ANA CAMILA MARCELO

A CONFORMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS EM CAMPO GRANDE – MS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2023

ANA CAMILA MARCELO

A CONFORMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS EM CAMPO GRANDE – MS

Dissertação apresentada ao Programa Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Rodrigo Lopes Miranda.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2023

M314c Marcelo, Ana Camila
A conformação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS em Campo Grande - MS/ Ana Camila Marcelo sob orientação do Prof. Dr. Rodrigo Lopes Miranda.-- Campo Grande, MS : 2023.
108 p.: il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande- MS, 2023
Inclui bibliografia

1. Saúde mental. 2. História - Psicologia. 3. História - Saúde mental. 4. Rede de Atenção Psicossocial I.Miranda, Rodrigo Lopes. II. Título.

CDD: 150

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
Inspira o futuro

A dissertação apresentada por **Ana Camila Marcelo**, intitulada **"A CONFORMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS EM CAMPO GRANDE – MS."**, como exigência parcial para obtenção do título de Mestrado em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....APROVADA.....

Rodrigo Lopes Miranda, como presidente da banca assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença destes.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Lopes Miranda

Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida

Prof. Dr. Alberto Mesaque Martins

Campo Grande - MS, 11 de abril de 2023.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho,

À todas e todos profissionais e usuárias(os) da

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

AGRADECIMENTOS

Sou grata a todos (as) aqueles (as) que participaram e ainda participam da minha trajetória acadêmica e de vida, vocês são imprescindíveis!! Agradeço especialmente:

À minha mãe amada, pelo zelo, colo e amor incondicional, por suas orações intercessoras. Seu apoio em meus projetos, sonhos e tudo que sempre me proponho a fazer, você é minha referência de força, fé e resiliência. Sua vida movimenta a minha!

Ao meu tão amado pai em memória, pela referência de vida, por sempre acreditar e se orgulhar de mim e de tudo aquilo que sempre me propus a fazer. Durante esses anos a lembrança do seu amor e do orgulho que sentia pelas coisas que eu fazia foram combustíveis para os momentos de desânimo e as vezes o medo de não conseguir. Seu amor me acompanha!

À Raquel, minha irmã amada, por todo seu amor que ultrapassa os limites da distância, que me alcança, me encoraja e me acalma. Obrigada pela paciência nesse período de ausência, pelas mensagens motivadoras, pelas fotos do Victor e Arthur que suprem em parte a falta que tenho sentido nesse período de ausência. Te amo infinitamente!

Ao Victor e Arthur, minhas fontes de amor e inspiração, tia Camila ama vocês infinitamente!

Ao Thomaz, por toda sua compreensão e afago nos momentos de angústia, pelas brincadeiras que aliviam a tensão da rotina, pelos sorrisos largos que me deram suporte, pelo seu cuidado que se apresenta de tantas formas, obrigada por tudo!

Sr. Doraci, meu padrasto, agradeço pelas orações, pelo incentivo, pelo suporte emocional e financeiro que foram fundamentais na minha trajetória, o Sr. faz parte disso!

Ao meu Orientador Rodrigo Lopes Miranda, meu pai acadêmico, meu exemplo e referência de professor, pesquisador, orientador e ser humano. Eu poderia escrever um livro relatando seus inúmeros feitos nessa nossa trajetória, só para te agradecer. Mas qualquer exposição escrita ainda é pequena demais para expressar a gratidão que tenho por você. Acima

de qualquer função, agradeço por ter sido primeiramente humano. Sua grandiosidade vai além do seu currículo, suas orientações desde a iniciação científica, seu cuidado e seu acolhimento levarei sempre comigo. Obrigada por acreditar em mim, acolher minhas angústias e respeitar minhas limitações. Tenho o melhor orientador que alguém poderia ter. Você me inspira!!!

Aos professores membros da banca examinadora, a Dra. Luciane Pinheiro e Dr. Alberto Mesaque Martins, por disponibilizarem o tempo precioso de vocês para a leitura, apreciação e avaliação da minha Dissertação de Mestrado.

Ao professor Arthur Arruda Leal pela participação na banca de qualificação. Suas contribuições foram muito significativas e de grande ajuda para a conclusão deste trabalho.

