

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

GEOVANNA ALMEIDA BENEDITO

**IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NO CAPS: UM ENSAIO SOBRE A
PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

SÃO CRISTÓVÃO

2022

GEOVANNA ALMEIDA BENEDITO

**IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NO CAPS: UM ENSAIO SOBRE A
PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso para apresentação ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe como parte dos requisitos para obtenção do título de Formação em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marley Rosana Melo de Araújo

SÃO CRISTÓVÃO

2022

GEOVANNA ALMEIDA BENEDITO

**IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NO CAPS: UM ENSAIO SOBRE A
PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso para apresentação ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe como parte dos requisitos para obtenção do título de Formação em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marley Rosana Melo de Araújo

Aprovado em 24 de maio de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Marley Rosana Melo de Araújo
Universidade Federal de Sergipe

Ariana Cavalcante de Melo
Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju

Prof. Dr. Frederico Leão Pinheiro
Universidade Federal de Sergipe

RESUMO

A pandemia de COVID-19 afetou diversos serviços públicos de saúde, tanto pela modificação da gestão do trabalho, quanto pelo agravamento de obstáculos já presentes em seu cenário. Os Centros de Atenção Psicossocial foram um dos serviços que manteve sua atuação durante a pandemia e a literatura aponta indícios de consequências nas conjunturas de trabalho dos seus profissionais, que já enfrentavam problemas com relação ao subfinanciamento e ao cenário de políticas públicas que favoreciam o desmonte do CAPS. Discutimos como o advento da pandemia de COVID-19 tendenciou o agravamento das condições precárias de trabalho, no que diz respeito à escassez de recursos materiais, tecnológicos e humanos. A insuficiência de equipamentos de proteção, as baixas remunerações e os atrasos de salários, além dos sentimentos de insegurança e medo pela contaminação e falta de apoio psicossocial a equipes multiprofissionais afetam a própria efetivação do serviço. Nesse sentido, faz-se necessário investigar e fortalecer os espaços de discussão acerca das variáveis que atravessam o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, buscando compreender a localização do dispositivo em estruturas capitalistas que o fragilizam e a precarização do trabalho como uma ameaça direta à consolidação da Rede de Atenção Psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: CAPS; COVID-19; precarização do trabalho.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 4 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO | 5 |
| 2.1. Definição e histórico do Centro de Atenção Psicossocial | 5 |
| 2.2. Processos de trabalho das equipes multiprofissionais do CAPS | 10 |
| 2.3. Precarização do trabalho em saúde mental – perspectivas da atenção psicossocial | 12 |
| 2.4. Impactos da pandemia de COVID-19 nos CAPS | 17 |
| 2.5. O cenário da precarização do trabalho no CAPS durante a pandemia | 21 |
| 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 24 |
| REFERÊNCIAS | 26 |

1. INTRODUÇÃO

Em março de 2021, a Fundação Oswaldo Cruz (2021) deu início a um monitoramento sobre a saúde e condições de trabalho de mais de 250 trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constatando indícios de agravamento das condições precárias de trabalho das equipes durante a pandemia de COVID-19. Os relatos denunciam sobrecarga crescente de trabalho, atrasos e baixos salários, insegurança pela escassez de equipamentos de segurança (EPIs), ausência de treinamento para lidar com as condições da COVID-19, fragilidade de vínculos empregatícios, falta de apoio à saúde mental e, até mesmo, carência de materiais básicos de higiene, como água e sabão. Segundo Neves (2021, on-line), as condições escassas expõem esses profissionais às vulnerabilidades e inseguranças do cenário pandêmico, retratado como o paradoxo da “saúde desprotegida de quem protege vidas”.

Embora a pandemia de COVID-19 tenha sido cenário de grande foco acadêmico, acerca do cuidado aos profissionais de saúde, as condições precárias de trabalho desses profissionais possuem um histórico anterior a essa crise sanitária — dado o quadro de desmonte das políticas de saúde pública nos últimos anos, agravado com a atuação dos governos Temer e Bolsonaro (MOTA; TEIXEIRA, 2020). Nessa conjuntura, o cenário da atenção psicossocial não é poupado. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram elencados como serviços que enfrentam um crescente desinvestimento financeiro público, baixas remunerações, escassez de material básico para o funcionamento do serviço — incluindo materiais para as oficinas, alimentação e produtos de higiene —, além da sobrecarga do trabalho de gestores e equipes multiprofissionais e pressão para produtividade, mesmo diante condições precárias para efetivar o serviço (BARROS; BERNARDO, 2017; GUIMARÃES *et al.*, 2011; NASCIMENTO; MATHIS, 2018; RUAS, 2018).

Com o advento da pandemia, foi possível notar um agravamento desse cenário, principalmente no que diz respeito aos processos de trabalho desses profissionais. Além dos indícios constatados pelo estudo da Fiocruz (2021), outras pesquisas acerca da temática vão na mesma direção. O CAPSi do Distrito Federal (FONSECA *et al.*, 2020), enfrentou sobrecarga de trabalho e insuficiência de recursos materiais durante a pandemia, enquanto as notas públicas oficiais acerca dos CAPS de Goiás, destacaram alterações emocionais nos

profissionais com o cenário pandêmico, sem indício de oferta de suporte psicossocial. Ainda que algumas pesquisas apontem para esse quadro preocupante, é necessário maior investigação sobre os efeitos perniciosos da pandemia sobre o trabalho em saúde mental, afinal, a temática apresenta escasso acervo de contribuições acadêmicas. Logo, esse ensaio teórico tem por objetivo problematizar o processo de precarização do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) durante a eclosão da pandemia de COVID-19. Um estudo desse teor presta-se a estimular e fortalecer o espaço de discussão em torno das variáveis institucionais e sociais que atravessam o funcionamento dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, discussão indispensável quando o sucesso das políticas públicas de saúde mental está condicionado à efetivação de seus dispositivos, como o CAPS.

O presente texto está dividido em 5 seções, a saber: 1) a definição e o histórico do Centro de Atenção Psicossocial, relatando seus processos de luta para consolidação no cenário nacional; 2) como funcionam os os processos de trabalho das equipes multiprofissionais do CAPS como uma rede de atuação multiprofissional e suas implicações; 3) o cenário da precarização do trabalho em saúde mental na atenção psicossocial, alencando o atravessamento das crises do capitalismo e o histórico de sucateamento da rede de saúde pública; 4) os impactos gerais da pandemia de COVID-19 nos CAPS e, por fim, 5) as consequências desse cenário pandêmico acerca da precarização do trabalho no CAPS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Definição e histórico do Centro de Atenção Psicossocial

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o serviço de saúde público responsável pela atenção psicossocial especializada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. É constituído por uma equipe multiprofissional que deve atuar sob a ótica interdisciplinar, visando atendimento territorial, comunitário e de “portas abertas”, ou seja, o atendimento não necessita do encaminhamento prévio (BRASIL, 2017a). É um dos pontos de atenção que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estratégia desenvolvida para o delineamento dos serviços de saúde voltados para a atenção de pessoas com sofrimento psíquico, visando a substituição do modelo asilar manicomial e a consolidação do acesso à rede pública de saúde mental.

Seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica, os CAPS priorizam o trabalho em coletividade, envolvendo a equipe, o usuário e sua família, em sua área territorial e

acompanhamento longitudinal do caso. São divididos em diferentes modalidades: CAPS I, indicado para municípios de até 20 mil habitantes; CAPS II, para municípios com população superior a 70 mil habitantes; CAPS III, indicado para regiões ou municípios com mais de 200 mil habitantes; CAPS AD, destinado ao atendimento de crianças, adolescentes e adultos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, indicado para municípios com mais de 70 mil habitantes; CAPS AD III, destinado às pessoas com necessidade de cuidado clínico contínuo, dispendo de, no máximo, 12 leitos para observação, com funcionamento 24h em municípios com mais de 200 mil habitantes; e o CAPSi e CAPSiAD, para o atendimento de crianças e adolescentes, localizados em cidades com mais de 150 mil habitantes (BRASIL, 2011).

