

A HISTORIOGRAFIA DA IMPLEMENTAÇÃO DA RAPS NO MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE

HISTORIOGRAPHY OF THE IMPLEMENTATION OF THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK IN VÁRZEA GRANDE COUNTY

Alexia Duque Alves Ferreira¹

André Seidi Nakamura²

Angelica Cabral Fontoura³

Iolanda de Souza Cristo⁴

Karyna de Siqueira Monteiro⁵

Renata Vilela Rodrigues⁶

Resumo

O presente artigo estuda, a partir da perspectiva psicossocial, a historiografia da implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Várzea Grande. Assim como, aborda quais são os desafios contemporâneos encontrados na rede. Tem como objetivo analisar, a partir dos relatos dos principais atores participantes, como se deu a implementação e a consolidação da RAPS neste município. Para tanto, realizamos cinco entrevistas semiestruturadas e análises de portarias e reportagens que trazem dados históricos da constituição da rede. Como base teórico-metodológica, utilizamos a análise do discurso de Michel Foucault, em diálogo com a literatura de Paulo Amarante. Como resultados, evidenciamos que a RAPS foi introduzida em Mato Grosso pelo município de Várzea Grande por meio de um incentivo estadual e da participação de trabalhadores sensíveis ao recorte do cuidado desinstitucionalizante em saúde mental. Dos desafios enfrentados no decorrer do processo de implementação, permaneceram aqueles relacionados às condições de trabalho (remuneração, estrutura física precária e qualificação dos trabalhadores) e às reivindicações da luta antimanicomial, como a oposição à medicalização da vida.

Palavras-chave: Historiografia, Implementação, Rede de Atenção Psicossocial.

Abstract

This paper studies, from a psychosocial perspective, the historiography of the implementation of the Psychosocial Care Network (RAPS) in Várzea Grande county. It also addresses the contemporary challenges faced by this network. The aim of this study is to analyze, from narratives of the main participating agents, how the implementation and setting of the RAPS in Várzea Grande occurred. Therefore, we conducted five semi structured interviews and analyzed the laws and news reports featuring historical data from the RAPS formation. As a methodological theoretical basis, we adopted the analysis of the speech from Michel Foucault, dialoging with Paulo Amarante's works. For the results we demonstrated that the RAPS was introduced in Mato Grosso through the Várzea Grande county by a state incentive and the participation of the workers who were favorable to the deinstitutionalizing care in the mental health praxis. From the challenges faced during the implementation process remained those

¹ Acadêmica do 10º semestre do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

² Acadêmico do 10º semestre do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

³ Acadêmica do 10º semestre do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

⁴ Acadêmica do 10º semestre do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

⁵ Acadêmica do 10º semestre do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

⁶ Mestre em Estudos de Cultura Contemporânea (ECCO), pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Graduada em Psicologia pela UFMT. Professora orientadora do curso de Psicologia do UNIVAG.

related to the work conditions (low payment, a precarious physical structure and workers qualification) and the ones pertaining to the anti-asylum cause, in opposition to the medicalization of life.

Keywords: Historiography, Implementation, Psychosocial Care Network.

1 - Introdução

O presente artigo aborda, a partir da perspectiva psicossocial e de entrevistas com os principais atores, como se deu a historiografia da implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Várzea Grande, um município de médio porte, localizado no estado de Mato Grosso. Além disso, apresenta os desafios contemporâneos encontrados na rede. Para tal, realizamos a pesquisa de campo com os sujeitos responsáveis pela efetivação das políticas de Saúde Mental (SM), bem como os profissionais atuantes desse serviço.

Para Amarante (2013), RAPS é entendida como uma rede de serviços de atenção psicossocial que possibilita o acolhimento das pessoas em crise, de forma que todas possam ser ouvidas, demonstrando suas dificuldades, medos e expectativas. Para isso, os serviços precisam contar com uma estrutura bastante flexível, de modo que não se tornem espaços burocratizados, mas que lidem com as pessoas e não com suas doenças. Nessa rede devem existir vínculos profissionais e afetivos com os seus usuários, para que essas pessoas se sintam verdadeiramente ouvidas, cuidadas e sejam ajudadas. Uma rede de relações entre os sujeitos, principalmente uma relação de escuta e de cuidado entre todos os indivíduos que são evidenciados nesse processo (Amarante, 2013).

Dentro dessa rede, os serviços devem desenvolver ao máximo a atuação no território, não se restringindo apenas ao espaço geográfico, mas desenvolvendo relações com os meios existentes no campo de sua comunidade, em uma tentativa de aliança social. Com isso, devem sair de seus espaços físicos e buscar na sociedade vínculos que aumentem os recursos já existentes. É necessário que as políticas de saúde mental e atenção psicossocial organizem-se de fato em rede, possibilitando pontos de encontro, de formas de cooperação, de diversas iniciativas e de atores sociais envolvidos (Amarante, 2013).

No âmbito Nacional, a RAPS foi constituída a partir da Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a garantia do direito à população em sofrimento psíquico, seja decorrente ou não do uso de crack e outras drogas, ao acesso aos serviços de saúde mental na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, respeitando os direitos humanos, reconhecendo os

determinantes sociais de saúde e promovendo ações que combatam estigmas e preconceitos, com o objetivo de promover autonomia e o exercício da cidadania aos sujeitos (Brasil, 2011).

Em 2017, foi instituída a portaria 3.588 de 21 de dezembro que altera a consolidação da RAPS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017 e passa a considerar a importância de uma assistência hospitalar dentro da rede de atenção à urgência, bem como na Rede de Atenção Psicossocial. Logo, institui-se a necessidade de uma equipe de saúde mental dentro dessas instituições. Além disso, esclarece sobre o CAPS AD IV sua implantação, equipe e funcionamento.

A constituição da RAPS foi responsável por um avanço significativo dentro da Política Nacional de Saúde Mental, visto que possibilitou estruturar, expandir e articular uma rede de serviços de atenção aos usuários, promovendo assistência no território, a vida comunitária e, também, autonomia dentro das perspectivas do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (Maia, 2017).

Partindo desta contextualização, compreendemos a importância da implementação das políticas públicas e a garantia da sua aplicabilidade. Entendemos que se faz urgente a necessidade de uma análise de como ocorreu esse processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial de Várzea Grande e como ele tem sido acessado pela população, pautada sempre nas diretrizes dos direitos humanos, respeito e dignidade aos sujeitos. Sobretudo, porque esse é o primeiro município no Estado do Mato Grosso que constituiu a implementação dos CAPS III, funcionando 24 horas em 2023.

2 - Da história da Loucura

De acordo com Vasconcellos (2000), na Grécia a loucura era vista de maneira positiva, pois entendia-se que a partir de seu desregramento era possível ter contato com os deuses e, posteriormente, acessar uma nova forma de racionalidade, foi na Grécia, também, que se estabeleceu a relação entre razão e desrazão. Com a inserção dos filósofos, as relações com a loucura mudam e tomam novas explicações, apesar de não ser objetivo dos filósofos explicar a loucura, a temática estava presente em suas obras.

Platão tenta construir uma nova visão do que era ser filósofo, para ele, o filósofo tinha o delírio como um de seus fundamentos. Em sua obra era possível observar a relação entre os delírios e o acesso aos deuses, com isso, ele propôs quatro tipos de manias ou delírios sendo elas: loucura divinatória, loucura telepática, loucura poética e a loucura erótica. Para Platão, os filósofos surgiam dessa loucura erótica, pois era necessário ter acesso a desrazão para

encontrar o sagrado e o profano e acessar o amor de alma. Platão não faz grandes oposições à relação razão e desrazão (Vasconcellos, 2000).

Segundo Vasconcellos (2000), é na época clássica que se observam maiores oposições ao modelo estabelecido na Grécia. Descartes diz que o filósofo é um ser de regras e não do desregramento, ou seja, os delírios não poderiam fazer parte daquilo considerado boas práticas de um pensador, nesse momento tudo que era considerado fora dos limites dessa razão metódica que estava sendo construída acabou por se tornar algo negativo. De acordo com Foucault (2020), nesse período, a loucura era considerada como algo que pertencia às quimeras do mundo, ou seja, era algo que pertencia aos sonhos, devaneios, erros, ilusões, ainda era possível conviver com aqueles ditos loucos, eles só eram afastados em casos extremos ou agressivos, e a terapêutica proposta era o repouso, o passeio e o contato com a natureza.

No decorrer do encerramento da parcela histórica compreendida como Idade Média, o continente europeu via-se agora livre da sombra da lepra, que assombrou o território ao longo do período das guerras santas; como herança da epidemia erguiam-se agora os leprosários, instituições de segregação destinadas aos sujeitos doentes que a partir do século XV encontraram-se, e o princípio de tratamento da negação de assistência a estes sujeitos, influenciado pela ideologia cristã de sustentação do pecado. Os ritos e imagens associados aos “leprosos” como sobreviveram ao sumiço da enfermidade, vindo a ser associados nos séculos seguintes a outros grupos sociais: pobres, infratores, vadios e os “alienados” (Foucault, 1978).

Na idade clássica, com o cartesianismo, a loucura e qualquer outra forma de desregramento passou a ser excluída; no renascimento a loucura foi ainda mais ocultada, e quaisquer de seus aspectos positivos foram ocultados, posteriormente na modernidade passou a ser considerada uma patologia. Hegel classificou a loucura como uma maneira de alienação que poderia ser curada por meio da razão (Vasconcellos, 2000). Culminava, então, a sensibilidade social europeia acerca da urgência de atenção à população marginalizada e o seu direcionamento, muitas vezes involuntário, aos locais de clausura (Foucault, 1978).

No século XIX, é quando se inicia às práticas sistemáticas de internação, nesse período, a loucura passou a ser mais associada com aquilo que estivesse fora das condutas normais para a sociedade à época, e era descrita como uma desorganização na forma de agir, tomar decisões, sentir paixões, querer (Foucault, 2020). Segundo o Foucault (2020), nesse período, os asilos ocupavam as mesmas funções dos hospitais do século XVIII, ou seja, um local em que era possível observar as doenças mentais em sua verdade, pois estaria fora de

tudo aquilo que poderia atrapalhar sua manifestação integral. Posteriormente, no século XIX, os hospitais passam a ocupar, também, a função de diagnosticar e classificar e o médico passa a ser considerado o responsável por produzir a doença em sua verdade, subtendendo-a a realidade por meio do poder que exercia sobre o paciente (Foucault, 2020).