Ao Laboratório de Estudos Históricos em Psicologia, Saúde e Educação pelo acolhimento desde a época da iniciação científica, lugar que me permite e incentiva o meu crescimento acadêmico e pessoal. Agradeço especialmente pela contribuição neste trabalho.

Às Amigas (os) que me acompanham desde a graduação pelo incentivo, palavras generosas, por se alegrar com minhas conquistas. Os encontros para churrascos e cerveja me trouxeram alívio durante o processo e foram imprescindíveis.

À Kely, agradeço a parceria no grupo de pesquisa, na mesa do bar e em nossas viagens aos congressos acadêmicos durante todos esses anos. Nossas trocas me ajudaram a percorrer o caminho desta pesquisa.

À Jaque, suas palavras de ânimo, seu acolhimento e sua generosidade foi fundamental e me serviram como suporte emocional em momentos importantes no decorrer desta pesquisa.

À Carol, minha amiga paulista que o mestrado me apresentou, pelas inúmeras trocas, pela generosidade, pelo acolhimento nos momentos de angústia, pelo suporte físico e emocional, pelas informações, pelas trocas, sua vida é um presente para a minha vida.

Ao Instituto Encontro, pela possibilidade de trabalhar na minha pesquisa enquanto me mantive como uma trabalhadora formal e pelos encontros que me possibilitou. Em especial,

Ana Maria, obrigada por sua generosidade e compreensão, pelas palavras gentis e seu acolhimento.

Aos participantes que aceitaram compartilhar suas memórias e contribuíram para esse estudo.

À UCDB pelas oportunidades oferecidas desde a época da graduação. E às secretárias do programa Fran e Amanda.

À CAPES, pelo suporte fornecido a esta pesquisa.

MARCELO, Ana Camila. *A Conformação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS em Campo Grande – MS*. 2023. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2023.

RESUMO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi pensada para construir diretrizes e estratégias de atuação para o cuidado integral e assistencial à Saúde Mental no Brasil, ancorando-se nos direitos humanos e envolvendo Governo Federal, Estados e Municípios. Neste sentido, o principal produto das práticas da RAPS é garantir a dignidade humana e o bem-estar do sujeito a partir de orientações coletivas. Considerando esses aspectos, a presente pesquisa teve como objetivo descrever e analisar aspectos da conformação do Sistema de Saúde Mental em Campo Grande, MS, a partir de fontes textuais e orais dos funcionários do sistema de saúde mental. A questão norteadora, pautou-se em saber como ocorre o processo de implementação ainda em desenvolvimento da RAPS a partir das memórias dos funcionários referente as demandas e serviços dos dispositivos da rede, abrangendo outros olhares e ampliando por intermédio da História Oral um contexto mais aberto aos partícipes dessa Rede, recorte esse que ainda não tinha sido investigado na cidade de Campo Grande -MS. Os resultados demostraram que olhar para uma história presente, é compreender e refletir sobre a luta da saúde mental em romper com os paradigmas do passado. Em conclusão, a reflexão sobre as dificuldades enfrentadas nos dispositivos componentes da Rede contribui para reflexões sobre as dificuldades e as necessidades de romper com os velhos paradigmas que permeiam a história da Saúde Mental. Assim, entende-se que essa não é uma história única, nem fechada, mas um convite a elaboração de novos estudos, e um convite também a reflexão dos profissionais e gestores que trabalham e compõem essa Rede.

Palavras-chave: Saúde Mental; História da Psicologia; História da Saúde Mental; Rede de Atenção Psicossocial.