A criação da RAPS e dos CAPS foi fruto de um longo processo de luta político-social. O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final da década de 1970, mobilizado por trabalhadores, familiares, pacientes e a comunidade em geral. A criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental originou-se com intuito de buscar melhores condições de tratamento para pacientes com transtornos mentais e denunciar os maus tratos cometidos em hospitais e manicômios que, até então, eram tidos como o único espaço possível para essas pessoas, tendo como norte o tratamento pautado na internação, uso de força física e desumanização do indivíduo — práticas pautadas somente pela perspectiva orgânica/biológica e permeadas de estigmas sociais envolvendo os portadores de transtornos mentais, como loucos e irrevogáveis criminosos (AMARANTE, 2009). Em consonância, Silva (2010) também destaca o cenário de exclusão da loucura:

Excluídas do convívio em sociedade, essas pessoas largadas em asilos, manicômios ou outros tipos de instituições psiquiátricas eram internadas e esquecidas, sendo vítimas de abusos médicos ou de maltrato de enfermeiros ou de outros pacientes. Com o passar do tempo, este modelo baseado na internação dos pacientes foi questionado através da chamada Luta antimanicomial e de outros movimentos da sociedade civil e de grupos de defesa dos direitos humanos (SILVA, 2010, p.13).

As décadas de 1980 e 1990 foram períodos de grandes marcos para a construção do novo modelo de autonomia do cidadão, dentro dos parâmetros da saúde pública: em 1986 houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), quando o Sistema Único de Saúde (SUS) tomou forma, e o 2º Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental em 1987, em que foi adotado o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (HIRDES, 2009). Em 2001, ocorre a 3ª

Conferência Nacional de Saúde Mental, logo após a conquista da Lei nº 10.216, a qual protege os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). A expansão da luta antimanicomial permitiu, assim, a criação e integração dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao Sistema Único de Saúde (SUS) oficialmente em fevereiro de 2002, com a portaria GM/MS Nº 336 (BRASIL, 2002).

As práticas assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial, exercidas pelo dispositivo do CAPS, emergem como uma possibilidade vasta de produzir saúde mental além da clínica, buscando fomentar um cuidado terapêutico, através da perspectiva do usuário, nos territórios dos quais fazem parte, promovendo maior aporte à sua autonomia e suas próprias possibilidades de vida (FORTES, 2017).

Nessa perspectiva, o CAPS conta com uma equipe multiprofissional que inclui médicos-psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos em enfermagem, auxiliares administrativos – cada modalidade possui um quantitativo diferente de cada profissional na equipe. As possibilidades terapêuticas propostas compõem um vasto campo transversal, tendo sempre em vista o cuidado integral ao usuário: há o acolhimento e acompanhamento psicoterapêutico profissional individual e/ou articulando o diálogo familiar; acompanhamento medicamentoso (quando necessário); ações territoriais buscando a reinserção e reabilitação psicossocial, suporte e assistência domiciliar; e um amplo leque de possibilidades de estratégias e recursos que não operam dentro de uma lógica manicomial, quais sejam a promoção de oficinas artísticas ou cursos técnicos, grupos terapêuticos, palestras (a depender da demanda dos usuários do serviço) além do suporte e articulação com outras redes que possam fornecer o auxílio necessário ao usuário (BRASIL, 2002).

É importante destacar que a reinvenção do conceito de saúde vai para além de uma mudança técnico-assistencial, orientando mudanças epistemológicas e sociais/culturais pela desinstitucionalização – desconstrução de estruturas, saberes e práticas manicomiais e psiquiátricas, que inserem a dicotomia saúde-doença/loucura-razão e sustentam o aprisionamento da loucura e a sua lógica manicomial. Busca-se, assim, uma nova realidade, onde o conceito de saúde expande-se para além de uma definição pré-estabelecida por parâmetros biomédicos regradados, para um espaço amplo, onde a saúde se torna uma produção de vida possível, que faça sentido para o indivíduo e não somente para o “detentor do saber” (YASUI, 2010).

Desse modo, pode-se afirmar que os CAPS realizam atendimento em liberdade, com promoção de socialização e autonomia. Orientam-se através de atuação multiprofissional e interdisciplinar, defendendo a desinstitucionalização, a desconstrução da dicotomia saúde-doença e a descentralização da figura do médico e do hospital psiquiátrico (FORTES, 2017).

A implementação do CAPS, no entanto, foi apenas o início da transformação do campo da saúde mental no Brasil, que não se configurou como um processo linear, afinal, desde a instauração do Núcleo de Atenção Psicossocial, diversos desafios foram (e ainda estão sendo) enfrentados. Todavia, foi especialmente com o Governo Temer, em 2016, que a “Contrarreforma” ganhou poder estruturado através da revisão de dezenas de normativas até 2019, sendo considerado o momento motriz — desde a retomada da democracia — de uma série de graves retrocessos quanto à consolidação das políticas públicas de saúde mental, de caráter antimanicomial (CAPISTRANO *et al.*, 2021).

A Resolução nº 32/2017 e a Portaria nº 3.588/2017 foram aprovadas sem participação popular e são as protagonistas do que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS chama de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (BRASIL, 2017b; 2017c; 2019). As alterações realizadas em 3 anos (2016-2019) — com a participação do Governo Bolsonaro, que sucedeu o de Temer — provocaram uma redução significativa nos projetos de construção de CAPS, o desfinanciamento progressivo de serviços comunitários, inseriram o hospital psiquiátrico como ponto focal dos serviços de saúde mental, além de paulatinamente investirem recursos financeiros para as “Comunidades Terapêuticas”, mesmo quando o SUS enfrentava uma forte mitigação de recursos financeiros com seu congelamento. As Comunidades Terapêuticas são instituições de base religiosa e caráter asilar, que utilizam de tratamento moral para usuários de álcool e outras drogas, com internações involuntárias e compulsórias, tortura física e violência à liberdade (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Cruz *et al.* (2020) também destacam que a gestão governamental demonstrava um claro interesse à lógica mercantil e utilizava-se da fragilidade para realizar cortes nos CAPS, dado que no início de 2018 foram publicadas duas resoluções (nº 35 e 36) que vetavam recursos financeiros às unidades que não apresentassem faturamento. Essa medida justificou cortes de verbas para os CAPS, quando muitas unidades enfrentavam dificuldades com o sistema on-line de faturamento, o qual carecia de um equipamento mais avançado e, muitas vezes, de um profissional adequado para sua realização. Os cortes foram realizados sem

qualquer medida de intervenção que visasse compreender dificuldades das unidades, antes da sua efetuação. Enquanto isso, as comunidades terapêuticas não sofreram quaisquer privações, pelo contrário, a alteração política quanto à atenção psicossocial oportunizava a criação do CAPSad IV, uma nova modalidade estruturada para internação e porta de entrada para as comunidades terapêuticas, as quais, *pari passu*, cresciam em número e cobertura geográfica, alcançando 216 unidades com contratos governamentais firmados, em todo país, na mesma época.

A volta da centralidade de instituições de internamento como o Hospital Psiquiátrico — como o foco principal do financiamento dos serviços de saúde mental em detrimento ao CAPS — permeia não somente as legislações vigentes, como também o próprio cotidiano da rede de saúde pública. Sousa *et al.* (2019) expõem uma série de relatos de profissionais dos Hospitais Psiquiátricos que compreendem o CAPS apenas como um dispositivo auxiliar de entrada para usuários, reforçando o encarceramento e a medicalização como as vias principais de tratamento:

Percebeu-se, no contexto estudado, a existência de uma ideia de desmonte da rede substitutiva imposta pelo cenário político e ideológico brasileiro contemporâneo. Desse modo, o hospital psiquiátrico vem ganhando expressão e lugar de destaque nos discursos de alguns trabalhadores de saúde e de grupos de interesse da sociedade que ainda defendem o enclausuramento e o distanciamento do convívio social como forma de tratamento. Tais ações indicam que o modelo hospitalocêntrico na saúde mental se justifica, pois ainda sobressaem sentimentos de medo e estigma enraizados no imaginário da sociedade. (SOUSA *et al.*, 2019, p. 16)

A sobrecarga e problemas de equipe também são obstáculos recorrentes. Segundo Lima *et al.* (2017), grandes desafios da efetivação de um CAPS no interior do nordeste envolviam, além da escassez de financiamento e demanda excessiva acima da capacidade profissional, os problemas na cooperação entre a equipe multiprofissional, que configura-se através de um diálogo fragmentado, gerando um cenário complicado para a plena atuação do CAPS. Afinal, a comunicação do profissional com sua equipe e com seus frequentadores é evidenciada como um dos consortes do CAPS em diversos estudos, devido ao caráter coletivo desses dispositivos que propõem a ruptura de relações hegemônicas de hierarquia em sua gestão (CÉZAR; MELO, 2018).

Desse modo, pode-se concluir que mesmo no período anterior à pandemia de COVID-19, os CAPS já vinham enfrentando desafios, de modo que as dificuldades de se estabelecer a Reforma Psiquiátrica no Brasil são compreendidas, haja vista o histórico de retrocessos, desmontes e subfinanciamento de dispositivos que subjazem propostas de cuidado em saúde pública.