As diversas casas de internamento criadas no decorrer do século XVII abrigaram, por meio de prisões arbitrárias - permeadas por valores políticos, morais, sociais, religiosos e econômicos - , uma a cada cem pessoas da capital francesa por pelo menos alguns meses; é também a partir da metade deste século que ocorre a relação da loucura a estes espaços de confinamento e reclusão, assim como a atribuição deste ambiente como natural aos sujeitos em desatino com a racionalidade e a ordem hegemônicas (Foucault, 1978). A criação do Hospital Geral oferece a Pinel e seus pares da psiquiatria do século XIX, os loucos eram, agora, submetidos à reclusão e aos créditos por sua “libertação”; este novo amálgama do saber e poder médico e jurídico atua enquanto uma instituição de ordem a serviço da monarquia e burguesia francesa, atendendo às demandas das classes dominantes por meio da instituição do saber disciplinar e da submissão dos sujeitos asilados (Foucault, 1978).

No século XVIII, no ano de 1838, promulgou-se uma lei destinada aos idiotas em que era definido as modalidades de internamento e de assistência para essa população, com ela definiu-se que as prefeituras ou departamentos coletivos dos lugares que esses internos eram originários seriam responsáveis pelos custos das suas pensões, ou seja, esses se tornariam responsáveis financeiros dos idiotas internados (Foucault, 2006). Com isso, para que os idiotas pudessem acessar este tipo de assistência, para além dos médicos dizerem que a internação era um recurso necessário, também era preciso que o médico assegurasse que eram perigosos, para que as prefeituras e as coletividades aceitassem custear as internações (Foucault, 2006).

De acordo com Foucault (2006), a partir da lei os médicos nos anos de 1840 - 1860 passaram a acrescentar em seus relatórios que os idiotas eram perigosos para que tivessem sua assistência garantida, sendo assim a partir desse período essa associação com periculosidade acabou se tornando um elemento importante para o aumento do procedimento de internação e assistência. O perigo torna-se algo necessário para a promoção dessa assistência, pois a partir dessa periculosidade seria necessário afastá-lo para proteger os demais cidadãos, o que justificava a manutenção dos espaços asilares destinados ao considerado louco.

3 - Reforma Psiquiátrica e território

Como exposto no tópico anterior, o que se entende sobre a loucura se alterou ao longo dos anos e, nos deslocamentos desse conceito, o louco ocupou diversos lugares na sociedade. De acordo com Vasconcellos (2000), ao olhar em retrospecto para os locais ocupados pelo louco e pela loucura é possível observar que ao longo do tempo existiram várias tentativas de caracterizar o que é a loucura. Desde que era interpretada como um resultante mergulho profundo nas paixões ou que possuía uma origem divina em que a loucura era considerada algo bom e o louco era visto como um sábio. A inserção dos filósofos nessa conceituação da loucura e as suas definições estavam mais associadas a um misticismo e a algo fantasioso.

Foram filósofos como Platão e Descartes os responsáveis por adicionar ao louco essa concepção individual fora de sua razão, que podemos observar nos estudos iniciais de Pinel, em que caracteriza o louco como um indivíduo fora de sua razão, o que lhe causava esse afastamento da realidade (Vasconcellos, 2000). Pinel, considerado pai da psiquiatria moderna, foi um dos grandes responsáveis para o início do entendimento dos transtornos mentais, aos quais ele se referia como alienação mental, pois considerava que as pessoas estavam alheias da realidade e que em sua mente havia uma desorganização que fazia com que os sujeitos não percebessem a realidade e ficassem sem o controle dos seus desejos. Visão que só foi alterada quando o primeiro Hospital Geral foi criado pelo Rei da França em 1656 (Amarante, 2013).

Após a consolidação dos estudos sobre o alienismo, Pinel foi um dos pioneiros na criação dos hospitais psiquiátricos e de um modelo terapêutico, ao qual deu a nomenclatura de Tratamento Moral, um tipo de intervenção que possuía em seus princípios o isolamento dos indivíduos. Entendia-se que para recuperar esse indivíduo seria necessário acessar a loucura em seu modo mais puro, que só seria possível observar se o indivíduo estivesse em um ambiente sem interferências externas, constituindo o que chamamos atual de uma visão biomédica sobre a doença mental (Amarante, 2013).

A criação do Hospital Geral transformou a visão que a sociedade tinha da loucura, criou-se um lugar social para o louco e consolidou-se a terapêutica baseada no asilamento dos alienados. Esse modelo de tratamento perdurou por muitos anos sem muitos questionamentos acerca de sua eficácia, foi apenas com os movimentos das Reformas Psiquiátricas após a Segunda Guerra Mundial que os debates sobre o tema foram questionados de maneira mais incisiva (Amarante, 2013).

Dentre os movimentos da Reforma Psiquiátrica, destacamos a Reforma Democrática desenvolvida por Franco Basaglia, psiquiatra, que protagonizou o movimento do contexto italiano. Iniciada nos anos 60, na cidade de Gorizia e ganhando destaque mundial na cidade de Trieste, a reforma do serviço dos hospitais psiquiátricos proposta por Basaglia apresentou

uma desconstrução radical da lógica de cuidado oferecida nestes serviços, através do abandono das práticas asilares propostas por Pinel e a implementação de um cuidado de base territorial, com ênfase na atenção psicossocial de seus usuários (Amarante, 2013).

Inicialmente, a implementação de políticas de Saúde Mental no contexto brasileiro não apresentou divergência da lógica biomédica de enclausuramento observada nas instituições de atenção a sujeitos em sofrimento psíquico anteriores à Basaglia e preconizadas por Pinel. Enquanto representação do procedimento manicomial de cuidado, o decreto 1.077 de 4 de dezembro de 1852 (Brasil, 1852), referente às normas de funcionamento do Hospício de Pedro Segundo - instituição localizada no município do Rio de Janeiro, responsável pelo cuidado aos sujeitos designados como desprovidos de racionalidade - regulamentava uma atuação de cuidado análoga às práticas carcerárias, assim como incentivava o uso de estratégias de repressão para subjugar os sujeitos não complacentes. As ações asilares e violadoras dos direitos de cuidado em Saúde Mental em contexto nacional perduraram sem questionamento até finais da década de 1970.

Sobretudo na década de 1980, inspirados na Reforma Psiquiátrica Italiana, alguns setores da sociedade brasileira, através da organização dos movimentos de reforma psiquiátrica, forneceram o alicerce para a criação e consolidação de políticas públicas antimanicomiais em Saúde Mental (Amarante, 2013). Começam a surgir, então, na década de 1980, os CAPS nas cidades brasileiras, que conforme a portaria nº 336/GM/MS de 19 de fevereiro de 2002, passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde (Brasil, 2004). Consoante a isso, instituiu-se como política de estado, a Lei Federal 10.216/2001, que assegura às pessoas em sofrimento psíquico os benefícios de ações e serviços do SUS e direito a um tratamento humanizado em serviços comunitários de base territorial e relações interpessoais (Brasil, 2001).

Em 2011 é aprovada a portaria ministerial nº 3088/2011, que institui RAPS como uma rede de serviços substitutiva ao hospital psiquiátrico, institui que sua prioridade é garantir atenção em saúde mental de base comunitária/territorial, ampliar e promover acesso das pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades resultantes do uso de crack, álcool e outras drogas e a desinstitucionalização de sujeitos longamente internados. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é organizada a partir de sete componentes: Atenção Primária, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2011).

Posteriormente, no ano de 2017, o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 3.588, que dispõe sobre alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a portaria altera as Portarias de Consolidação no nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer outras providências para a Rede de Atenção Psicossocial. Partindo disso, institui-se as equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental nos contextos hospitalares, como os hospitais gerais, dia e psiquiátrico, ademais define o CAPS AD do tipo IV, para pessoas com o quadro de sofrimento intenso e graves, em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas nos municípios com mais de 500 mil habitantes (Brasil, 2017).

Outro ponto é a NOTA TÉCNICA Nº. 001/2019 cuja ementa é o Sistema Único de Saúde – SUS, a Saúde Mental, a Internação Psiquiátrica compulsória. Lei Federal Nº. 10.216/2011. A Portaria GM/MS Nº. 3088/2011 a responsabilidade solidária dos entes federados. Objetivo em referir-se às consultas formuladas a este Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos (CAODH), oriundas de diversas Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde Mental Pessoa com Deficiência, com solicitação de orientação técnica acerca da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 3088 de 2011 (Nota Técnica nº 001/2019).

Sem grandes pretensões de discorrer exaustivamente sobre a Reforma brasileira, pretendemos destacar que esse movimento propõe uma nova perspectiva a respeito dos usuários em sofrimento psíquico, tendo em vista a reintegração em sociedade, ao considerar que a exclusão e o enclausuramento reduzem os sujeitos a suas condições psíquicas. Nesse caso, os serviços de base território criados, no Brasil, que visam substituir o modelo manicomial de Pinel têm como finalidade a reinserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico, contribuindo para o convívio familiar, social e o exercício da cidadania em sociedade (Paranhos-Passos; Aires, 2013).

4 - Metodologia

Este artigo é resultado de uma pesquisa de caráter explicativo-exploratório de abordagem qualitativa, pois pretende por meio da realização de entrevistas com os sujeitos responsáveis pela implementação da RAPS em Várzea Grande – Mato Grosso, retomar o processo de desenvolvimento da rede, para assim melhor compreender seus desafios contemporâneos.

Segundo Richardson et al. (2012), a pesquisa qualitativa busca compreender a natureza de fenômenos sociais por meio da classificação dos processos e a análise da interação entre as

diversas variáveis a eles relacionados. Pesquisas com viés explicativo exploratório fornecem recursos para complementar pesquisas de orientação qualitativa pois, conforme Gil (2002), estas têm por finalidade a explicação e compreensão dos fenômenos, possibilitando uma visão sobre como estes se apresentam no cotidiano por meio de entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o problema pesquisado e; a análise de experiências subjetivas relacionadas ao problema agregadas aos sujeitos.

As entrevistas foram realizadas de modo semiestruturado com 05 (cinco) atores responsáveis e participantes na implementação da Rede de Atenção Psicossocial de Várzea Grande. A identificação dos sujeitos entrevistados partiu de uma análise de documentos de domínio público - normas, portarias e reportagens jornalísticas - elaborados pelo município de Várzea Grande, assim como conversas cotidianas com profissionais atuantes hoje na rede. A partir da identificação dos sujeitos relacionados à implementação da rede, utilizamos como critérios de inclusão para a entrevista: a participação da implementação da RAPS; a experiência na construção da rede e a atuação na efetivação da rede.

Foi dado início às entrevistas somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer 6.287.615 em consonância com as exigências éticas das resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Realizamos nos meses de setembro e outubro de 2023, os primeiros contatos foram feitos de modo presencial a fim de apresentar o projeto para as autoras e explicar sobre a importância da participação de cada uma para nossa construção. Posteriormente, um novo contato foi realizado via *online* para agendar uma data e local para a realização das entrevistas, após marcar o dia nos prontificamos a ir até o local mediante a disponibilidade das participantes.

