE SARS-CoV-2 E SAÚDE MENTAL

- A UBS/ESF percebeu um aumento de demandas e problemas relacionados ao sofrimento mental durante a pandemia? Quais as demandas de saúde mental têm sido mais frequentemente identificadas na rede básica de saúde neste período? Em quais populações?

- Como têm sido feitas *a identificação e o acolhimento das necessidades psicossociais* e de saúde mental nos territórios? Existe uma estratégia para isso? Qual o papel da rede básica e dos outros serviços da RAPS nessa identificação? (existe uma estratégia de rede para isso?)

- Como a UBS, junto com os outros equipamentos da RAPS, tem assegurado a *continuidade do cuidado psicossocial e o monitoramento* de situações de sofrimento mental dos *pacientes que já eram acompanhados* pela Unidade Básica de Saúde? Como tem sido acompanhados os pacientes que participavam de grupos relacionados a demandas psicossociais na unidade?

- Como a UBS e a rede de saúde do município tem monitorado o risco psicológico e psicossocial de pacientes suspeitos de Covid -19 ou de casos confirmados, que estejam em isolamento domiciliar?

- Existe uma estratégia de rede para o uso da visita domiciliar na identificação, acolhimento, cuidado e monitoramento das situações psicossociais e de sofrimento mental no período da pandemia? Como isso isto acontece e quem está envolvido nisso?

- A UBS percebeu um aumento de queixas e de casos de violência? De que tipo (à mulher, à criança, a idosos, etc)? Existe uma estratégia de rastreamento desses casos? Existe uma estratégia de rede e intersetorial para isso? Quais os serviços de referência para os serviços de violência? De que forma a rede contra violência está funcionando?

- Quais estratégias estão sendo utilizadas para o cuidado/suporte psicossocial de idosos do território de abrangência da UBS (especialmente os mais dependentes, que moram sozinhos ou vivem situações de sofrimento)? E para o cuidado psicossocial de idosos em Instituições de longa permanência? Como se monitora as necessidades existentes (inclusive sociais e medicamentosas)? Quem está envolvido nisso?

ANEXO 2 – ENTREVISTA GERENTE UNIDADE BÁSICA

ANEXO 2.3

- Como está sendo efetuado o acolhimento e a atenção psicossocial para situações emergenciais e de crise, como por exemplo: crise psicótica, tentativa suicídio, crises de pânico, entre outras? Existe uma estratégia de rede para isso?
 - Existem estratégias específicas de rede e de articulação intersetorial para atender as necessidades psicossociais de moradores de rua/ desabrigados durante a pandemia? Se sim, quais ações estão sendo propostas e quem está envolvido? Existe um trabalho específico nos abrigos? Qual? O que está sendo proposto? Quem está envolvido nisso?
 - Tem sido desenvolvidas ações para facilitar emprego e renda, apoio ao recebimento do auxílio emergencial e segurança alimentar para famílias em situação de risco e vulnerabilidade social no município? De que tipo e para quem? Quem está envolvido nisso e qual o papel da AB?
 - Existe alguma estratégia de rede para o manejo dos usuários de álcool e outras drogas durante a pandemia? Quem está envolvido nisso? Como a AB está participando disso?
 - Qual o papel do NASF neste momento de pandemia? Existem *atividades de matriciamento* realizadas para o atendimento de necessidades psicossociais e relacionadas ao sofrimento mental? Quais atividades, em que situações, como funcionam e quem está envolvido?
 - Qual o papel do CAPS neste momento de pandemia? Existem *atividades de matriciamento* realizadas para o atendimento de necessidades psicossociais e relacionadas ao sofrimento mental? Quais atividades, em que situações, como funcionam e quem está envolvido?
 - Como você avalia o *trabalho em rede* neste momento da pandemia, especialmente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)? Explique (pontos fortes e fracos). Está havendo interlocução e reuniões dos equipamentos da RAPS para discutir ações e fluxos de cuidado? Quem participa? Como essas reuniões tem ajudado os profissionais?
 - Como a comunidade está sendo mobilizada para atuar nesta pandemia? Existem ações comunitárias neste momento de pandemia? Se sim, quem está envolvido?
 - Existem atendimentos online/ por telefone? Individuais? Em grupo? Para quem? Qual a avaliação que vocês têm sobre ele?
-