2.2. Processos de trabalho das equipes multiprofissionais do CAPS

A fim de compreender os impactos das dificuldades postas nos processos de trabalho dos profissionais do CAPS, se faz necessário conhecer a configuração dessa atuação dentro da rede antimanicomial. Diante à garantia de um serviço de saúde mental alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica, a estruturação e organização do trabalho realizado pelos profissionais do CAPS ocorre visando a ampliação do conceito de saúde. É através das diversas estratégias técnicas – apoio matricial, assembleias, formação de equipes multiprofissionais, reuniões técnicas e equipes de referência – que se evidencia a inseparabilidade da organização dos processos de trabalho, clínica e subjetividade na atuação em saúde mental (DANTAS; ODA, 2014; ONOCKO-CAMPOS, 2001 *apud* ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Nesse sentido, a atuação realizada através de equipes multidisciplinares ocupa um papel fundamental na viabilização de um projeto terapêutico desta complexidade. Com o sofrimento psíquico sendo encarado como um fenômeno de características histórico-sociais complexas e multifacetadas, propõe-se abandonar o conceito de adoecimento psíquico como exclusivo da ordem biológica e com intervenção apenas medicamentosa. Assim, a assistência em saúde mental descentraliza a narrativa psiquiátrica, disponibilizando espaço para a entrada de outros e novos saberes e práticas no campo da saúde (CÉZAR; MELO, 2018). Dessa forma, opera-se uma clínica ampliada e multiprofissional, tendo sua disposição e subdivisão de acordo com a modalidade do CAPS e o território ao qual o serviço pertence. O CAPS III, por exemplo, que abarca o maior número de demandas, conta com uma equipe de, no mínimo, 2 (dois) médicos psiquiatras, 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental, 4 (quatro) profissionais de nível superior (dentre as áreas da psicologia, assistência social, terapia ocupacional, pedagogia ou outra que se faça necessária) e 5 (cinco) profissionais de nível médio (técnico em enfermagem, administrativo, educacional e artesão) (BRASIL, 2002).

As equipes atuam em diferentes turnos, de acordo com o território de pertencimento. A oferta de serviços 24 horas ocorre em CAPS III que possuem acolhimento noturno e nos fins de semana, enquanto os demais CAPS atuam com 2 turnos, iniciando o serviço às 8h até às 18h – com possibilidade de um turno extra até às 21h para o CAPS II, incluindo CAPSi e CAPSAd (BRASIL, 2002).

Ainda segundo a Portaria nº 336/2002, além do atendimento por turnos, as equipes são responsáveis pela coordenação e condução dos casos, disponibilizando atendimentos individuais (acolhimento, psicoterápico e/ou medicamentoso, entre outros), em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros), oficinas terapêuticas (ofertadas por profissionais de nível médio ou superior), visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias para integração do usuário na comunidade e reforçar sua inserção familiar (BRASIL, 2002).

Quanto aos atendimentos, além da triagem e do acolhimento, um dos aportes potenciais da intervenção terapêutica ocorre através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma forma de planejar o tratamento do usuário sem retirá-lo do processo, abrindo espaço para que este último protagonize o desenvolvimento do seu próprio cuidado, através das possibilidades que se fazem presentes em sua realidade. Além de promover um maior vínculo entre o usuário e o profissional, expandem-se as possibilidades de saúde e o cuidado humanizado, visado pelo dispositivo. Nisso, o apoio matricial também é fundamental, ocorrendo geralmente com equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), propondo uma integração dos diferentes profissionais das equipes para auxiliar na construção de uma intervenção terapêutica que possa produzir saúde (RUAS, 2018).

Dado o grande leque de serviços ofertados pelos profissionais e o protagonismo do usuário e das equipes multidisciplinares, se torna imprescindível um espaço que permita ampla possibilidade de comunicação entre as equipes. Em consonância, Ruas (2018) destaca que, geralmente, a cada turno há uma breve reunião de equipes para realizar as “passagens de plantões”, que possibilitam um maior conhecimento sobre o que ocorreu durante o turno anterior e o estado geral dos usuários que estiveram presentes. Tasca (2019) também afirma que as assembleias semanais e reuniões técnicas são alicerces na elaboração da comunicação entre as equipes multiprofissionais, seja para discussão de casos, possibilitando a integração de saberes na construção dos projetos terapêuticos, seja para melhoria de eventuais problemas

que afetem o dispositivo ou formação de melhores vínculos entre os profissionais, o que tende a facilitar o trabalho em equipe.

Apesar da elaborada organização técnica, um projeto inédito no campo da saúde mental, que evidencia o protagonismo do profissional e que se instaura paulatinamente na vigência de um sistema socioeconômico que limita os princípios da Reforma Psiquiátrica, não ocorre sem desafios. No que diz respeito às condições de trabalho, a literatura aponta que a insatisfação por parte dos profissionais envolve a sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, insuficiência de recursos humanos e materiais, estrutura física precária e desgaste emocional devido à responsabilização intensa por fazerem parte de uma frente política e social, muitas vezes lidando com o contraste entre o ideal e o possível (MERÇOM; CONSTANTINIDIS, 2020). Nesse aspecto, é importante salientar que o trabalho realizado no CAPS demanda atuações que, muitas vezes, ultrapassam o núcleo profissional do indivíduo, sendo necessário adaptações da equipe para lidar com as demandas que surgem. Pensando na falta de apoio e recursos materiais e humanos que dificultam o atendimento de tais demandas, a atuação pode se tornar ainda mais desgastante.

Sontag (2015) enfatiza a importância de promover cuidado a quem cuida, oferecendo condições dignas de trabalho, com acesso à psicoterapia para auxiliar nos processos emocionais, posto que o estresse e o esgotamento mental compõem o cotidiano de grande parte dos profissionais de saúde mental. No entanto, a preocupação com o bem-estar do profissional em si e o impacto nas condições de trabalho, geralmente já fragilizadas, revelam-se pouco exploradas até o momento, dada a quantidade limitada de pesquisas acerca do tema.

2.3. Precarização do trabalho em saúde mental – perspectivas da atenção psicossocial

Observando o cenário da precarização do trabalho em saúde mental no CAPS, entende-se como basilar compreender seus processos históricos e as conseqüentes crises do capitalismo que os atravessaram. A partir da década de 1970, com a crise do capitalismo e do modelo fordista de produção, as configurações da gestão e das relações de trabalho sofreram diversas e intensas transformações. O declínio do Estado de Bem Estar Social e dos processos de trabalho orientados pelo emprego estável e assalariado, foram marcados por nova fase pautada pela desestruturação da regulação estatal na economia, a crescente mitigação das garantias de proteção ao trabalhador e a privatização do Estado, instaurando novos ideais de produção capitalista, orientados pelos princípios neoliberais (DAVI *et al.*, 2015):

[...] Assim, efetivou-se a transição para um padrão de acumulação que assume a flexibilidade como parâmetro para a produção capitalista. Nesta perspectiva, uma “nova ordem” se estabelece para acompanhar e revigorar as forças do capital. Atendendo a esta racionalidade do capital, “flexibilizar” passa a ser a “pedra de toque” da reestruturação capitalista (DAVI *et al.*, 2015, p. 280)

Nesse cenário, a prioridade se torna a máxima fragmentação da produção e a força de trabalho flexível, gerando uma intensa redução de empregos estáveis ao ampliar os contratos – e, portanto, demissões – flexíveis. Destarte, nessa esfera neoliberal, as contratações temporárias e informais impedem a organização dos próprios trabalhadores, fragilizando a potência da articulação coletiva e agravando as dificuldades quanto às negociações acerca dos salários e direitos trabalhistas, já sistematicamente escassos (DAVI *et al.*, 2015).

Nos países subdesenvolvidos, como o Brasil, é possível perceber um impacto ainda mais grave quando levada em consideração a instauração precária e incompleta do Estado de Bem Estar Social e do modelo fordista. O legado histórico do país, marcado pela desigualdade social, desemprego estrutural, trabalho escravo e informalidade, funde-se com os novos ideais de produção e gestão flexíveis, ganhando, assim, o que Yamamoto (2008) intitula de “máscara de modernidade”.

Nesse ínterim, é possível compreender a precarização do trabalho como um conceito central da configuração capitalista neoliberal de controle e dominação da classe trabalhadora, conceituada nesse trabalho como a ausência de uma regulamentação plena que garanta os direitos trabalhistas e sociais, além da intensificação de condições precárias que prejudicam o trabalhador em seu serviço (PIALARISSI, 2017). Em consonância, Franco e Druck (2009) destacam 6 (seis) tipos de precarização vigentes no cenário brasileiro: 1) vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais; 2) intensificação do trabalho e terceirização; 3) insegurança e saúde no trabalho; 4) perda das identidades individual e coletiva; 5) fragilização da organização dos trabalhadores e 6) condenação e descarte do Direito do Trabalho.