Anteriormente à realização das entrevistas disponibilizamos aos sujeitos um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), juntamente de uma explicação sobre seus direitos na pesquisa, a não necessidade de abordar assuntos que lhes fossem incômodos, assim como os riscos mínimos oferecidos pela pesquisa: desconforto em relação às perguntas realizadas ou à mudança de visão de mundo resultantes destas; o cansaço decorrente da duração da entrevista e; o desgaste mental relacionado à recordação dos dados históricos da RAPS.

Após a apresentação dos riscos, expomos que caso estes se sentissem em risco poderiam contatar os pesquisadores, que arcaiam com as despesas das medidas reparatórias. Ademais, asseguramos aos entrevistados que os arquivos de áudio e de transcrição seriam armazenados em local apropriado, durante o período de cinco anos, sob nossa responsabilidade. Por fim, escalaremos sob o direito de sigilo, bem como o compromisso com a confidencialidade dos dados dos participantes, assegurando anonimato. Para isso, adotamos

neste artigo nomes fictícios escolhidos a partir de pesquisas que indicaram importantes nomes para a luta antimanicomial e para as reformas psiquiátricas no Brasil. Como as entrevistadas são mulheres, demos os nomes de Nise da Silveira; Estamira Gomes de Souza; Ivone Lara; Maria do Socorro Santos e Iracema Polidoro.

Nise de Silveira é uma mulher de sessenta anos e atua na área da saúde mental há trinta e cinco anos, ela participou ativamente do processo de desenvolvimento do CAPS de Várzea Grande e atuou em vários outros serviços da rede, ela se considera empenhada no processo da luta antimanicomial e esteve presente no processo de mudança do CAPS II para CAPS III. Estamira Gomes de Souza está na rede há mais de dezessete anos e participou da construção do projeto de CAPS II para CAPS III, bem como na luta para que essa mudança pudesse ocorrer de maneira efetiva. Ivone Lara, quarenta e três anos, faz parte do serviço há treze anos, atuou em conjunto com as mulheres citadas na transição dos serviços e trabalhou em diversos pontos da rede. Maria do Socorro Santos trabalha nos componentes da RAPS há dezoito anos e empenhou-se no processo de consolidação do CAPS AD e em sua construção para que ele conseguisse cumprir com os objetivos propostos pelas portarias. Iracema Polidoro é uma mulher de sessenta e quatro anos que faz parte da rede há pelo menos vinte anos, ela esteve na implementação do primeiro CAPS em Várzea Grande e nos diversos outros serviços subsequentes.

Vinciane Despret em uma fala, em 2011, durante a segunda edição do “Colóquio Internacional Entre_Redes - As ciências das emoções: pesquisar COM os outros”, argumenta que as pesquisas em Psicologia Social, que tentam escapar as armadilhas metodológicas e objetivantes dos modelos positivistas de produção de conhecimento científico, são aquelas em que o pesquisador se torna um mediador entre uma verdade que está por tecer acerca da vida das pessoas. Em comparação ao trabalho do artista, argumenta que trabalho do pesquisador consiste em tornar interessante aquilo que apresenta: “O pesquisador, finalmente, seria aquele que – assim como o artista aprender a tornar belo – aprende a tornar interessante”. Nesse sentido, para a autora, o fazer pesquisa na psicologia social não se prende a representatividade das fontes de informações pela via da quantidade, mas naquilo que elas nos convocam e mobilizam, assim como os sentidos que nos trazem (DESPRET, 2011, p. 188). Com suporte teórico-metodológico, utilizamos a análise do discurso foucaultiana que compreende a prática discursiva como ativa e permeada pelas instituições, social e historicamente construídas e pelas relações de saber e poder que consideram e deslegitimam as práticas discursivas (Foucault, 1996). Segundo Foucault (1996), para a análise do discurso, é necessário primeiro questionar a vontade de verdade – herdada e nutrida na gênese da ciência moderna – devolver

ao discurso o seu caráter de acontecimento, considerando-o enquanto produto de uma relação dialógica, atentando-se não só a essência e a origem do discurso, mas ao próprio acontecimento discursivo, a sua incidência, regularidade e as condições que possibilitam a sua externalização.

Deste modo, a análise foucaultiana do discurso permite trazer visibilidade às relações institucionais apresentadas na prática discursiva; servindo como suporte à metodologia de produção de dados pretendida nesta pesquisa, por meio de entrevistas semi-estruturadas, fornecendo ferramentas para o estudo não só dos fatos ocorridos, como também os procedimentos que sustentam e possibilitam a externalização do discurso apresentado. Permitindo, também, uma mais clara compreensão a respeito das relações de saber e poder que incidem sobre as práticas discursivas e não discursivas acerca da historiografia da implementação da Rede de Atenção Psicossocial do município de Várzea Grande.

5 - História da RAPS de Várzea Grande

Neste tópico apresentaremos uma análise histórica da constituição da rede de Várzea Grande, bem como os aspectos que influenciaram na operação da rede, permitindo uma revisão sobre o processo de formação dos atores integrantes da rede de atenção psicossocial e favorecendo o alinhamento no modo de cuidado ofertado pelos trabalhadores do campo da saúde mental.

A constituição da RAPS em Várzea Grande seguiu o processo de expansão dos serviços de Saúde Mental, em Mato Grosso (Ezio et. al., 2010). Várzea Grande é um município que nasceu da doação de uma sesmaria aos índios Guanás-hábeis canoeiros e pescadores em 1832 por parte do Governo Imperial. Sua fundação está ligada ao acampamento militar construído durante a guerra com o Paraguai. O acampamento situado na época na Couto Magalhães dava suporte à capital do estado durante a guerra, e foi estabelecido a 15 de maio de 1867, pelo General José Vieira Couto de Magalhães (Prefeitura Municipal de Várzea Grande, 2013). Hoje, segundo IBGE (2022), o município de Várzea Grande conta uma população de 299.472 habitantes.

Conforme a Prefeitura de Várzea Grande, no ano de 2002, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial a Portadores de Transtornos Mentais (CAPS-TM), coordenado na época por uma assistente social, que informou por meio de entrevista que a unidade atendia cerca de 220 pacientes ao mês. Na entrevista realizada com os atores, Nise da Silveira nos aponta que a época de inauguração do primeiro CAPS em Várzea Grande, no município havia apenas atendimento ambulatorial:

Nise da Silveira - É... em Várzea Grande naquela época só tinha se não me engano um ambulatório de saúde mental e o CAPS o estado lançou um programa e a Secretaria de Estado eles lançaram um programa de incentivo aos municípios pra abrir um dos CAPS né, aí o estado entrou com incentivo e financeiro pra aqueles municípios que e tivessem interesse, né. e poderia aderir a esse programa na época né, acho que no ano dois mil, dois mil e um. Aí nós fizemos o projeto pro primeiro CAPS que é o CAPS dois né, hoje é o três e nós fizemos um projeto e pro começamos aí e implantamos né, inauguramos o CAPS em dois mil e dois e foi o primeiro CAPS em Várzea Grande.

Em abril de 2005 foi inaugurado o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas de Várzea Grande (CAPS AD), podendo os usuários realizar o tratamento de acordo com sua necessidade, ou seja, na modalidade intensiva comparecendo ao CAPS AD todos os dias; na modalidade semi-intensiva comparecendo duas ou três vezes por semana ou não intensivo comparecendo até três vezes ao mês. Em uma reportagem publicada pela Prefeitura Municipal, a coordenadora da época, informa que, no ano de 2009, uma média de 105 pacientes por mês eram atendidos (Prefeitura Municipal de Várzea Grande, 2009). Sobre a constituição do CAPS AD no município Nise da Silveira, nos explica:

Nise da Silveira - Então, nós abrimos esse primeiro CAPS aí, que foi em dois mil e dois. E depois eu participei dos outros e da inauguração, né, e da organização dos outros dois CAPS, do CAPS AD, né, posteriormente e depois do CAPS por último o CAPS infanto-juvenil. E se não me engano acho que o CAPS AD foi em dois mil e seis e o infantojuvenil dois mil e nove se não me engano. Eu fui notado, mas agora de cabeça eu acho que foram esses dados.

Entrevistador 1- A gente traçou uma linha do tempo aqui, o CAPS AD foi em dois mil e cinco.

Nise da Silveira - ha cinco.

Entrevistador 1- Ah, então, CAPS em dois mil e cinco e dois mil e onze.

Nise da Silveira - onze e o consultório na rua foi dois mil e doze.

De acordo com a entrevistada Nise da Silveira, no ano de 2011, o município aderiu ao programa Crack é possível vencer e, a partir dessa adesão, começou-se a discutir a necessidade de um CAPS com serviço 24 horas que atendesse essa população, porém na época devido o não recebimento das verbas necessárias para a implantação do serviço do CAPS III, a ideia não teve prosseguimento, porém, a partir disso, houve a implementação da equipe do Consultório na Rua, como podemos verificar na trecho a seguir:

Nise da Silveira - tínhamos naquela época de dois mil e onze feito uma adesão a esse programa Crack é possível vencer, na época e nós já falávamos de um CAPS que funcionasse vinte e quatro horas pra esse programa, mas como não recebemos recurso pra isso, nós e implantamos uma equipe de consultório na época de rua.

No ano de 2011, o site da prefeitura de Várzea Grande informa que o centro de atendimento psicológico infantil (CAPSi), atendia em média 276 crianças de 0 a 18 anos de idade. Já no ano de 2012, o secretário de saúde no período destaca um crescimento de 318% no CAPS-AD uma vez que a unidade atendeu 5.092 pessoas em um período de um ano.

No ano seguinte, a secretaria municipal de saúde ampliou o projeto de inclusão social, sob a coordenação do Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS II). Ainda no mesmo ano o (CAPSi), centro de atendimento psicológico infantil, recebe habilitação do Sistema Único de Saúde (SUS), o programa estava em desenvolvimento desde de 2008, entretanto o trabalho se iniciou nas dependências do centro de atenção psicossocial de álcool de outras drogas (CAPS II/AD) (Prefeitura Municipal de Várzea Grande, 2012).

Conforme a Prefeitura de Várzea Grande (2012), o Consultório na Rua, projeto idealizado e coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde, no ano 2012, obteve 793 atendimentos. É importante destacar que, no território nacional, o Consultório na Rua surge através de uma estratégia instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, que foi provindo de um projeto piloto na saúde mental, com o intuito de ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional (Brasil, 2021). Perante o exposto, é válido destacar que as equipes de Consultório na Rua desenvolvem suas atividades no local, expandindo as ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (Brasil, 2021).