MARCELO, Ana Camila. *The Conformation of the Psychosocial Care Network - RAPS in Campo Grande - MS.* 2023. 108 p. Master's Dissertation (Master's Degree in Psychology). – Postgraduate Stricto Sensu in Psychology. Dom Bosco Catholic University, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2023.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Network (*Rede de Atenção Psicossocial* - RAPS) was designed to build guidelines and action strategies for comprehensive care and assistance to Mental Health in Brazil, anchored in human rights and involving the Federal Government, States and Municipalities. In this sense, the main product of RAPS practices is to guarantee human dignity and the well-being of the subject based on collective guidelines. Considering these aspects, the present research aimed to describe and analyze aspects of the formation of the Mental Health System in Campo Grande, MS, based on textual and oral sources of employees of the mental health system. The guiding question was based on knowing how the RAPS implementation process, which is still under development, takes place based on the employees' memories regarding the demands and services of the network devices, encompassing other perspectives and expanding a more open context through Oral History. to the participants of this Network, a segment that had not yet been investigated in the city of Campo Grande - MS. The results showed that looking at a present history is understanding and reflecting on the struggle of mental health to break with the paradigms of the past. In conclusion, reflection on the difficulties faced in the Network's component devices contributes to reflections on the difficulties and needs of breaking with the old paradigms that permeate the history of Mental Health. Thus, it is understood that this is not a single story, nor closed, but an invitation to develop new studies, and also an invitation to the reflection of professionals and managers who act and composse of this Network.

Keywords: Mental Health; History of Psychology; History of Mental Health; Psychosocial Care Network.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Participantes das entrevistas e suas especialidades dentro da RAPS……. 35

Figura 2 – Fachada do Sanatório Mato Grosso……... 53

Figura 3 - Pavilhões da Santa Casa Antiga……. 54

Figura 4 - Capítulo V da Sessão "Atenção à Saúde" da Lei nº 1.293……. 60

Figura 5 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Mato Grosso do Sul, 2014……...… 62

Figura 6 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Mato Grosso do Sul, 2014……... 64

Figura 7 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Mato Grosso do Sul, 2014.. 65

Figura 8 - Ambulatório de Saúde Mental de Campo Grande……... 78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparativo dos pontos de atenção existentes em Campo Grande de 2014 e 2022…….…. 69
Quadro 2 - Comparativo dos pontos de atenção existentes em Campo Grande de 2019 e 2021……... 70

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética……...…… 103

Apêndice B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)……...… 106

Apêndice C – Roteiro de entrevista para coleta de dados……... 108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABI	Associação Brasileira de Imprensa
AC	Análise de Conteúdo
APS	Atenção Primária a Saúde
ARCA	Arquivo Municipal de Campo Grande
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF/88	Constituição Federal de 1988
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
COAP	Contratos Organizativos de Ação Pública CF/88
COAP	Contratos Organizativos de Ação Pública
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializados em Assistência Social
CRS	Centro Regional de Saúde
ESCT	Estudos Sociais de Ciência e Tecnologia
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUCMT	Faculdades Unidas Católicas da Mato Grosso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHTP	Instituto de História do Tempo Presente
LEHPSE	Laboratório de Estudos Históricos em Psicologia, Saúde e Educação
MS	Mato Grosso do Sul
MT	Mato Grosso
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Noroeste do Brasil
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PVC	Programa de volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RJ	Rio de Janeiro
RT	Residência Terapêutica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/MS	Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul
SESAU	Secretaria de Saúde de Campo Grande
SP	São Paulo
STR	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Terapeuta de Referência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
UEMS	Universidade do Estado de Mato Grosso do Sul
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. **APRESENTAÇÃO 17**

2. PERCURSO METODOLÓGICO: PASSOS DE UMA PESQUISADORA 25

2.1 PROCESSOS METODOLÓGICOS 32

2.1.1 Fontes utilizadas neste estudo 33

2.1.2 Fontes Textuais: Documentos utilizados 33

2.1.3 Fontes Orais: Participantes desta pesquisa 34

2.2 INSTRUMENTOS 36

2.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO 37

3. CONSTRUINDO UM CAMINHO: O CENÁRIO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL 39

3.1 SAÚDE MENTAL 40

3.2 REFORMA SANITÁRIA 41

3.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA 45

3.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS 48

3.5 SAÚDE MENTAL EM CAMPO GRANDE E MATO GROSSO DO SUL 52

4. SAÚDE MENTAL EM CAMPO GRANDE: SIMETRIAS E CONTRASTES 58

4.1 SAÚDE MENTAL NOS DOCUMENTOS LEGAIS EM MS 59

4.2 PORTARIAS DA RAPS EM CAMPO GRANDE 63

4.3 A RAPS EM CAMPO GRANDE 71

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 91

REFERÊNCIAS 94

APÊNDICES 102

1. APRESENTAÇÃO

> *Tal como noutros períodos de transição, difíceis de entender e de percorrer, é necessário voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples, perguntas que, como Einstein costumava dizer, só uma criança pode fazer, mas que, depois de feitas, são capazes de trazer uma luz nova à nossa perplexidade‖ (Santos, 2008, p.15).*