Alves (2011 *apud* NASCIMENTO; MATHIS, 2018) também complementa a definição quando afirma que a precarização laboral, no Brasil, estaria presente, em grande parte, na informalidade e no desemprego, dada através da insegurança, intensificação do ritmo de produção, extensão da jornada de trabalho, maior rotatividade de trabalhadores, fragmentação e competitividade entre os trabalhadores, além da maior tendência ao assédio moral e doenças físicas e psicológicas.

Embora grande parte da literatura aponte para uma predominância do setor privado quando o tema da precarização é abordado, Blanch-Ribas e Cantera (2011 *apud* BARROS;

BERNARDO, 2017) destacam que ele presentifica-se de forma crescente nos serviços públicos, incluindo os de saúde, através da absorção de valores neoliberais advogados contra a capacidade do Estado, buscando a máxima produção e a valorização da terceirização e dos contratos temporários:

A incorporação da lógica capitalista nos setores públicos costuma ser acompanhada de um discurso que enfatiza uma suposta incompetência do Estado na gerência dos serviços e valoriza aspectos típicos de uma empresa privada como, por exemplo, a produtividade, a eficiência, a competitividade e a rentabilidade. Observa-se, assim, que também no nível da retórica, as características são similares ao que se observa nas empresas privadas na atualidade, quando é afirmado a positividade da substituição da 'rigidez' que teria caracterizado os modelos de trabalho hegemônicos durante grande parte do século XX, por propostas mais 'flexíveis'. No entanto, os aspectos 'flexibilizados' são, grosso modo, aqueles que envolvem as relações de trabalho, que passam a ser muito mais instáveis e individualizadas, especialmente, pela adoção de contratos temporários e/ou terceirizados (BARROS; BERNARDO, 2017, p. 62).

Através da realização de uma revisão sistemática, Druck (2016) aponta a relação entre a terceirização e a precarização do trabalho, demonstrada através das diferenças de salários e benefícios protetivos entre trabalhadores terceirizados e não terceirizados, jornadas de trabalho ainda maiores para esses últimos, além da falta de treinamento necessário para a atuação e do impacto na saúde dos profissionais, dado o risco de acidentes, insegurança quanto ao suporte à saúde e falta de sentido na atividade realizada.

Quanto ao setor da saúde pública, segundo Morosini *et al.* (2020), é importante salientar que o estabelecimento do SUS em um cenário de pressão neoliberal resultou na acumulação de grandes dívidas para os trabalhadores do serviço, com programas e dispositivos que limitaram investimentos nos funcionários, corte de salários e promoção de novos vínculos terceirizados após a entrada de entidades privadas na gestão, além de salientar novas formas de controlar o desempenho produtivo, com viés neoliberal:

A contratualização constituiu-se em importante vetor de difusão da gestão do trabalho baseada em indicadores e resultados quantificáveis de desempenho e produtividade, que contribuiu para a submissão dos objetivos e finalidades do trabalho em saúde aos imperativos quantofrênicos da gestão baseada em metas (MOROSINI *et al.*, 2020, p. 97).

Em um estudo realizado em São Paulo, Druck (2016) afirma que a terceirização no setor da saúde pública foi responsável por diversos impactos nocivos ao serviço, indo desde a contratação de funcionários sem concurso, subcontratação em cadeia, até desvio de patrimônio público para a esfera privada. A alta rotatividade também foi notada em um conjunto de trabalhadores sem contrato fixo ou qualquer garantia de direitos. Na mesma sequência, os funcionários públicos já estabelecidos também tiveram seus direitos reduzidos (DRUCK, 2016 *apud* MOROSINI *et al.*, 2020).

Ademais, Barros e Bernardo (2017) apontam que a precarização dos serviços de saúde do SUS afetam também as políticas públicas de saúde mental e os dispositivos antimanicomiais da RAPS. Nesse sentido, Guimarães *et al.* (2011) realizaram uma pesquisa qualitativa entrevistando 19 (dezenove) trabalhadores de saúde mental para investigar níveis de insatisfação com o trabalho no CAPS de Fortaleza, Ceará. Os resultados mostraram importantes indícios da precarização do trabalho no serviço, com relatos envolvendo críticas acerca da baixa remuneração e do crescimento de vínculos terceirizados dentro do dispositivo, os quais provocam sentimentos de insegurança e instabilidade pelo aumento de riscos de demissão. Mesmo com a organização coletiva dos trabalhadores sendo incentivada em um serviço que depende da articulação de equipes, como o CAPS, os relatos elencaram que a instabilidade desses contratos impede que haja uma negociação satisfatória em relação aos seus direitos trabalhistas pelo medo de ser descartado, "querer lutar por nossos direitos e não poder" (p. 2149). A separação entre concursados e terceirizados também se fez presente, com a presença de conflitos entre as partes, dado que os terceirizados afirmam não serem bem recebidos no serviço pelos outros profissionais.

Em outro estudo realizado em um CAPS de Belém, Pará, Nascimento e Mathis (2018) realizaram entrevistas semi-estruturadas com 10 (dez) trabalhadores do serviço, de diferentes áreas, buscando compreender como os processos de trabalho interferiam na sua saúde mental. Os resultados mostraram que dos 10 (dez) profissionais, 7 (sete) relataram sofrimento psicológico relacionado aos diversos aspectos do trabalho que realizam, evidenciando as baixas remunerações, extensas jornadas de trabalho (12 horas diárias), falta de reconhecimento e valorização profissional, ausência do apoio institucional, pressão por mais velocidade e produtividade e, até mesmo, impactos relacionados às diferenças de sobrecarga quanto ao gênero – mulheres enfrentam jornadas mais intensas de trabalho, lidando não somente com a sobrecarga de trabalho no serviço remunerado, como também no trabalho doméstico que realizam em seus lares.

Em conformidade com o exposto, Barros e Bernardo (2017) também realizaram um estudo em diferentes serviços públicos de saúde no interior de São Paulo, investigando como a lógica neoliberal impactou na saúde mental dos trabalhadores do serviço. Quanto ao CAPS, foram entrevistados 2 (dois) psicólogos do serviço, buscando um maior aprofundamento das respostas. Os relatos expuseram as novas modalidades de contratos flexíveis no dispositivo e as diferenças entre os celetistas e funcionários públicos, tendo os últimos maior quantidade e qualidade de benefícios trabalhistas, além da diferença de remuneração dos plantões. Embora reconhecível, tal disparidade foi apresentada como um fenômeno naturalizado e inevitável, mesmo quando associada à falta de organização coletiva e desarticulação política entre os dois grupos para negociar melhores condições de trabalho. A precarização laboral também pode ser constatada através dos relatos acerca da insuficiência de materiais e equipamentos para atender à demanda crescente dos últimos tempos, além do baixo número de profissionais necessários para o serviço, que contribui para a sobrecarga de trabalho enfrentada pelos profissionais ativos no CAPS.

Semelhante aos resultados dos autores acima, Ruas (2018) também identificou importantes processos de precarização do trabalho num CAPS III de Campinas. A pesquisa realizou grupos focais com usuários e profissionais do serviço, esses últimos compondo um grupo com, pelo menos, um representante de cada categoria profissional. Os resultados mostraram que, segundo os profissionais ativos, o sucateamento do serviço ocorre em diversas frentes, uma delas sendo o baixo número de funcionários para a demanda crescente do serviço e a falta de recursos para possibilitar uma atuação mais eficaz. A falta de articulação da rede intersetorial também impacta pois, segundo os relatos, quando há o desinvestimento em políticas de saúde mental em outros serviços, o CAPS se torna um pronto-socorro, sem tempo para elaborar as atividades em equipe ou acompanhar os usuários a longo-prazo. Nesse sentido, Ruas (2018) aponta que o sofrimento psicológico se torna fator comum quando a equipe se torna impossibilitada de atuar com eficácia e o serviço se torna insuficiente. Também foi possível identificar uma desesperança quanto à melhoria da gestão nas esferas municipais e nacionais, com críticas acerca da carência material que afeta todo funcionamento do CAPS, desde as atividades que precisaram ser suspensas devido à falta de materiais, como também no que tange à alimentação dos próprios funcionários.