Posto isto, através da Portaria Nº 121, de 25 de Janeiro De 2012, que institui a unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. A vista disso, faz-se necessário salientar que para a execução e funcionamento dos Consultórios na Rua devem estar estabelecidos de acordo com a Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2011, Portaria 123, de 25 de janeiro de 2012, e Portaria Nº1.255, de 18 de junho de 2021.

Outro fato importante na história da RAPS de Várzea Grande é a constituição do CAPS AD II, em 2017, que passa a atender em terceiro turno. Segundo o psicólogo da unidade, à época, em uma entrevista cedida ao site da secretaria Municipal de Saúde eram atendidas neste terceiro turno cerca de 190 pessoas na unidade. Ademais, sobre o funcionamento do CAPS AD no terceiro a atora Maria do Socorro nos explica em entrevista que esse se deu graças a militância de profissionais e usuários:

Maria do Socorro- Depois que a gente fez as assembleias lá CAPS AD a gente conseguiu o horário estendido de segunda a quinta-feira até nove horas da noite, e na sexta fechava às cinco hora da tarde. Depois este ano que já estava com a placa lá de vinte e quatro horas a gestão falou que ia fechar o o terceiro turno porque não estava tendo produtividade.E aí o que que aconteceu? Ele só mantiveram só manteve os

dois os dois dias à noite porque o psiquiatra que atende lá no AD. Ele falou que não poderia mudar o horário dele. Senão teria fechado todos os dias. Né? Então por que o psiquiatra não pôde mudar o horário deles? Permaneceram com terça e quinta.

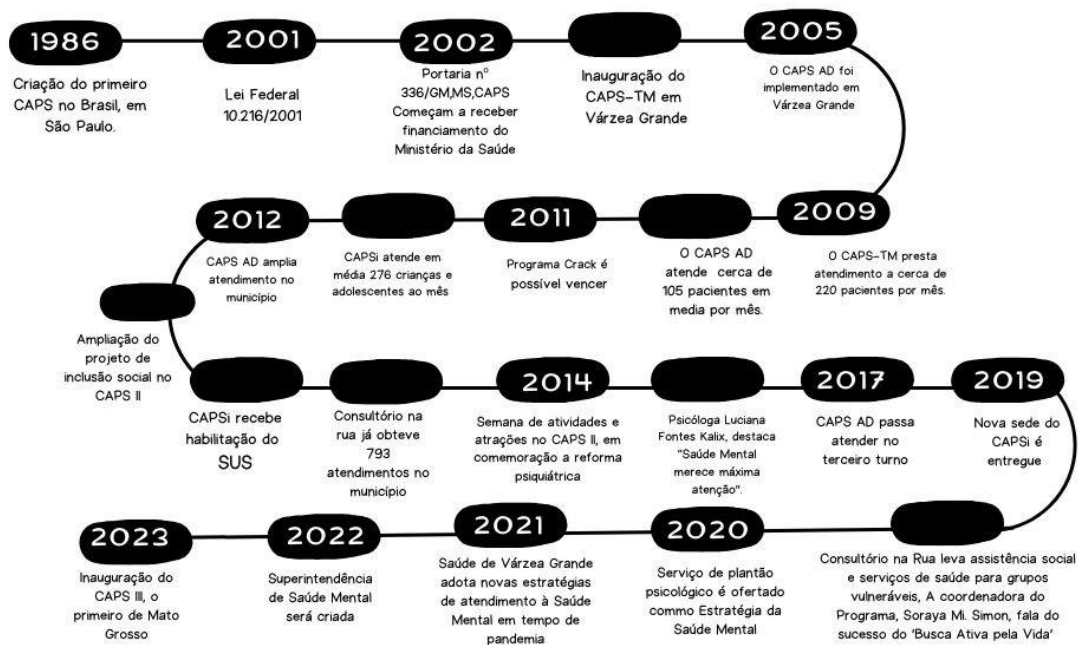
Em 2019, em termos infraestruturais, o CAPSi passa a atender em uma unidade própria com espaços de lazer e brinquedoteca, que fica próximo a unidade de pronto atendimento-UPA do Ipase no centro de Várzea Grande. O secretário de saúde do período cita, em uma reportagem no site da Prefeitura Municipal de Várzea Grande datada de 2019, que a unidade se torna referência no tratamento de crianças com autismo. No mesmo ano, o Consultório na Rua leva assistência social e serviços de saúde para grupos vulneráveis, a coordenadora do programa na época fala, em outra reportagem, sobre a importância da busca ativa pela vida, desde que começou a ser executado no município.

Em 2022, é criada a Superintendência de Saúde Mental, e garante o acesso do público às ações de promoção e prevenção a agravos no âmbito de saúde mental de forma humanizada (Várzea Grande, 2022). Neste ano fica instituído de modo sistematizado no site da Prefeitura Municipal os equipamentos que compõem a RAPS do município, são eles: CAPS II; CAPS AD II; CAPS Infante Juvenil e; Consultório na Rua. A seguir apresentamos um fluxograma que intenta sintetizar a história da RAPS do município:

Fluxograma 01 – Historiografia da RAPS de Várzea Grande

Historiografia Da Rede de Atenção Psicossocial

Município de Várzea Grande RAPS



Fonte: elaborado pelos autores

O ano de 2023 é marcado pela inauguração, em 18 de maio, do Centro de Atenção Psicossocial 3 (CAPS III), que tem funcionamento 24 horas, e conta com leitos para observação e acolhimento noturno de usuários em sofrimento psíquico e, também, em decorrência do uso de substâncias psicoativas. A entrevistada Estamira, nos relata como aconteceu esse processo:

Entrevistador 1: Ihh, Então você passou, participou desse processo de mudança do CAPS II..

Estamira: Para o CAPS III, sim.

Estamira: dia dezoito de maio que foi que inaugurou o CAPS III.

Estamira: aqui agora virou internação, né? Então tem paciente que fica em acolhimento aqui durante sete dias, aí conforme assim se ele não está bem assim que não recuperou durante esses sete dias fica mais uns aumenta mais, né? O dia pra ver se consegue.

Nise da Silveira relatou que as discussões acerca do planejamento da ampliação da RAPS no município de Várzea Grande e, conseqüentemente das transformações dos CAPS II, para a modalidade 24 horas (CAPS III), tiveram início no ano de 2018 quando se elaborou um projeto para o estado que contava com as adequações necessárias da rede para essa ampliação. Os gastos estimados para que o serviço funcionasse. O estado aceitou o projeto e por meio da

Portaria nº 226/2018 GBSES, que visa a ampliação dos serviços da RAPS, essa portaria proporcionou apoio técnico e financeiro para os municípios com mais de 200 mil habitantes no estado, sendo eles Cuiabá, Várzea Grande e Rondonópolis, possibilitando assim melhorias nos dispositivos de saúde mental do estado, como podemos observar na fala a seguir:

Nise da Silveira - e aí permaneceu eh pra gente ampliar a RAPS passaram os dois CAPS pra vinte e quatro horas pra tipo três, o consultório na rua pra tipo três, né, que era a ampliação da equipe que aí passaria do tipo do consultório de rua pra consultório na rua tipo três e oito leitos no pronto-socorro né, e alguns outras exigência que o Estado fez. Então quando apresentamos esse projeto que foi em dois mil e dezoito pro estado eh eles fizeram uma análise, né eh nós também eh na época nós colocamos uma estimativa de valor certo? Pra pra ampliar esse serviço né, e o que a gente precisaria e aí foi que o estado eh aceito, né, os planos e investimentos, né, no caso aí foram quase seis milhões, né nos três municípios então publiquei o programa estadual de saúde mental pela portaria três dois meia, acho que é três dois meia. eh de dois mil e dezanove ou dois mil e dezoito, porque foi final dois mil e dezoito e repassou recurso pra nós, né, na ordem de dois milhões eh e sessenta e três mil reais milhões seria assim valor pra gente fazer todas essas metas, né, que fez parte de um termo de compromisso.

Observamos que o processo de implementação da RAPS e de seus dispositivos, no município de Várzea Grande, apresentou diversos avanços no que tange a concretização de algumas demandas antimanicomial, como a implementação do serviço substitutivo ao manicômio, sobretudo com a inauguração dos CAPS III e, mais recentemente, do CAPS AD III. A consolidação da rede, contudo, apresenta agora novos desafios relacionados a sua ampliação e manutenção, que compõem a realidade contemporânea de seus dispositivos.

Assim, ao analisarmos o processo da construção da historiografia da RAPS, foi possível verificarmos por meio das entrevistas e análise de reportagens, que durante a implementação da RAPS houve uma baixa participação dos usuários, conforme exposto pela entrevistada Nise da Silveira:

Nise da Silveira: Isso com a participação dos usuários, né é isso sempre foi muito presente assim nós já tivemos o início de uma é infelizmente não conseguimos é dar procedimento, mas foi em Várzea Grande que nós é que nós tivemos a primeira associação de usuários do estado de Mato Grosso, né ela começou em Várzea Grande por nós, né por mim e outros profissionais do CAPS e usuários do CAPS dois nós tivemos na época duas diretorias né eleitas e depois aí foi se acabando, né

A participação da população na construção e ampliação dos dispositivos de saúde é considerada papel fundamental para a constituição do serviço, conforme Amarante (2013), para além da possibilidade de se construir políticas públicas menos excludentes, a participação ativa da comunidade faz com que haja a consolidação dos pressupostos adotados no país após a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Isto nos leva a refletir a maneira em que a rede tem cumprido com as demandas antimanicomial, e quais aspectos vêm sendo construídos e desenvolvidos ao longo da implementação dos serviços no município. Vale ressaltar que, uma

rede de atenção compromissada com os pressupostos de sua constituição, apresenta como um dos seus princípios fundamentais a articulação entre os serviços que constituem o sistema de saúde e assistência, para que assim seja possível fornecer aos sujeitos suporte em sua integralidade, e que o cuidado transcenda estes espaços físicos e institucionais, promovendo assim um diálogo entre a comunidade, os usuários e os serviços.

6 - Do funcionamento do RAPS e os desafios contemporâneos

Amarante (2013), debate sobre como, ao mesmo tempo, a necessidade de superação do modelo psiquiátrico e as tentativas de inovação, na ideia de uma Reforma Psiquiátrica, podem ter motivado a simples reestruturação dos serviços de Saúde Mental, ocasionando na manutenção de um modelo biomédico asilar dentro do próprio sistema de saúde mental e atenção psicossocial. Este funcionamento restrito à reformulação do modelo de cuidado é evidenciado durante as entrevistas, nas falas de Ivone Lara, Nise da Silveira e Iracema Polidoro que trazem à luz a manutenção da hegemonia do saber biomédico, voltado a um saber clínico e individualizado, nas práticas de cuidado em saúde mental dentro dos componentes de saúde:

Ivone Lara: [...] funcionário entra ali no serviço e ele num conhece né sobre o serviço não sabe sobre a questão de CAPS da atenção psicossocial entre outras coisas então ele vai focar naquilo da questão biomédica ele vai querer né focar na questão do atendimento individual[...].