É difícil quando você sabe onde deseja chegar, mas fica insegura com o caminho ao qual deve escolher para percorrer. Atender as minhas expectativas e exigências pessoais como acadêmica e pesquisadora me fez por várias vezes buscar um caminho mais complexo como cita a epígrafe deste capítulo. E foi voltando a perguntas simples, perguntas que como Einstein dizia que só uma criança podia fazer, assim como perguntas que só a mãe dessa pesquisadora em sua simplicidade podia fazer, e buscando responder as perguntas simples que, como pesquisadora, está sendo possível percorrer o caminho até aqui.

Sou psicóloga de formação, pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), com especialização em Terapia Analítica Comportamental pela mesma universidade. Ingressei no curso de graduação em Psicologia em 2015, com o interesse em conhecer sobre o comportamento humano e suas nuances, com o genuíno desejo de ajudar as pessoas em suas limitações e suas transformações. A UCDB é uma instituição que incentiva seus acadêmicos ao conhecimento por meio da pesquisa e no meu primeiro ano de graduação foi me apresentado o campo da pesquisa como uma porta de conhecimento e a possibilidade de contribuir com a extensão desse conhecimento mediante participação no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Rodrigo Lopes Miranda é meu orientador desde 2015, e foi ele quem abriu as portas do seu laboratório – Laboratório de Estudos Históricos em Psicologia, Saúde e Educação (LEHPSE), enquanto eu cursava o segundo semestre da minha graduação em Psicologia e me apresentou o campo da pesquisa em História da Psicologia. Minha primeira investigação como pesquisadora do PIBIC foi criando os Arquivos Históricos de Reinier Johannes Rozestraten (Marcelo, França, Rohden, Soares Junior & Miranda, 2016; Rohden, França, Marcelo, Soares Junior, Freire & Miranda, 2018). O ex-professor da UCDB é um dos pioneiros, da Psicologia

do Trânsito no Brasil (Soares Junior, Marcelo, França Pereira, Rohden, Freire & Miranda, 2022), iniciando aqui o meu primeiro contato com História Oral e consequentemente se tornando minha principal área de interesse no campo da pesquisa. Além desse primeiro trabalho, ainda como pesquisadora do PIBIC participei da investigação sobre a Disciplinarização da Gestalt-Terapia no Mato Grosso do Sul entre os anos de 1980 e 1990, (Laura, Marcelo, Arsamenia, Barzotto, Mota & Miranda, 2021), reforçando ainda mais o meu interesse pela História Oral.

A escolha por esta pesquisa veio a princípio pelo meu interesse em História Oral e História Social que foi desenvolvido com a minha experiência no decurso da iniciação científica acrescido do meu interesse em História da Saúde Mental. Um desejo que começou ainda na adolescência em meu interesse pela Psiquiatria, a fim de compreender as patologias e os transtornos mentais. E que se aperfeiçoou durante os anos de graduação em Psicologia, acrescido ainda do meu interesse em entender as práticas de cuidados e tratamentos para as pessoas com transtornos mentais que surgiu nas aulas de Psicologia da Saúde, nos estudos sobre a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial.

A História da Saúde Mental no Brasil tem se desenvolvido em termos de estudos e pesquisas, porém no que tange o estado de Mato Grosso do Sul (MS), esse estudo ainda é algo pouco discutido, refletindo especificamente em Campo Grande, a capital do estado onde a história da Saúde Mental parece se limitar, em grande medida, às portarias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Quando falamos em “Uma história da Conformação da RAPS” estamos nos referimos a uma história sobre os fatores contextuais da qual a RAPS foi construída e pelo qual essa rede foi tomando forma no seu processo de construção.