No final de 2019, ocorreu a divulgação de uma carta pública pelo Coletivo de Trabalhadores do CAPS III Maria do Socorro Santos Rocinha. A carta denunciava o cenário precarizado que os trabalhadores enfrentavam diante à crise que ocorria na saúde, no Rio de

Janeiro. O CAPS, que prestava assistência para mais de 700 usuários, enfrentava desde a falta de medicamentos, recursos e materiais básicos para realização das atividades, até mesmo a redução de profissionais e atrasos de salários. O cenário concluiu-se com o fechamento temporário do CAPS (CARTA, 2019).

Mediante o exposto, é possível compreender que as configurações de trabalho dos CAPS sofreram grandes impactos com o cenário de crise social e econômica do sistema capitalista e seus engendramentos, sendo possível elencar como um fator de grande risco dado que fragiliza seu funcionamento e ameaça as possibilidades de efetivação do dispositivo antimanicomial.

2.4. Impactos da pandemia de COVID-19 nos CAPS

No início de 2020, um fenômeno de proporções globais transformou o cenário mundial – em termos sociais, econômicos, políticos e sanitários. A pandemia de COVID-19, sendo uma crise epidemiológica do vírus *SARS-COV-2*, foi declarada como uma emergência de saúde pública em 30 de janeiro de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OPAS, 2020). Com rápido crescimento, em abril do mesmo ano já tinham sido registrados mais de 2 milhões de infectados e 184 mil mortes no mundo, e em 1 ano e 6 meses após o primeiro registro, já haviam 219 milhões de pessoas infectadas e 4 milhões de mortes, sendo destes cerca de 10% do contágio total no Brasil, que representa 2,7% da população mundial (DONG *et al.*, 2021). Sem medicamentos eficazes para a contenção do vírus, as recomendações iniciais da OMS envolveram medidas de higiene, isolamento e distanciamento social. O processo de vacinação, no país, iniciou cerca de 1 ano após o primeiro registro da doença.

O cenário posto configurou-se com impactos coletivos e individuais, evocando, no Brasil, políticas públicas específicas de resposta e enfrentamento, como fechamento de serviços não essenciais e interrupção de aulas de escolas e universidades públicas e privadas. Como dito por Azzarà (2020), crises agudas destacam as fragilidades e contradições de um sistema político e econômico, revelando aspectos históricos de uma sociedade através de suas consequências. Quanto à essa crise sanitária, suas consequências ainda estão sendo medidas, mas já envolvem o crescente volume de desemprego, crises na saúde pela superlotação de leitos em hospitais, alta taxa de mortalidade nas periferias e em regiões precarizadas, com falta de saneamento básico, e agravamento de sofrimento psíquico (SILVA; BARBOSA, 2020).

Segundo Matta *et al.* (2020), as desigualdades sociais tornam mais vulneráveis grupos sociais que enfrentam processos de exclusão social e baixo poder socioeconômico, tendo maiores taxas de mortalidade pelo vírus quando comparados a grupos sociais com maior poder aquisitivo e estabilidade financeira. Além da alta taxa de óbitos, grupos em situação de vulnerabilidade já enfrentam múltiplos fatores de risco, como a instabilidade material, quebra de laços afetivos, redes de apoio e suporte psicológico, além da dificuldade de acesso aos direitos básicos como moradia, saúde e educação (NOAL *et al.*, 2020). Como dito por Brandão *et al.* (2020, p. 5), “as pessoas mais vulneráveis aos impactos da pandemia são aquelas que fazem parte de grupos que já sofrem violações de direitos constantes em seus cotidianos”.

No que diz respeito aos aspectos psicológicos, a literatura aponta relações da atual pandemia de COVID-19 com o comprometimento da saúde mental da população brasileira. Segundo a OMS (2017), o Brasil já ostentava o maior número de pessoas com transtornos de ansiedade, dentre todos os outros países. Com a pandemia, foi possível identificar mais evidência quanto aos sentimentos de estresse, tristeza, angústia e processos de luto, além do aumento da ingestão de bebidas alcoólicas (FIOCRUZ, 2020; PASSOS *et al.*, 2021). Destarte, acerca das populações em situação de vulnerabilidade, é possível compreender uma propensão ainda mais aguda ao sofrimento psíquico, em virtude de sua exposição a precárias condições materiais e de apoio emocional, que constituem riscos à saúde mental, agravando suas dificuldades anteriores e fragilizando o reestabelecimento psicossocial dessa população, mesmo passada a fase crítica da pandemia (NOAL *et al.*, 2020).

Configura-se, portanto, um desafio para os serviços especializados em saúde mental gerir essa demanda cada vez maior e emergente, uma vez que a Rede de Atenção Psicossocial se constitui através de uma série de dispositivos psicossociais com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo um serviço que alcance toda a população, especialmente as que enfrentam vulnerabilidades com processos de marginalização econômica e social.

Destarte, a Rede de Atenção Psicossocial manteve a atuação de seus serviços, de acordo com as orientações da nota técnica do Ministério da Saúde, de março de 2020, que instruíam aos gestores que não interrompessem os atendimentos devido ao caráter emergencial de sua atuação, mantendo-se com as medidas preventivas de funcionamento e protocolos de segurança sanitária (BRASIL, 2020). Entretanto, Mota e Teixeira (2020)

destacam que a gestão atual, realizada pelo Governo Bolsonaro, não dispõe de suporte algum para as ações no campo da saúde e fortalece o desmonte histórico da saúde pública, de modo que se posiciona contra os princípios da Reforma Psiquiátrica e das bases de serviços como o CAPS. Fragilizam-se as políticas de atenção psicossocial em um momento tão necessário, como o da crise sanitária e social, que evoca a necessidade de um cuidado psicossocial integrado para a população.

O déficit de ações legais quanto ao fortalecimento e reestabelecimento da Rede de Atenção Psicossocial, durante a pandemia de COVID-19, também ocorre através da inconstância e da instabilidade nas propostas realizadas. A Portaria GM/MS nº 3.350, por exemplo, refere um auxílio financeiro de caráter temporário — chamado de “incentivo federal financeiro” — para os CAPS, no início de dezembro de 2020. Todavia, na mesma semana, durante uma apresentação para o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), houve o noticiamento de uma planilha com propostas que revogam uma série de portarias de 1991 até 2014, no âmbito da saúde mental, visando à extinção de diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, como o Consultório de Rua e o CAPS AD, e propondo a reconfiguração dos demais CAPS para atuar com foco nos princípios asilares de internação e medicalização compulsória (BATISTELLA, 2020; BRASIL, 2020b).

Além do instável cenário governamental, outros desafios se fazem presentes quanto ao funcionamento e manutenção das atividades e serviços que compõem o CAPS. A lógica do isolamento e distanciamento social, embora seja parte essencial e indiscutível dos protocolos de proteção contra a pandemia de COVID-19, também faz parte da contradição enfrentada por dispositivos que utilizam o encontro como parte constitutiva de seu atendimento e construção do vínculo terapêutico. Fonseca *et al.* (2020) apontam que o isolamento social afeta não somente a atuação física com os usuários, como também se torna um obstáculo considerável à lógica antimanicomial, dado que o isolamento possui outro sentido para um público onde essa temática é parte de seu histórico de exclusão e marginalização social, ganhando significados para além de um protocolo protetivo:

[...] Como pontuado na história da loucura e reforma psiquiátrica, o isolamento social de grupos que divergiam de uma normatização da sociedade, como os sujeitos em sofrimento psíquico, era naturalizado e somente com uma luta histórica desvelou-se os reais sentidos dessa prática, invertendo, com a lógica da Atenção Psicossocial, o cuidado em Saúde Mental. Entretanto, atualmente, o isolamento é permitido e imposto a todos, distanciando a proximidade da lógica

da atenção psicossocial. Os serviços que destoam da lógica de exclusão são os que mais sofrem, aqueles nascidos com a Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, eminentemente deve-se elaborar significado para a quarentena e o isolamento, para além de regras de higiene (FONSECA *et al.*, 2020, p. 11).

Diante tal cenário, a atuação do CAPS necessitou do desenvolvimento de estratégias de cuidados psicossociais não presenciais para lidar com os desafios apresentados – posto que cada CAPS atua em um território diferente, logo, lida com realidades e demandas específicas de cada região, sustentando diferentes intervenções resolutivas.