Nise da Silveira:[...] Eh outro desafio que é acho que muito forte assim presente desde esse início é a questão ainda do modelo assistencial daquela época estar muito pautado no Hospital Psiquiátrico, né? [...]

Iracema: Se valoriza ainda muito (a figura do médico), não excluindo cada profissional, cada categoria tem a sua especificidade e a sua importância dentro de uma equipe multi. Mas o que a gente vê é a valorização mais do médico [...] E quando você centra tudo na figura do médico, o que que você vê, é uma coisa muito, é uma verticalização, é verticalizar a medicalização. E dá muita importância a isso. Sendo que não é só isso, saúde mental é um conjunto de ações de atividades, né?

Para Traverso-Yepetz (2001), o estudo sistemático em saúde está associado ao desenvolvimento da medicina como ciência, sendo o modelo biomédico hegemônico e faz-se presente na maioria das práticas em saúde. Este modelo corrobora com uma visão individualista e fragmentada nos serviços de saúde, fortalecendo uma perspectiva fora do contexto dos comportamentos humanos, tendo como foco a responsabilidade das doenças e sofrimentos nos sujeitos, suas vivências tidas como inadequadas e os denominados aspectos "mórbidos" de sua personalidade (Sarafino, 1994 apud Traverso-Yepetz, 2001).

Ao longo dos anos a constituição do cuidado tornou-se muito voltada para o olhar biomédico, a partir de um diagnóstico que opera de maneira central e da não existência de

uma intersecção entre os saberes, desse modo, não há um consenso de atuação e, ao mesmo tempo, não há um cuidado integral para com o sujeito (Franco; Magalhães, 2003). Essa configuração forma uma prática assistencial voltada apenas para as relações hierárquicas e encara como principal dificuldade uma inconformidade nos serviços que deveriam ser ofertados para os usuários (Franco, 2007). Nesse cenário, o acolhimento não acontece de maneira efetiva, uma vez que, para que isso ocorra é fundamental que a equipe esteja conectada, que haja uma comunicação e interação positiva entre os membros (Franco; Bueno; Merhy, 1999). A respeito disso, a entrevistada Maria do Socorro trouxe em algumas de suas falas as situações vivenciadas ao longo da sua experiência profissional que evidenciam essa postura:

A gente trabalha com crise no CAPS, eh as pessoas que chegam lá ela vai tá em crise, né? E as pessoas muitas vezes não tão preparadas chamam a polícia pro usuário, né? [...]
[...] sem discutir, sem discutir com a equipe. Toma uma atitude individual, individualizada e CAPS as discussões tem que ser de equipe, né? Toda a conduta terapêutica de CAPS ela tem que ser tomada em estudo de caso, você pode até atender individualmente. Mas você não pode tomar uma conduta individual, você tem que fazer o estudo de caso [...]

O acolhimento parte de uma lógica que atende todos os indivíduos de maneira integral, ofertando resolutividade para as demandas, bem como uma escuta e um amparo diante daquilo que está sendo solicitado pelo sujeito. Além disso, deve ser realizado de forma multiprofissional com o objetivo de atender efetivamente às necessidades do usuário (Franco; Bueno; Merhy, 1999).

Este desconhecimento de certa parcela dos trabalhadores sobre a atuação no âmbito da saúde mental aponta uma fragilidade da efetivação do modelo de atenção psicossocial aspirado pela rede, pois, seu funcionamento antimanicomial é dependente dos agentes atuantes de seus componentes. A desinformação mencionada por Maria do Socorro relaciona-se, e é complementada, com o discurso enunciado por, Iracema Polidoro, que traz notícias de uma dificuldade de articulação dos diferentes componentes da RAPS:

Iracema Polidoro: Fazer a rede. A rede, não, não tem é... costura entre os pontos de apoio. É tudo isolado. só que as partes não se falam, não se comunicam [...] se houvesse um, um diálogo, né? [...] Ela só não funciona melhor porque a rede não se interliga, não se fala, não se conversa, é desconexa. Não tá conectada Um ponto de atenção com o outro, e também não temos todos os pontos que a RAPS propõe.

Iracema destaca, também, como um desafio, o elevado nível de contratações de profissionais para a rede sem a existência de concurso público, algo que, segundo a

entrevistada, impede a atuação de profissionais capacitados e ocasiona uma alta rotatividade nos componentes:

Iracema: É, então, a questão dos caps, porque os caps são dispositivos municipais e o que que a gente percebeu, é o que a gente percebe, assim é que o município, é... eles quase não tem, é concursos públicos [...] A rotatividade de profissionais é muito grande

E afirma:

Iracema: [...] e a gente não aprende saúde mental da noite para o dia, isso é vivência, é prática [...] então você não aprende saúde mental da noite pro dia e o que que a gente percebe é um rodízio muito grande de...de técnicos, de profissionais dentro dos caps. Então você não consegue formar gente capacitada para lidar com a saúde mental.

No que se refere às práticas em saúde mental, os modos de atuação devem estar pautados em uma perspectiva atenta aos sujeitos, que reconheça a crise e seu papel enquanto forma de expressão de sofrimento psíquico. Já que, é justamente quando retiramos o foco das doenças experimentadas pelos sujeitos e temos como foco os sujeitos em si, que os serviços deixam de se expressar como locais de manutenção de práticas repressivas, excludentes e disciplinantes e passam a se posicionar enquanto dispositivos estratégicos, que permitem a sociabilidade e a produção de subjetividade (Amarante, 2013). No entanto, este trabalho voltado ao sujeito é reafirmado como um desafio nas práticas de cuidado no campo da saúde mental, como ressaltado na fala de Estamira:

[...] Aí quando a gente não consegue mesmo porque aqui não tem como conter a gente não contém paciente. Aqui é aberto, o paciente chega e faz o tratamento tudo e é livre né? Se ele quiser sair ele sai. Porque nós não segura porque nós não temos como conter né?

Que acrescenta:

Aí a gente manda pro Aduino Botelho aí faz todo aquele processo; leva pra UPA, faz os exames tudo, aí leva pra o Aduino Botelho. Aí lá no Aduino Botelho tem como conter o paciente né se ele não estiver bem tem como conter tudo aqui não aqui nós não faz isso, esse tipo de contenção. Então aqui nós pega o paciente assim mais está menos surtado, sabe? Quando o paciente também está surtado em casa assim, a gente orienta também chamar o SAMU, né? e a guarda municipal e levar pra UPA. Porque lá na UPA já tem o local certo pra fazer os exames pra levar pra Aduino Botelho que a UPA e também tem pronto-socorro, são as redes que ajudam a gente nesse período do do surto do paciente. Quando está bem surtado mesmo não tem como trazer aqui, né? Que aqui não tem nem como a gente conter. E é isso.

O discurso de Estamira traz notícias de avanços no que diz respeito à terapêutica direcionada aos sujeitos em sofrimento psíquico, principalmente sobre seu cuidado em liberdade. Contudo, este mesmo discurso dá sinais da manutenção das raízes da abordagem manicomial a esses sujeitos, pautada na disciplina e repressão das manifestações subjetivas vistas como indesejadas pela sociedade da razão. Esta persistência da filosofia manicomial relaciona-se com queixas sobre o desconhecimento dos servidores atuantes na rede e a falta de

formação continuada para o fazer nos serviços substitutivos ao manicômio, levantadas pelas entrevistadas Maria do Socorro, Ivone Lara e Iracema Polidoro:

Maria do Socorro: [...] e assim, é a questão mesmo da da capacitação permanente, né. Enquanto o gestor né, não favorecer isso, os serviços vão ficar fragmentados, né. E adoecidos. [...] se pelo menos eles favorecessem a capacitação desse pessoal que tá chegando né. Aí a equipe ia funcionar melhor, né. Não ia ter tantas situações de conflito como a gente vem percebendo e aí vai refletir aonde? No usuário.

Ivone Lara: [...] tem essa questão da capacitação né [...] a questão de capacitar a equipe prum novo serviço.

Iracema Polidoro: [...] saúde mental é feito basicamente de recursos humanos. Nós não temos nenhum, nenhum equipamento técnico, nós não temos o que a gente tem é recursos humanos, não é nada. [...] Então, o recurso tecnológico, saúde e tal, nós só temos recursos humanos. Saúde mental é feita só com recursos humanos, então se você não tem um recursos humanos capacitado, treinado, como é que você vai ter manejo?

Ao evidenciarem esses desafios, as entrevistadas também trouxeram a respeito do processo de reformulação dos dispositivos e como esse processo desencadeou uma série de novos problemas e dúvidas a serem enfrentadas. Ao traçarmos o processo histórico, fica claro que a modificação do CAPS II para CAPS III efetivou-se como uma grande conquista social e política para o município de Várzea Grande. A partir das investigações documentais e por meio das entrevistas foi percebido que o CAPS III surgiu de um longo processo de idealização, atravessado por diversos entraves políticos e administrativos e, ao mesmo tempo, permeado pela insistência e dedicação dos determinados atores envolvidos. Ao longo das entrevistas, percebemos que para além dos desafios de instauração desse serviço, foram também enfrentados desafios relacionados aos modos de atuação dos servidores. Como relatado nas falas das entrevistadas Ivone Lara e Estamira:

Ivone Lara: O desafio é tudo praticamente, né? Tanto a questão da equipe né, porque a questão de capacitar a equipe prum novo serviço que é o primeiro CAPS III, né? de Mato Grosso, em nenhum é...município tem ainda , né o caps III, então é...querendo ou não vai ser uma referência né é uma referência é... de então, tem essa questão da capacitação né, a questão de de recurso humano né, de recursos materiais, de logística, de verbas né [...] então tudo isso é um desafio. [...] por exemplo, o CAPS né III ele foi é... se formando com tipo... pegando profissional de cada unidade pra colocar lá entendeu? e às vezes são pessoas que não se identifica com a saúde mental, são pessoas que não tem conhecimento ali e às vezes nem querem tá ali, mas tem que ficar por obrigações [...]

Ivone também acrescentou sobre as dúvidas da equipe que foram surgindo com a implantação do novo componente:

[...] são serviços novos mesmo, que você não sabe como que vai lidar, entendeu? aquela realidade nova, a gente ficava sempre questionando a equipe, mas como que vai ser? aquela pessoa que vai tá ali no leito de observação, vai ta participando das atividades né que que vai ter durante o dia e os finais de semana? como que vai ser? vai ter grupo, vai ter oficina? até que ponto e horário que que vai funcionar o acolhimento? vai ter médico 24 horas? [...]