A RAPS foi pensada para construir diretrizes e estratégias de atuação para o cuidado integral e assistencial à Saúde Mental no Brasil, ancorando-se nos direitos humanos e envolvendo Governo Federal, Estados e Municípios. Neste sentido, o principal produto das

práticas da RAPS é garantir a dignidade humana e o bem-estar do sujeito a partir de orientações coletivas. Contudo, a gestão do 38º Presidente do Brasil, compreendido entre o período de 1º de janeiro de 2019 e 1º de janeiro de 2023, anos marcados pela pandemia da Covid-19, foi marcada por implementações que facilitam a privatização e a mercantilização da lógica que trata as políticas públicas de saúde e dificultam o cuidado integral, gerando um verdadeiro desmonte das diretrizes que formam e também viabilizam um verdadeiro contingenciamento à Saúde Mental (Brito, 2022).

A exemplo dessas implementações Brito (2022) informa que o alto valor destinado às ditas comunidade terapêuticas, que representa um montante significativo, bem como a Portaria de n.º 69 de 14 de maio de 2020, que permitiu a atuação dessas comunidades junto aos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), desvelaram um verdadeiro discurso de higienismo social. Discurso esse que é mascarado de tutelar e permite a remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), e coloca a saúde em lugar oposto ao de direito, colocando-a no lugar de mercadoria, direcionada a segmentos que disputam os recursos financeiros e aparelhamento do Estado.

Vale ressaltar que a pandemia do SARS-Cov-2, conhecido como novo coronavírus (Covid-19), trouxe alterações profundas nas condições de vida e nos modos de relacionamento. Marques et al. (2020) informam que o cenário pandêmico impulsionou os agravantes da saúde mental, o que ocorreu em um nível comunitário, ao se diminuir a coesão social e o acesso aos serviços públicos; no âmbito relacional, ao se reduzir contato social e possibilidades de denunciar casos de violência e vulnerabilidades com segurança; e na dimensão individual, devido ao aumento do nível do estresse, o medo de adoecer e a incerteza sobre o futuro.

Na realidade sul-mato-grossense existem alguns dados que permitem pensar o impacto da lógica mercadológica em conjunto às consequências da pandemia no âmbito regional: dados

como o do boletim epidemiológico “Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil” do Ministério da Saúde (2021), aponta que Mato Grosso do Sul (MS) é o quarto estado do país com maior taxa de suicídio, com 10,3 casos a cada 100 mil habitantes. Além disso, a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que alunos de Campo Grande são os que mais autoavaliaram sua saúde mental como negativa. Ainda, o percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que experimentaram drogas ilícitas alguma vez na vida foi de 19,3% (IBGE, 2022).

Fica evidente que o momento histórico da pandemia agravou assimetrias e facilitou ainda mais a privatização e mercantilização da Saúde Mental, o que torna o presente estudo valioso para o estado, que carece de pesquisas que se propõem a compreender a história da RAPS e quais as memórias que foram tecidas com a execução desses serviços ao longo dos anos. No caso de Campo Grande, onde essa história parece não ter sido registrada e à qual poucos estudos foram dedicados, é que essa pesquisa se propõe a escrever uma história da RAPS, levando-se em conta as memórias dos participes dessa história. Assim, distanciando-se de uma ideia de produzir “a” história da RAPS na cidade, ocupamo-nos[1] de alinhavar narrativas oriundas da memória daqueles que nela atuam. A partir de tais memórias – entendidas como sociais (Sá, 2007) – propomo-nos a salientar as controvérsias[2] entre tais memórias e os documentos legais a que tomamos como fontes.

O objetivo inicial desta pesquisa era de tecer a história da conformação da RAPS em Campo Grande, considerando seu início e a história da Saúde Mental antes mesmo das leis que

[1] O uso do sujeito da oração, “nós”, que utilizamos no decorrer do texto, se deve ao fato de que essa pesquisa foi construída pelas mãos de, pelo menos, duas pessoas, as minhas e as de meu orientador.