A demanda pelo serviço apresentou redução em alguns CAPS e alta em outros. Segundo Brum e Caneda (2020), a procura pelo atendimento psicológico no CAPS II, do município de Cachoeira do Sul, aumentou de maneira significativa, gerando uma demanda excessiva de usuários sem a equipe necessária para o atendimento. Além disso, a maioria das atividades terapêuticas coletivas que a equipe de gestores havia desenvolvido — dentre elas, grupos terapêuticos para luto, prevenção de suicídio, oficinas de arte e cursos do SENAC para sua reinserção no mercado de trabalho —, foram canceladas. Os autores destacam a necessidade de investimento nesse dispositivo, que carece quanto à infraestrutura, material para suas atividades terapêuticas e formação dos próprios profissionais — o que ficou evidenciado durante as adaptações para o enfrentamento da pandemia.

Quanto aos CAPS de Goiás, segundo a Superintendência de Política sobre Drogas e Condições Vulneráveis-SES-Go, relatou-se que os próprios usuários deixaram de procurar o serviço a longo prazo, devido ao distanciamento social. Entretanto, por volta de 80% das unidades continuam recebendo novas pessoas em caráter emergencial, pois há uma maior frequência de crises de ansiedade em seus territórios. As atividades também sofreram alterações: suspenderam-se atividades coletivas e atendimentos domiciliares e diminuiu-se a frequência de atendimentos presenciais, priorizando os atendimentos individuais virtuais. Para enfrentar a situação, os profissionais dos CAPS investiram em novas estratégias, adotando atividades substitutivas por iniciativa própria. Alguns CAPS também alegaram que os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) não eram suficientes para os atendimentos com segurança (SANTANA *et al.*, 2020).

Fonseca *et al.* (2020) também afirmam que o CAPSi Asa Norte, do Distrito Federal, passou por importantes arranjos na gestão de oferta de serviços, mostrando-se preocupado quanto ao acolhimento de novos usuários, uma vez que o CAPSi enfrenta o afastamento de

profissionais, a redução do atendimento presencial e a baixa de recursos humanos. A articulação com o território, através de idas presenciais para ofertar os serviços no encontro, também precisou ser reduzida e, para a manutenção do vínculo terapêutico construído, os usuários que já eram atendidos foram classificados de acordo com a gravidade e direcionados para o teleatendimento e/ou em atuação *in loco* – com todas as medidas de proteção necessárias –, nos casos de crises graves que não tinham possibilidade de cuidado à distância.

Embora o uso das plataformas virtuais para o acompanhamento remoto (grupos de *Whatsapp*, vídeochamadas e/ou ligações por telefone celular) tenha sido uma intervenção recorrente e eficaz em muitos públicos, não é uma medida exercida sem suas dificuldades (CRUZ *et al.*, 2020; FORMIGARI; WESSLING, 2020; MAGRINI *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2020). Formigari e Wessling (2020) apontam como desafios para a inserção do teleatendimento, a falta de acesso dos usuários aos computadores e celulares, e a resistência pela ausência de privacidade no ambiente familiar, no momento do atendimento. Magrini *et al.* (2020) também expõem que muitos dos usuários do CAPSi do interior do Rio Grande do Sul, por estarem em condições de extrema vulnerabilidade social, não possuíam qualquer possibilidade de adquirirem celulares e computadores por conta própria, impedindo o uso do serviço on-line, bem como o atendimento de profissionais da área da terapia ocupacional, que só era possível de forma física. Para o atendimento de pessoas em situação de rua, a intervenção remota também se torna inviável pela mesma razão (SOUZA *et al.*, 2020).

A falta de investimento em equipamentos e recursos tecnológicos para o exercício dos serviços oferecidos pelo CAPS é uma dificuldade anterior à pandemia, como já mencionado, posta como uma característica do desmonte da rede de saúde pública, em consequência de subfinanciamento, cortes financeiros e realocamento de recursos humanos para outros dispositivos, em um cenário de mitigação do financiamento do SUS (LIMA *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2020 apud LOPES *et al.*, 2021).

2.5. O cenário da precarização do trabalho no CAPS durante a pandemia

Tendo em vista o acréscimo do cenário pandêmico e dos subsequentes impactos na atuação do CAPS, a literatura — embora limitada — aponta alguns reflexos nos processos de precarização do trabalho nesse serviço. Em março de 2021, foi realizado um monitoramento da saúde e das condições de trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Fundação Oswaldo Cruz (2021). Mais de 250

trabalhadores relataram as condições precárias de trabalho que as equipes enfrentavam durante a pandemia de COVID-19, com denúncias indo desde o atraso de salários, fragilidade dos vínculos empregatícios e altas jornadas de trabalho com uma crescente sobrecarga, até mesmo escassez de materiais básicos de higiene (como água e sabão), insuficiência de equipamentos de segurança (EPIs) e ausência de apoio psicossocial para os profissionais. Segundo Neves (2021), as condições escassas expõem esses profissionais às vulnerabilidades e inseguranças do cenário pandêmico, que ela retrata como o paradoxo da “saúde desprotegida de quem protege vidas” (NEVES, 2011, on-line).

Contudo, no que tange à precarização do trabalho em saúde mental, é possível notar uma escassez de pesquisas publicadas, especialmente durante a pandemia. O que não impediu que, mesmo em estudos que façam análises gerais sobre o funcionamento do CAPS durante esse período, a temática surgisse como pauta importante, caracterizando um cenário laboral de cansaço, desamparo e sofrimento.

Através da análise técnica citada anteriormente acerca do funcionamento do CAPSi da Asa Norte, no Distrito Federal, por exemplo, Fonseca *et al.* (2020) destacam que o dispositivo demonstrou uma potente atuação durante a pandemia, ao mesmo tempo que enfrentou desafios envolvendo as altas jornadas de trabalho, visto que o afastamento de profissionais em grupo de risco e/ou por problemas médicos, gerou uma intensa sobrecarga nas equipes restantes, que já eram afetadas pelas circunstâncias e pela insuficiência de recursos materiais anteriores à pandemia.

Nos CAPS de Goiás, segundo a Nota da Superintendência de Política sobre Drogas e Condições Vulneráveis (2020), foi possível realizar uma entrevista com funcionários e gestores acerca do funcionamento do serviço durante a pandemia. Os resultados mostraram que a disponibilização de EPIs foi insuficiente segundo 14,5% dos CAPS, caracterizando atitudes negligentes quanto à saúde e condições de trabalho dos profissionais durante o contexto pandêmico. Os impactos subjetivos tiveram maior destaque na percepção dos entrevistados, dado que 61% deles alegaram perceber alterações emocionais e comportamentais nos profissionais devido ao agravamento de suas condições durante a pandemia. Quanto ao suporte psicossocial ao profissional de saúde mental, menos da metade alegaram ter ciência de qualquer projeto desse gênero no seu município. O sofrimento do profissional da saúde mental é velado, institucionalizado e lhe negam possibilidades de promoção de saúde.

Colato (2022) investigou o papel da Terapia Ocupacional na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) em CAPS de 5 municípios de São Paulo, durante a pandemia de COVID-19. Uma das grandes dificuldades encontradas para a construção do projeto envolveu os impactos da pandemia, que agravaram o quadro de uma série de problemas pré-existentes em relação ao serviço, envolvendo a atuação em um ambiente precarizado, com maior exposição ao risco, recursos humanos e materiais insuficientes, além da demanda excessiva dirigida aos profissionais. O estudo também aponta que os trabalhadores da saúde mental desenvolveram uma série de problemas emocionais que dificultaram o desenvolvimento de várias práticas de trabalho no serviço:

[...] É compreensível encontrarmos nos discursos desta pesquisa sentimentos de medo, angústia, insegurança e incertezas dentro deste cenário nos serviços de saúde mental, que dificultaram as práticas de trabalho e se tornaram desafios para a realização das mesmas, inclusive a implementação do PTS, pois foi necessário que estes participantes atuassem num ambiente com maior exposição e risco de contaminação e disseminação da doença, às vezes, sem material de proteção individual suficiente e ao mesmo tempo se apresentassem com alto nível de resiliência para lidar com toda adaptabilidade necessária para o momento (COLATO, 2022, p. 84).

Em consonância, Magrini *et al.* (2020) afirmam que a pressão psicológica e o esgotamento mental também se destacam em vista à restrição das práticas profissionais, decorrente da pandemia. Conseqüentemente, o não cumprimento das demandas que vão surgindo no CAPS, em conjunto com a característica inerente ao trabalho em saúde mental de envolver enorme responsabilização e envolvimento afetivo, geram cansaço, frustração e insatisfação – sem mencionar o crescente medo pela contaminação ou disseminação do vírus, que pode gerar estados emocionais intensos como estresse e fadiga.