E Estamira destacou a respeito do desconhecimento, por parte da equipe, sobre o funcionamento do novo CAPS enquanto serviço de observação:

[...] Ainda está sendo difícil ainda [...] tá no difícil por que...por causa que está assim não está ainda bem tudo as coisas certo né? Ainda tem bastante coisa que está faltando né pra...Porque aqui agora virou internação, né? Então tem paciente que fica em acolhimento aqui durante sete dias, aí conforme assim se ele não não está bem assim que não recuperou durante esses sete dias aí fica mais uns aumenta mais, né?

Atuar no campo da saúde mental requer um olhar interdisciplinar para as demandas acolhidas nos componentes da rede, fazendo-se essencial a presença de uma equipe sensível à construção de um conhecimento que transcenda as barreiras de suas especialidades e que apresente um número de servidores condizentes com as demandas a serem atendidas. Sobre este tópico as entrevistadas discutiram que:

Ivone Lara: [...]a gente sempre trabalha com a equipe mínima essa era uma questão que sempre discutia que eles [...]ai fica os os trabalhadores sobrecarregados entendeu ficam cansados com doente até que tem mais essa essas questões né. [...]

Nise da Silveira: [...]A gente vem tendo nos CAPS equipes mínimas pra trabalhar, profissionais que é muitas vezes, né, não pensa porque não tem também do outro lado uma política de gestão de pessoas né, e isso não faz com que o profissional tenha interesse em permanecer na rede pública, né, fazer a carreira dele na rede pública pra muitos profissionais é o trampolim, né ele começa na rede pública, mas o olhar dele tá pra outros horizontes [...].

Maria do Socorro: E aí o CAPS ele com a equipe que tem com essa equipe mínima é a gente não consegue fazer tudo isso. Né? Se não está dando conta de fazer o que deve ser feito lá na na unidade. Como é que vai sair pra fora né? **Entrevistadora-** E lá sempre houve o trabalho em equipe mínima no caso? **Maria da Socorro-** Sempre. Esse CAPS nunca foi uma equipe ampliada .

Estamira:[...] então é pouco o funcionário pra muito paciente, e chegando muito acolhimento, muito acolhimento que não é caso pra cá pra CAPS.[...]

Observamos, a partir do que enunciado pelas entrevistadas, que o número de membros que compõem as equipes dos componentes da rede tem se mostrado insuficiente para atender, de forma efetiva e que preserve os profissionais, às necessidades dos usuários dos serviços de saúde mental. Sendo relevante, também, atentar-se ao caráter persistente da falta de mão de obra, as condições insatisfatórias de trabalho, fortalecidas pelo desconhecimento da proposta de cuidado oferecida pelos componentes da RAPS, que trazem evidências de um esquecimento do serviço e sua precarização.

No que se refere à precarização do serviço, o excesso de carga horária de trabalho e os recursos disponíveis para a sua realização também foram desafios evidenciados. Nise da Silveira, Ivone Lara e Iracema Polidoro pontuam um aparente desinteresse por parte da gestão dos serviços no que diz respeito ao fornecimento de recursos materiais, financeiros e humanos que garantam a efetivação do trabalho realizado, impactando em sua qualidade e na permanência dos servidores no campo.

Nise da Silveira: um outro desafio que eu vejo é a precarização dos serviços também, a diminuição dos profissionais nessa área de saúde mental pública, né, é tem tanto da parte do gestor e muitas vezes não sabe é ter um planejamento, ter uma gestão de pessoas pra planejar é a quantidade de profissionais de acordo com os seus a as demandas né [...]

Ivone Lara:[...] por que se for pelo gestores você desiste assim de primeira de primeira você desiste pelas dificuldades que tem de estrutura financeira a gente ganha muito mal a estrutura é muito ruim quando você trabalha né [...] a gente já trabalhou entendeu eh isso em situações insalubres a gente não ganha insalubridade então tem essas questões também trabalhista entendeu que pesam muito também a gente sabe que isso pesa [...]

Iracema Polidoro: [...] Várzea Grande é um dos piores lugares para pagar hoje, né? Então você faz uma faculdade durante 5 anos, até um tempo atrás estava o quê? dois mil, dois mil e duzentos, dois mil e pouco reais. Você trabalha 8 horas por dia, qual, quem que vai, né? Então, o que que acontece?

Já a entrevistada Maria do Socorro ressaltou sobre como determinadas mudanças efetivadas dentro do componente, como por exemplo, a adesão ao atendimento em terceiro turno, impactam diretamente na carga horária de trabalho dos profissionais. Considerando que, segundo a entrevistada, por parte da gestão, não há contratação de novos servidores para os novos horários de funcionamento, mas sim o aumento do horário de trabalho dos profissionais já atuantes.

[...] outros profissionais que faziam horário estendido porque tinham outro vínculo pra fechar a carga horária a gestão pouco se importou. É por isso que eu vim pra cá. Porque eu não conseguia fechar a minha carga horária de trinta horas semanais. Aí eles queriam que eu fizesse todos os dias das duas às cinco lá e fizesse três vezes aos domingos aqui de doze horas. Então isso não é o horário assim, isso aí é um horário que eu não ia ter vida. [...]Então, se não houver um comprometimento da gestão em dar condições de trabalho, os profissionais não vão ficar, os profissionais comprometidos não vão ficar porque eles eles acabam adoecendo né?

Os desafios relacionados à precarização do serviço e as condições de trabalho foram evidenciados por diversas vezes no discurso das entrevistadas. Para a entrevistada Iracema Polidoro, a falta de investimentos no âmbito da saúde mental se dá a partir do desconhecimento dos próprios gestores sobre a rede: *‘Essa falta de compreensão, de entendimento, da importância, né? É... de investir na saúde mental’*. Entendemos que na rede há uma baixa mobilização política na efetivação de melhorias das condições trabalhistas, evidenciando um olhar de indiferença as dificuldades enfrentadas, que pode estar relacionado a um desconhecimento da relevância do campo da saúde mental e a um manicômio que ainda é presente e persistente no imaginário social.

Percebemos que os avanços estão profundamente atrelados aos retrocessos. Existe uma rede sendo estruturada, com seus componentes e com o estabelecimento de um fluxo de atenção. No entanto, a metodologia de cuidado oferecida na rede, em alguns pontos, não atende às orientações de cuidado psicossocial, atenção ao território e o respeito à

subjetividade dos sujeitos em sofrimento psíquico. Como destacado pelas entrevistadas Maria do Socorro e Iracema Polidoro:

Maria do Socorro: [...] Então, assim, na minha experiência que eu tenho, o que eu posso dizer em vez de ter uma uma melhora houve uma piora. Parece que foi efeito dominó sabe? As coisas foram assim só retrocedendo. Todos os avanços que a gente teve, mesmo que não que depois teve o retrocesso [...]

Iracema Polidoro: [...] e aí tem a questão de que quando se muda governo, tudo para, aí chega outro e tal, e... então, as coisas avançam um, dois, três, quatro passos, retroage dois e assim caminha a humanidade [...] Então, assim. É, falta muita coisa, não resta a menor dúvida, né? Mas um pouquinho sempre anda, é o que eu falo da quatro passos para frente, dois para trás e assim vai indo. Não é como a gente queria que fosse.

Analisando as falas das entrevistadas, compreendemos que a luta pela superação da lógica manicomial, no contexto do município de Várzea Grande, é dotada de diversos avanços no que se refere à estruturação da rede de instituições de cuidado e na qualidade do tratamento oferecido aos usuários, como evidenciado pelas falas de Estamira e de Nise da Silveira:

Estamira: [...]Porque antigamente já tinha paciente que ainda ficava lá muito tempo. Hoje, hoje em dia eu acho isso e hoje eu acho que evoluiu muito evoluiu muito com os CAPS muito mesmo porque a gente já vê a gente já consegue ver no rostinho deles a melhora que a gente não conseguia ver antigamente, antigamente a gente só via paciente ruim paciente ruim. Hoje em dia você já vê paciente aí vê se pensa assim que nem tem problema. Então a gente vem já vê já vê essa evolução já. Eu consigo ver.

Nise da Silveira: [...]por exemplo, Várzea Grande conseguiu através da RAPS ter uma estrutura, um trabalho interessante e ser vista pelo próprio município, né é através dos CAPS. Os CAPS eles conseguiram eh dá uma identidade pra Várzea Grande, né? Deixar assim, que Várzea Grande teve sua identidade própria em relação ao tratamento em saúde mental, que antes nós não tínhamos.

No entanto, é sabido que a estruturação de um serviço não garante que seu funcionamento seja condizente com as proposições filosóficas e metodológicas que o originaram. Este movimento de afastamento das origens antimanicomiais e de aproximação do modelo que se visava substituir, encontra-se relacionado, também, à atuação profissional dos atores da rede, sendo trazido nas falas de Nise da Silveira e Ivone Lara:

Nise da Silveira: Mas ainda o desafio com os profissionais é grande, vejo que na nossa realidade nós temos ainda muitos profissionais que trabalham numa lógica manicomial, mesmo trabalhando dentro do CAPS a gente tem que a todo momento defender, questionar, entendeu? Então esse é um desafio ainda hoje, ainda presente no nosso dia a dia.

Ivone Lara: o CAPS ter virado ambulatório e você ter atendimento agendado de ter só o atendimento individual, entendeu? de profissionais ainda com esse é com essa postura manicomial entendeu? então assim é um desafio que não é só de Várzea Grande é um desafio eu acho que deve ser até do Brasil

Constatamos, então, um caráter conflitante na atuação nos componentes da rede, que atendem algumas das propostas da reforma psiquiátrica, porém, se mantêm ainda numa

disputa sobre o modo de atuação dentro das unidades. Este caráter conflitante é evidenciado pela fala da entrevistada Nise da Silveira, que afirmou a existência de uma lógica manicomial como um desafio contemporâneo, no que diz respeito a atuação dos profissionais, no entanto, inferiu não poder afirmar que essa lógica esteja perpassada pelo cumprimento dos princípios da rede como um todo. Enquanto uma rede de princípios baseados na perspectiva da saúde mental e atenção psicossocial e contrários ao paradigma asilar proibicionista, a RAPS possui a garantia do cuidado em liberdade como um de seus principais objetivos, seguindo essa lógica, a entrevistada relata a respeito da experiência da cidade de Várzea Grande na efetivação deste objetivo:

Nise da Silveira: É, eu acho que a experiência de Várzea Grande é difícil assim ter uma resposta objetiva pra isso. Acho meio complicado se eu pegar, vamos supor é, será que nós podemos ter uma análise pra isso a partir das... um exemplo, se a gente tá falando em pesquisa aqui, do número de internações? Se eu pegar, vamos supor, olha, eh no ano de dois mil e dois até dois mil e vinte e dois, vinte anos aí, seria legal fazer uma série histórica, né? Eh será que nós diminuimos as internações no hospital psiquiátrico? porque uma das...um dos princípios da reforma psiquiátrica eh não internar mais em hospital psiquiátrico, né? Aí a RAPS estaria dando conta. Eu tenho... agora aqui eu não tenho, mas eu tenho uma série histórica acho que de dois mil e vinte e dois mil e vinte e um e dois mil e vinte e dois das internações no Adauto Botelho e nós tivemos né, Várzea Grande. Então vamos ver ali uma diminuição significativa das internações no Adauto. Que é um é um dado importante, porque aí a gente vai ver que a RAPS de Várzea Grande tá dando conta de atender a sua população, certo? Eh dentro dessa lógica da não internação, ne, então a gente tá, os CAPS tão conseguindo acolher mais, então aí eu não conseguiria te falar que ai RAPS não está dando conta disso'', entendeu?