Brum e Canedra (2020), ao investigarem a atuação de um CAPS II durante a pandemia, afirmaram que a procura pelo atendimento aumentou e gerou uma demanda excessiva devido à diminuição de trabalhadores nas equipes, demarcando um ambiente com falta de recursos humanos que tende a sobrecarregar os profissionais ativos do serviço. Os autores também afirmaram a ausência de infraestrutura necessária, recursos materiais para as atividades e mesmo a formação do profissional que, limitada, impôs dificuldades com as adaptações ao início da pandemia.

Silvano *et al.* (2022) também evidenciam que, com as novas práticas dentro dos CAPS para adaptação à pandemia, escancarou-se a falta de investimento público, fragmentação do trabalho e hierarquia nas equipes, aspectos que abrem espaço para desarticulação da rede e

sobrecarga dos profissionais. A quantidade reduzida de profissionais e falta de recursos materiais também foram mencionados, além da ausência de capacitação e educação permanente em saúde dos profissionais que se sentem inseguros quanto ao manejo de demandas específicas do serviço. O cenário revelado com a pandemia foi elencado como um possível motor para questionar práticas, estruturas e instituições que permeiam a saúde mental e, nesse ínterim, o trabalho que lhe atravessa, afinal, os autores ressaltam que o quadro de agravamento das condições de trabalho e desarticulação da rede não somente afetam o profissional, como permitem a volta de práticas manicomiais.

Assim sendo, com as consequências advindas da pandemia de COVID-19, revela-se a evidência da temática precarização do trabalho, quando há CAPS que enfrentam problemas advindos da falta de investimento financeiro e suporte governamental, da desarticulação da rede e da fragmentação do trabalho centrado na perspectiva medicalocêntrica. Somados à escassez de recursos tecnológicos, materiais e humanos, estes aspectos precarizam o trabalho dos profissionais e impedem o exercício pleno – ou o mais próximo disso – da lógica antimanicomial do serviço, dificultando o fortalecimento da rede de cuidado humanizado em um cenário de crise sanitária, econômica e social que afeta, diretamente, a esfera da saúde mental coletiva e evoca uma atuação incisiva das áreas da psicologia e do cuidado em saúde mental.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CAPS – além de outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial – se configuram não somente como um serviço de saúde, mas representam, devido à sua configuração de trabalho pautado na horizontalidade de saberes e contribuição coletiva, a possibilidade de uma atuação social que se instaura em uma construção em rede para questionar práticas, estruturas e saberes que engessam as alternativas de vida. Esse ensaio teórico teve por objetivo problematizar o processo de precarização do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) durante a eclosão da pandemia de COVID-19.

Coerente com o histórico de crises que atravessaram o desmonte da rede de saúde pública, a Rede de Atenção Psicossocial não foi poupada e o modelo organizacional que adentrou os serviços de saúde mental sofreu uma forte influência neoliberal, com produtividade e lucro sendo grandes aportes de interesse do governo, enquanto os serviços enfrentavam consequências do subfinanciamento e disputa com serviços manicomiais financiados pelo governo, como as Comunidades Terapêuticas. Azzarà (2020) alerta que

crises agudas evidenciam as contradições e fragilidades dos arranjos societários, bem como de seu sistema político e econômico. Quando a pandemia de COVID-19 se instaurou no cenário nacional e afetou diversos serviços de saúde, revelando condições precárias de trabalho de seus profissionais, acentuadas pelas condições que a própria pandemia introduziu, pudemos observar, na realidade prática dos serviços disponibilizados pelos CAPS, como esse pensamento era verdadeiro.

Apesar da literatura escassa, o que foi um dos principais limitadores a esse trabalho, ao investigar os impactos precarizadores da pandemia no CAPS, é possível observar um cenário de dificuldades quanto à realização do próprio serviço, com profissionais insatisfeitos e cansados, enfrentando altas jornadas de trabalho, inseguranças quanto à contaminação e à falta de capacitação para o manejo de certas atuações, bem como escassez de EPIs, falta de recursos tecnológicos, materiais e humanos e falta de apoio psicossocial para os próprios profissionais do serviço. Cuidar de quem se debruça ao cuidado humanizado se torna uma utopia quando o próprio serviço é um dos vetores de seu sofrimento.

Diante disso, enfatiza-se a importância de futuras pesquisas acerca da precarização do trabalho na atenção em saúde mental, principalmente na Rede de Atenção Psicossocial. Afinal, para fortalecer e estimular o espaço de discussão acerca das variáveis que atravessam o funcionamento dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, é basilar localizar o CAPS dentro das estruturas capitalistas e neoliberais que o fragilizam.

Dessa forma, se torna possível compreender como a precarização do trabalho, especialmente diante à crise de pandemia de COVID-19, configura-se como uma ameaça direta à consolidação da Rede de Atenção Psicossocial e da luta antimanicomial que, ao operar às custas da saúde do profissional, sucumbe, porque não há rede enquanto há a mitigação das possibilidades de saúde e de vida de um dos grandes realizadores desse cenário.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade: o espírito do Toyotismo na era do capitalismo manipulatório.** São Paulo: Boitempo, 2011.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica pelo Brasil.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

AZZARÀ, S. G. As crises históricas e o naturalismo capitalista. In: LOLE, A., STAMPA, I. GOMES, R. L. R (Orgs). **Para além da quarentena - reflexões sobre crise e pandemia.** Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2020.

BARROS, A. C. F. de; BERNARDO, M. H. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. **Rev. Psicol. UNESP, Assis**, v. 16, n. 1, p. 60-74, jun. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442017000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 20 nov. 2021.

BATISTELLA, F. S. Reforma psiquiátrica e o “revogaço” [artigo]. **Jornal da Universidade – UFRGS**, 10 dez. 2020. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/jornal/reforma-psiquiatrica-e-o-revogaco/?print=print>> Acesso em: 20 nov. 2021.

BLANCH-RIBAS, J. M.; CANTERA, L. La nueva gestión pública de universidades y hospitales. Aplicaciones e implicaciones. In Agulló, E. *et al.* **Nuevas formas de Organización del trabajo y la empleabilidad.** Oviedo: Universidad de Oviedo, 2011.

BRANDÃO, A. T., da COSTA, W. D., LIMA, C. C.; MESQUITA, G. S. Impactos da pandemia de coronavírus em um CAPS Infantojuvenil do Distrito Federal. **Health Residencies Journal-HRJ.** Sobradinho. v. 1, n. 1, p. 1-20, abr. 2020. Disponível em: <<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/19/2>>. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental>. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/132002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 19 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Brasília, 2017a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/centro-de-atencao-psicossocial-caps#:~:text=Os%20Centros%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial,%C3%A0s%20pessoas%20com%20sofrimento%20ou>>. Acesso em 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017b**. 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. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017c**. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, 2017b. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_esclarecimento_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf>. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica N. 12/2020-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília, 2020a. Disponível em <<https://aps.saude.gov.br/noticia/7916>> Acesso em 28 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N. 3.350 de 8 de dezembro de 2020**. Brasília, 2020b. Disponível em: <<https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-3-350/>> Acesso em: 28 out. 2021.

BRUM, H. K.; CANEDA, C. R. G. Atuação do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em tempos de pandemia COVID-19. **Interfaces**. 2020, v. 1., n. 1. Disponível em: <<https://www.ulbracds.com.br/index.php/interfaces/article/view/2905/319>> Acesso em: 20 out. 2021.

CAPISTRANO, A. B. P., *et al.* **Caminhos em Saúde Mental**. [São Paulo]: Instituto Cactus, 2021. *E-book*. Disponível em: <<https://www.institutocactus.org.br/caminhos-em-sa%C3%BAde-mental>>. Acesso em: 01 out. 2021.

CARTA pública do Coletivo Trabalhadores do CAPS III Maria do Socorro Santos - Rocinha/RJ. **Esquerda Diário [online]**, Rio de Janeiro, 16 dez. 2019. Mundo operário. Disponível em: <<https://www.esquerdadiario.com.br/Carta-Publica-do-Coletivo-Trabalhadores-do-CAPS-III-Maria-do-Socorro-Santos-Rocinha-RJ>> Acesso em: 02 jan. 2022.

CAVALCANTE, G. B.; AZEVEDO, M. R. de C. Observação participante: o olhar que aproxima e revela. In: ALVES, G.; SANTOS, J. B. F. dos (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. Bauru: Praxis, 2014. Cap. 4. p. 75-86. Acesso em 15 abr. 2022.

CÉZAR, M. de A.; MELO, W. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.1, jan.-mar. 2018, p.127-142. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Rnd4H9LjdgRR9WqxbDWF5q/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 01 out. 2021.

CRUZ, N. F. de O., GONÇALVES, R. W., DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2020, v. 18, n. 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>>. Acesso em: 23 set. 2021.

CRUZ, N. M. L. V., SOUZA, E. B. de, SAMPAIO, C. S. F., SANTOS, A. J. M., CHAVES, S. V., HORA, R. N.; SANTOS, J. E. Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. **APS em Revista** [online]. 2020, v. 2, n. 2, pg. 97-105. Disponível em: <<https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.94>> Acesso em: 21 out. 2021.

DANTAS, C. R.; ODA, A. M. G. R. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). **Physis**, 24(4), 1127-1179, 2014.

DAVI, J., SERPA, M. A., SANTOS, M. A. N. dos; NÓBREGA, M. B. da. As particularidades da precarização de trabalho dos(as) Assistentes Sociais na política de saúde. **O Social em Questão**, a. 18, n. 34, p. 277-296, 2015. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_34_13_Davi_Serpa_Santos_Nobrega.pdf>. Acesso em 20 nov. 2021.

DONG, E., DU, H., GARDNER, L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. **Lancet Inf Dis**. 20(5):533-534. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/>>. Acesso em: 12 out. 2021.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 15-43, nov. 2016. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>.

FONSECA, R. P. O. *et al.* Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia. **Edição Inaugural da revista HRJ (Health Residencies Journal)** v. 1, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/21/7>>

FORMIGARI, J.; WESSLING, C. M. W. Grupo Terapêutico AD [álcool e outras drogas] no CAPS durante o período pandêmico. **Interfaces da COVID-19: impressões multifacetadas do período de pandemia.** Criciúma: UNESC, 2020.

FORTES, F. L. S. *et al.* Enfermeiro em saúde mental: concepções sobre qualificação profissional em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** Fortaleza, v.18, n. 6, p. 763-770, 2017. Disponível em: <<https://doaj.org/article/0b6f2442a18e4049ab379f190f61732b>> Acesso em: 23 set. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Resultados da Covid:** pesquisa de comportamentos. 10/2020. Disponível em: <https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=bebiba_alcoolica>. Acesso em 03 nov. 2021.

_____. **Monitoramento da saúde, acesso à EPIs de técnicos de enfermagem, agentes de combate às endemias, enfermeiros, médicos e psicólogos, no município do Rio de Janeiro em tempos de COVID-19.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020-2021. Disponível em: <<https://covid19susrj.fiocruz.br/>>. Acessado em 5 dez. 2021.

FRANCO, T.; DRUCK, G. **O trabalho contemporâneo no Brasil: terceirização e precarização.** In: SEMINÁRIO FUNDACENTRO. Salvador, 2009.

GUIMARÃES, J. M. X., JORGE, M. S. B. e ASSIS, M. M. A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2011, v. 16, n. 4, p. 2145-2154. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400014>>. Acessado em: 20 nov. 2021.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Gravataí/RS, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036>.

Acesso em: 22 set. 2021.

LIMA, I. C. S.; LIMA, S. B. A.; MARQUES, A. D. B. Desafios e avanços do processo de gestão de um centro de atenção psicossocial de um município do interior do nordeste brasileiro. **Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, v.9, n. 2, p. 408-415, 2017. Disponível em: <<https://doaj.org/article/a43fac337f8e443a882f10763a768519>> Acesso em: 01 out. 2021.

LOPES, L.; JORGE, M. S. B.; SILVA, D. M. F. da .; SOUZA, D. B. C. de; OLIVEIRA, R. S. .; BARROSO, P. .; LOURINHO , L. . Mental health care in psychosocial care center (caps) in times of Covid-19: integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e174101119516, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19516. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19516>. Acesso em: 13 nov. 2021.

MAGRINI, J. M., HOMERCHER, B. M.; VIEIRA, M. V. O impacto da pandemia de COVID-19 em um serviço de saúde mental de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Anais do V SERPING e III SENPINF**, 2020. Disponível em: <<https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/serpinfsenpinf/assets/edicoes/2020/arquivos/60.pdf>> Acesso em 2 nov. 2020.

MATTA, G. C., REGO, S., SOUTO, E. P., SEGATA, J. **Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório COVID-19; Editora FIOCRUZ, 2021. Disponível em <<https://doi.org/10.7476/9786557080320>>. Acesso em: 15 out. 2021.

MERÇOM, L. N.; CONSTANTINIDIS, T. C. Processos de Trabalho e a Saúde Mental dos Trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**, mai/ago 2020, v. 13, n. 2. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2020.132.14/60748151>> Acesso em: 03 nov. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; CHINELLI, F. CARNEIRO, C. C. G. Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS. In: SILVA, L. B.; DANTAS, A. V. (Orgs.). **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020, p. 93-107.

MOTA, A.; TEIXEIRA, C. O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental em tempos de pandemia [article]. **Observatório de Análise Política em Saúde**. 15 jun. 2020. Disponível em:

<<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/bdbf2024d57cb707acafb4b32b0d6b47/3/>> Acesso em: 20 out. 2021.

NASCIMENTO, R. V. C.; MATHIS, A. de A. Trabalho precarizado e transtorno mental: a realidade de um CAPS em Belém-PA. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 82 - 100, 2018. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1547>. Acesso em: 13 dez. 2021.

NEVES, J. Saúde sem Máscara: denúncia sobre o descaso [artigo on-line]. **Outras mídias - EPSJV/Fiocruz**, jul. 2021. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasmidias/saude-sem-mascara-denuncia-sobre-o-descaso/>> Acessado em: 10 dez. 2021.

NOAL, D. da S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. de (org.). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. **OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde)**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812> Acesso em: 15 out. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde Debate**. 2001; 25:98-111. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=333764&indexSearch=ID> Acesso em 29 out. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2006, v. 22, n. 5, p. 1053-1062. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>>. Acesso em 29 out. 2021.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Depression and Other Common Mental Disorders. Geneva: Artmed, 2017. **Organização Mundial da Saúde**. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Geneva: Artmed, 2008.

PIALARISSI, R. Precarização do trabalho. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n.66, jan-mar, 2017. Disponível em: <<https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/11/22>> Acesso em: 19 nov. 2021.

RUAS, A. P. de F. **A precarização do trabalho em saúde mental e os possíveis impactos clínicos nos Centros de Atenção Psicossocial III de Campinas**. 2018. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/296900839.pdf>> Acesso em 10 out. 2021.

SANTANA, L. A. M. S., PAULA, L. S. F de.; NUNES, F. C. Atenção Psicossocial em tempos de COVID-19 no Estado de Goiás. **Superintendência de Política sobre drogas e condições vulneráveis-SES-GO**. 2020, a. 1, n. 2. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files/boletins/informativos/atenaopsicossocial-covid19/boletimatencaopsicossocial-covid19n-1.pdf>> Acesso em 20 out. 2021.

SILVA, A. M. P. **A Importância do CAPS na Consolidação do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <<https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010silva-amp.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2021.

SILVA, A. P. P.; BARBOSA, A. D. S. O cuidado em saúde mental no cenário de pandemia da COVID-19: a experiência de (re) organização do CAPS UERJ. In: **Para além da quarentena: Reflexões sobre crise e pandemia** (Orgs. LOLE, A., STAMPA, I. GOMES, R. L. R). Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2020.

SILVANO, A.D., REZIO, L.A., MARTINS, F.A., BITTENCOURT, M.N., CEBALHO, M.T.O., SILVA, A.K.L., *et al.* Centro de Atenção Psicossocial: cotidiano de trabalho e articulação com a rede na pandemia. **Rev. Rene: Revista da rede de enfermagem do nordeste**, Fortaleza, v. 23, e 71660, fev. 2022. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/71660/218156>>. Acesso em: 3 abr. 2022

SONTAG, J., SCHIEFFERDECKER, M.; AREOSA, S. Cuidado do trabalhador: vivências a partir da reforma psiquiátrica. **Diaphora**, 13(1), p. 53-62, 2015. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/85>> Acesso em 15 nov. 2021.

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do Hospital Psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1. e0017201, 2019. Disponível em: <<https://doaj.org/article/b655513fed7c4fe18707c5f068b6c0c5>>. Acesso em: 24 set. 2021.

SOUZA *et al.* Pandemia instalada: a reinvenção do cotidiano dos dispositivos de atenção psicossocial. **Saúde em redes**. 2020, 6(2). Disponível em: <<https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2Suplem.3303g571>> Acesso em: 01 nov. 2021.

TASCA, P. C. .; MAHL, A. C. .; BIESDORF, A. A prática de reuniões de equipes: um dispositivo de cuidado para trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Unoesc & Ciência - ACBS**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 99–106, 2020. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/20465>. Acesso em: 13 nov. 2021.

YAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social em tempos de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.