Se referindo à constituição e consolidação dessa rede no município e seu processo relacional com os usuários, Nise trouxe uma comparação sobre as dificuldades do início desse processo e como isso se dá atualmente. Para a entrevistada, inicialmente, garantir o cuidado dos usuários a partir do modelo da atenção psicossocial no município foi um grande desafio, visto que, na época, optavam em sua maioria, por buscar o serviço em outra cidade, um serviço que se firmava, prioritariamente, clínico e ambulatorial, como podemos ver no trecho a seguir de sua fala:

[...] o Adauto Botelho, todo mundo ia pro Adauto. Ah, e quando começaram os CAPS tanto em Cuiabá quanto em Várzea Grande. Muitas pessoas nas policlínicas também, né? O atendimento nas policlínicas na época, os ambulatórios, né? Então, a maioria das pessoas fala assim: '' ah, o pessoal de Várzea Grande vai tratar em Cuiabá, né?'' E hoje a realidade não é essa, nós conseguimos fazer com que a rede de saúde de Várzea Grande, né, acolhesse essas pessoas.

Como já citado anteriormente, a Portaria 3.088 de 2011 institui a RAPS, estabelecendo-se enquanto um avanço para as políticas de saúde mental. Por outro lado, a mesma portaria, implementa as Comunidades Terapêuticas enquanto serviços de atenção de regime residencial, passando a receber auxílio financeiro público e a dividir o atendimento

aos usuários com o trabalho dos CAPS e dos outros componentes da rede (Bastos; Alberti, 2021). As falas de Nise a respeito do cumprimento dos objetivos da RAPS, possibilitaram elucidar tal contradição presente na rede de atenção psicossocial como um todo e que ficou evidenciada também, no âmbito do município de Várzea Grande.

[...] no período que eu fiquei na secretaria, a gente tentou é evitar assim o máximo, né que se fizesse algum convênio, fizeram agora um convênio com uma comunidade é o máximo que eu consegui fazer com que eles fizessem um contrato assim de seis meses apenas com cinco vagas mas a intenção era quinze vagas um ano, mais não sei o que né? Então eh as vezes é difícil pra gente eh que o gestor né o gestor também tem sofre pressão né influências políticas pra essas questões.

Já Iracema Polidoro relatou sobre a prevalência de elevados números de internações para o CIAPS Adauto Botelho que, para a entrevistada, se justificam pela ausência de CAPS, em âmbito estadual, e pela dificuldade de matriciamento entre os componentes já existentes:

Iracema: [...] hoje MT é um estado bem atrasado em relação aos demais estados do Brasil, nós temos muito pouco CAPS 3, a demanda nossa de CAPS é muito, muito ineficaz, nós não temos a quantidade que a gente precisaria ter, para que a gente pudesse ter o Adauto mais vazio [...] a gente tem uma demanda muito grande, porque é um hospital que atende o estado inteiro e nós como ponto de RAPS que deveria ser o último a ser acionado acabamos sendo o primeiro, pela ineficácia da rede.

E explica:

Iracema: [...] Então, é nesse sentido. Ela só não funciona melhor porque a rede não se interliga, não se fala, não se conversa, é desconexa. Não tá conectada um ponto de atenção com o outro, e também não temos todos os pontos que a RAPS propõe.

Em contraponto a fala de Nise sobre o cumprimento dos objetivos da RAPS, para a entrevistada Maria do Socorro, com o investimento do município nas comunidades terapêuticas, a RAPS não tem efetivado o cumprimento das perspectivas antimanicomiais: *“Então, hoje diante do cenário eles não tão cumprindo a luta antimanicomial, tá encaminhando para essas comunidades”*. A entrevistada acrescenta sobre esse não ser apenas um desafio contemporâneo, mas um entrave que permeou boa parte de sua experiência na rede:

Maria do Socorro: Essa questão de comunidade terapêutica em Várzea Grande não é de hoje. É algo que já vem há muito tempo. Eh nós tivemos o embate muito grande quando a prefeitura de Várzea Grande pela Secretaria de Saúde fez um convênio na época com uma comunidade (nome da comunidade) sem consultar os técnicos do CAPS sem discutir, fizeram um acordo dentro da gestão com a comunidade e entregaram pra gente só um documento dizendo que o CAPS seria o regulador de vaga pra essas comunidades [...]

A entrevistada Ivone Lara também expõe sobre o desinvestimento nos serviços de referência da saúde mental, enquanto ocorre o crescimento e a prevalência das comunidades

terapêuticas no município, justificados pelo forte investimento político e financeiro para a manutenção desses dispositivos:

Ivone Lara:[...] a gente teve a questão dos retrocessos por questões políticas né por leis que a gente tá aí observando várias coisas [...] serviço de saúde mental ficou sem verba ficou sem um...né, as comunidades terapêuticas tá ai brotando igual chuchu na serra

De forma crítica, as entrevistadas Maria do Socorro e Nise da Silveira, ressaltaram, assim como Ivone Lara, o descontentamento em relação ao investimento financeiro realizado pela gestão nas comunidades terapêuticas no município. Além disso, acrescentaram sobre acreditarem em uma maior efetividade do serviço, no que diz respeito ao cumprimento dos objetivos da RAPS, se esses investimentos, ao invés de destinados às comunidades terapêuticas, fossem nos dispositivos de saúde mental.

Maria do Socorro: E saiu a recentemente no noticiário posso até te mandar que eles firmaram um convênio com duas comunidades terapêuticas. Aí eu falei ‘‘cara a gente está aí com a placa de vinte e quatro horas por que que eles não pegam esse dinheiro que eles estão investindo em comunidade terapêutica? porque que não investe no CAPS AD de vinte e quatro horas?’’ Né? [...]

Nise da Silveira:[...]infelizmente há muitas pessoas que se encontram nessas comunidades terapêuticas, né eu acho que se a gente fez um levantamento né seria a gente iria ficar, né estarecido com a realidade muito preocupante, né, e eu vejo que o gestor ele se ele investe mais em todos os dispositivos da RAPS né e ele vai ter uma resolutividade bem maior e um número imenso de pessoas que vão né usufruir daquele serviço

Através dos discursos proferidos pelas entrevistadas observamos uma visão negativa a respeito do estreitamento das relações entre a RAPS e os serviços de comunidade terapêutica. Estas reconhecem a crescente dependência da modalidade de serviço asilar como um retrocesso no percurso dos serviços substitutivos antimanicomiais. Tendo em vista o aumento da presença de comunidades terapêuticas, vale questionar se as internações antes realizadas de forma majoritária no CIAPS Adauto Botelho não foram somente realocadas para outra instituição asilar.

Uma das considerações da portaria nº 3.588 de 21 de Dezembro de 2017 é a necessidade de oferta de suportes hospitalares estratégicos para a RAPS e para a RAU, estabelecendo equipes multiprofissionais especializadas em unidades de referência especializadas em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e hospitais dia. Ao traçarmos todo o percurso destacado pelas entrevistadas a respeito dos desafios contemporâneos, visualizamos que o município de Várzea Grande, apesar de não dispor de todos os componentes da rede estabelecidos pelas portarias já citadas anteriormente, possui uma rede institucionalmente estruturada e com isso, de algum modo, corrobora com determinados objetivos estabelecidos na instituição da RAPS. Por outro lado, analisamos que, ainda que em

diminuição, a rede permanece efetivando internações de usuários em hospitais psiquiátricos, evidenciando uma atuação de forma consolidada com as alterações e disposições contidas na portaria 3.588, considerando as internações enquanto uma prática relevante no cuidado aos usuários.

Sobre o processo de criação e de implementação dos componentes da RAPS no município, tornou-se evidente, através do discurso das profissionais atuantes, o cuidado na estruturação e melhoria do serviço. É válido também ressaltar que, a rede estrutura-se, de acordo com a Portaria 3.088/2011, com a participação de seus usuários, através do controle social, no que tange o planejamento e a manutenção da rede e de seus componentes (Brasil, 2011). Nos discursos analisados, a menção destes sujeitos foi realizada por Nise da Silveira e Maria do Socorro.

Nise da Silveira: Os usuários sempre assim, os CAPS sempre realizaram as assembleias, né eh eu vejo que o CAPS II, né. Hoje III ele a gente sempre manteve assim as assembleias, né, sendo realizadas. É nós tivemos três conferências municipais de saúde mental, né em Várzea Grande. Isso com a participação dos usuários, né é isso sempre foi muito presente assim nós já tivemos o início de uma é infelizmente não conseguimos é dar procedimento, mas foi em Várzea Grande que nós é que nós tivemos a primeira associação de usuários do estado de Mato Grosso, né ela começou em Várzea Grande por nós, né por mim e outros profissionais do CAPS e usuários do CAPS dois nós tivemos na época duas diretorias né eleitas e depois aí foi se acabando [...]

Maria do Socorro: [...]Por exemplo, o CAPS precisa ter assembleia dos usuários.[...]Né? Todos os avanços que a gente teve, mesmo que não que depois teve o retrocesso que foi a questão do do terceiro do horário estendido, foi através das assembleias, é foi através do passe livre foi através das assembleias, das mobilizações, do fórum, né? Porque houve um período aqui também que a gente tinha um fórum é da saúde mental. Aí reunia os três CAPS chamava também outros serviços, isso também favorece o fortalecimento da luta né? [...] E foi se acabando.

Percebemos que ambas entrevistadas retomam a participação de usuários em determinados momentos da história da implementação da rede, sendo evidenciadas, por Maria do Socorro, as conquistas obtidas através desta atuação conjunta. Contudo, a partir das falas de Nise da Silveira e Maria do Socorro, tornou-se evidente o distanciamento destes sujeitos na gestão e reivindicação por melhorias nos componentes da rede. Testemunhamos, neste momento da RAPS, então, uma verticalização do serviço que outrora fora pensado, no âmbito teórico e jurídico, de modo horizontal.

7 - Considerações finais

Essa pesquisa pretendeu analisar a historiografia da implementação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Várzea Grande. Com o objetivo de compreender como se deu esse processo e quais os desafios atuais, para isso definimos três objetivos. O primeiro

trata-se de identificar quais os atores responsáveis pela implementação da rede e, por meio de pesquisas, foi possível verificar cinco indivíduos fundamentais para esse processo que estão representados pelos seguintes nomes de atores de relevância para a luta antimanicomial: Nise da Silveira; Estamira Gomes de Souza; Ivone Lara; Maria Socorro e Iracema Polidoro.

Depois, buscou-se compreender quais são os desafios encontrados na Rede de Atenção Psicossocial e como os profissionais lidam com eles, a partir disso, a análise concluiu que existe uma dificuldade na execução dos serviços de maneira integral em decorrência da predominância do modelo biomédico que ainda aparece como operante dentro das instituições. Ademais, essa pesquisa pretendeu evidenciar a influência do modelo biomédico dentro dos serviços de saúde do município e como a prevalência desse paradigma tem influenciado na efetivação do serviço, além de possibilitar a compreensão em relação ao cumprimento dos objetivos propostos pela RAPS, como o de desinstitucionalização e de reinserção social.

Dessa forma, foi possível constatar que os sujeitos que experienciam algum tipo de sofrimento mental podem encontrar na rede um tratamento com um olhar centrado para o diagnóstico e como consequência disso, as dificuldades de articulações dos saberes reflete no modo como o usuário recebe o acolhimento, além de o tornar refém de um sistema que não permite a produção de subjetividade no próprio cuidado. Também foi possível constatar que existe uma sobrecarga nos profissionais devido a carência de incentivo, investimento nos serviços e na contratação de pessoas capacitadas, dessa forma, os trabalhadores encontram uma limitação nos atendimentos na medida em que não conseguem dar conta das demandas e possuem dificuldades para lidar com as diversas situações do cotidiano.

Por fim, ao analisar o cumprimento dos objetivos antimanicomiais propostos pela RAPS no município de Várzea Grande, verificamos que as estruturas desse padrão se encontram fragilizadas. Isso porque, embora os profissionais tenham ciência da importância de uma atuação que defenda essa lógica, ainda assim é possível observar nos discursos a prevalência do pensamento manicomial dentro das unidades de atendimento. Logo, existe um impasse entre a teoria e prática que perpetuam esse modelo distanciando o sujeito de um cuidado integral e que cumpram com as propostas da Rede de Atenção Psicossocial.

Com isso, entendemos que as narrativas apresentadas corroboram com a hipótese de que os atores que participaram do processo de desenvolvimento da RAPS possuem influência direta no modo de atuação vigente. Além disso, é válido ressaltar que observamos nos discursos das autoras, uma ausência da participação dos usuários no processo da construção histórica do serviço, e como consequência disso podem haver desafios no modo de

funcionamento visto que é importante que a RAPS atue em conjunto com o território, levando em consideração suas necessidades e demandas. É fundamental que as políticas estejam alinhadas com as expectativas, medos e complexidades dos sujeitos para que eles consigam se sentir verdadeiramente ouvidos.

Assim, concluímos o processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Várzea Grande se deu a partir de inúmeros desafios, mas é importante frisar que esses desafios não correspondem ao serviço como um todo. Percebemos um movimento de mudança no modo de pensar essas propostas partindo dos profissionais, além disso, ao caracterizarmos a história da implementação da RAPS e os possíveis desafios encontrados, foi possível pensar o benefício em termos de resgate e narrativa da história, para desconstruir práticas a esses desafios e possibilidades de superação dessas questões existentes que podem vir a beneficiar os usuários dos serviços e os profissionais que fazem parte da rede. Dessa forma, os resultados obtidos mostram a importância e a necessidade de uma reflexão, além do aumento da discussão sobre a temática para que assim os serviços sejam pensados de forma integral e desenvolvidos de maneira efetiva partindo do ponto de vista não só dos profissionais, mas principalmente dos usuários do serviço.

8 - Referências

AMARANTE, P. **Saúde Mental E Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

BRASIL. **Portaria 3.088, de 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). 2011. Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

BRASIL. **Portaria 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. 2017. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 18 nov. 2023.

DESPRET, V. Vinciane Despret comenta as apresentações de Márcia Moraes e Ronald Arendt. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 6, n. 2, p. 187-188, 2011.

ÉZIO, L. de A., & Oliveira, A. G. B. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Escola Anna Nery*, 14(2), 2010, 346–354.
<https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000200019>

FOUCAULT, M. **Ordem do discurso**. Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 2020.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo, Brasil. EDITORA PERSPECTIVA S. A. 1978.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**, Curso do Collège de France (1973- 1974). Tradução de Eduardo Brandão. 1º ed. Livraria Martins Fontes Editoras LTDA. São Paulo, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E.. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 15, n. 2, p. 345–353, abr. 1999.

FRANCO, T. B.. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 11, n. 23, p. 427–438, set. 2007.

FRANCO, T.B. E MAGALHÃES, J.R. Atenção Secundária e a Organização das Linhas de Cuidado in Merhy et al “O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”; São Paulo, HUCITEC, 2003.

Franco T.B.; Merhy E.E..**O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos** São Paulo: Hucitec; p. 151-171. 2013

GIL, A. C. et. al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

MAIA, J. B. D. **A rede que temos e a rede necessária: avanços e desafios na implementação da rede de atenção psicossocial em Picos-PI**. 2017. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2017.

MATO GROSSO. **Portaria nº 226 de 29 de agosto de 2018/GBSES**. Cria o Programa Estadual de Saúde Mental do SUS de Mato Grosso e dá outras providências. Secretaria de Estado de Saúde. 2018

PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013.

RICHARDSON, R. J., et. al. Métodos Quantitativos e Qualitativos. In _____ . Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. 3 ed. São Paulo: editora Atlas, 2012, p. 70-89.

SAMPAIO, M. L. BISPO JÚNIOR, J. P.. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em estudo*, v. 6, p. 49-56, 2001.

VASCONCELLOS, J. **Filosofia e loucura: a idéia de desregramento e a filosofia**. In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 13-23. ISBN 978-85-7541-319-7.

VÁRZEA GRANDE. **"Saúde Mental merece máxima atenção", afirma psicóloga.** 2014. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/12941>. Acesso em: 25 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **CAPSi recebe habilitação do Sistema Único de Saúde (SUS).** 2012. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/8721>. Acesso em 25 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **CAPS AD passa a atender em terceiro turno.** 2017. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/16347/o-programa-foi-criado-para-facilitar-o-acesso-ao-servio-de-sade-para-quem-necessita-se-consultar--noite#:~:text=A%20secretaria%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde,de%20segunda%20a%20quinta%2Dfeira>. Acesso em: 25 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **Passam pelo local, ao mês, 220 pessoas. O atendimento é para pacientes com transtornos mentais graves acima de 18 anos, em regime aberto.** 2009. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/1853>. Acesso em: 25 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **Além do tratamento, CAPS AD realiza um trabalho com os familiares, reuniões em grupo, aulas de artes e terapias.** 2009. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/1878/prefeitura-oferece-tratamento-gratuito-para-dependentes-qumicos-e-alcoolismo>. Acesso em: 22 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **CAPS realiza atendimento diferenciado para pessoas com transtornos mentais.** 2011. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/7398>. Acesso em: 22 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **De braços abertos pra você no Capsi.** 2011. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/7663>. Acesso em: 25 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **CAPS-AD amplia atendimento no município.** 2012. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/9509/de-janeiro-a-junho-deste-ano---a-unidade-atendeu-5092-pessoas---um-nmero-bem-superior-ao-mesmo-perodo-do-ano-passado-quando-o-centro-computou-1593-atendimentos-o-que-corresponde-a-um-crescimento-de-318>. Acesso em: 25 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **Dia Mundial teve comemoração e festa no CAPS II.** 2014. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/13544/em-comemorao-ao-dia-mundial-da-sade-mental-celebrado-no-ltimo-dia-10-de-outubro-a-equipe-do-caps-ii-organizou-uma-festa-com-caf-da-manh-com-a-participao-de-profissionais-da-sade-usurios-familiares-e-comunidade-em-geral>. Acesso em: 25 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **Saúde oferta serviço de 'Plantão Psicológico' como estratégia da Saúde Mental em tempo de pandemia.** 2020. Disponível: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/18489/o-servio-pode-ser-acessado-pelo-telefone-0800-647-0020-uma-modalidade-de-atendimento-clnico-psicolgico-de-tipo-emergencial-aberto--comunidade-as-ligaes-so-gratuitas#:~:text=Pensando%20na%20import%C3%A2ncia%20da%20sa%C3%BAde,de%20tipo%20emergencial%2C%20aberto%20%C3%A0>. Acesso em: 25 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **Superintendência de Saúde Mental será criada em Várzea Grande para fortalecer políticas públicas do setor.** 2022. Disponível em:

<http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/19480/proposta-foi-anunciada-durante-realizacao-da-iii-conferencia-municipal-de-sade-mental#:~:text=Superintend%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental%20ser%C3%A1,as%20desigualdades%20e%20vulnerabilidades%20sociais>. Acesso em: 25 out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **Saúde de Várzea Grande adota novas estratégias de atendimento à Saúde Mental em tempo de pandemia.** 2021. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/18840/sade-de-vrzea-grande-adota-novas-estratgias-de-atendimento--sade-mental-em-tempo-de-pandemia>. Acesso em: 25 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **Consultório na Rua leva assistência social e serviços de saúde para grupos vulneráveis.** 2019. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/17873/a-equipe--composta-por-psicologo-assistente-social-enfermeiros-agente-social-motorista-e-coordenao>. Acesso em: 25 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **Projeto Consultório de Rua registrou 793 atendimentos em quatro meses.** 2012. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/9907>. Acesso em: 25 de out. 2023.

VÁRZEA GRANDE. **Saúde de Várzea Grande adota novas estratégias de atendimento à Saúde Mental em tempo de pandemia.** 2021. Disponível em: <http://www.varzeagrande.mt.gov.br/conteudo/18840/vrzea-grande-tem-seu-plano-municipal-de-ateno-psicossocial-principalmente-em-aes-j-traadas-e-colocadas-em-prtica-prevendo-o-impacto-da-pandemia-que-tambm-afeta-a-sade-mental-da-nossa-populao>. Acesso em: 25 de out. 2023.