[2] Estamos cientes de que, no campo dos Estudos Sociais de Ciência e Tecnologia (ESCT), há diversos debates teórico-metodológicos acerca de definições e usos das “controvérsias”. Todavia, neste texto, consideramos o significado do termo como um conjunto de discordâncias entre comunidades que envolvem aspectos epistemológicos, conceituais, metodológicos e aplicados de determinados saberes (ver Hines, 2001; Martin & Richards, 1995; Narasimhan, 2001).

preconizavam sua implementação. Assim, procurávamos compreender qual era aquele cenário, quais eram as práticas de cuidado e quais mudanças ocorreram a partir da implementação dessa rede. As fontes de pesquisa seriam memórias de funcionários ou ex-funcionários da Rede e de usuários/ex-usuários e familiares de usuários/ex-usuários que nos colocassem em contato com suas memórias pessoais acerca dessa história mediante entrevistas semiestruturadas. Os funcionários ou ex-funcionários da Rede seriam pessoas das quais tivemos contato em pesquisas anteriores e são considerados pioneiros da Psiquiatria em MS, e participaram do processo de conformação da RAPS em Campo Grande – MS. Por exemplo, o médico psiquiatra Luiz Salvador de Miranda Sá Jr (1938-2022). Contudo, não tivemos resultado ao tentar contato novamente com esses profissionais no decorrer desta pesquisa, como no caso do psiquiatra citado devido sua idade avançada e o estado de sua saúde agravada. Além desses funcionários e ex-funcionários, para alcançar o objetivo inicial também realizaríamos entrevistas com usuários/ex-usuários e familiares de usuários/ex-usuários da rede. Contudo, no decorrer da pesquisa, mesmo com a autorização inicial da Secretaria de Saúde de Campo Grande (SESAU), nos deparamos com questões burocráticas inter-relacionais dos serviços que nos impossibilitaram o acesso diretamente as instituições da Rede. Dessa forma, não foi possível o acesso aos arquivos dos documentos (e.g., fotografias, fichas e prontuários) e quaisquer outros documentos textuais relacionados as instituições ou aos usuários e familiares e com isso, não conseguimos ter o acesso que nos possibilitaria contato direto com essas pessoas usuárias da Rede e/ou seus familiares.

A partir disso, o objetivo da pesquisa precisou ser redesenhado e isso foi feito a partir do contato com os possíveis novos participantes. Para a seleção desses, fizemos uso da técnica conhecida como bola de neve (*Snowball Sampling*). A bola de neve trata-se de uma técnica de amostragem que se utiliza de redes de referência (Dewes, 2013), ou seja, selecionamos indivíduos, no caso da nossa pesquisa foram pessoas das quais tivemos contatos em pesquisas

anteriores e essas pessoas nos indicaram outras pessoas das quais se tornariam os participantes desta pesquisa.

Dessa maneira, nossas entrevistas foram realizadas com profissionais que trabalham atualmente ou que já trabalharam na RAPS e que se dispuseram a participar sem que houvesse a necessidade de liberação da rede institucional. Os participantes nos levaram para uma história contemporânea pela qual as suas experiências nos contam sobre uma história do tempo presente. E a história do tempo presente permite descrever laços sociais, políticos e vivências de atores ainda atuantes e, assim, constrói um lugar em que a reflexão sobre como os mecanismos individuais compõem uma mesma formação social (Ferreira, 2000). Além das fontes orais, sendo essas, produtos das entrevistas realizadas, este trabalho também se constitui a partir de fontes textuais, sendo esses documentos legais como os decretos e portarias de saúde no âmbito nacional, regional e local. Diante disso, o objetivo deste estudo é descrever e analisar aspectos da conformação da RAPS de Campo Grande.

Este trabalho está dividido nesta Apresentação e em mais três capítulos. O segundo capítulo, trata-se do percurso metodológico, ou seja, “os passos de uma pesquisadora”, em que apresento o caminho percorrido na elaboração deste estudo, abordando os aspectos teóricos-metodológicos de um estudo historiográfico, além dos aspectos epistemológicos e práticos da construção dos dados e análise dos dados. O terceiro, “Construindo Um Caminho: O cenário do cuidado em Saúde Mental”, apresenta uma contextualização histórica sobre a Saúde Mental no Brasil, considerando a concepção do processo saúde e doença, assim como o cuidado em Saúde Mental. Discorremos sobre os conceitos intricados, que historicamente sofreram influências sociopolíticos e também foram se adequando segundo a evolução das práticas em saúde.

Ainda no terceiro capítulo abordamos a descrição dos principais movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, descrevendo acontecimentos e

legislações do Ministério da Saúde que instituíram a RAPS para tratamentos de pessoas com sofrimento psíquico, assim como as instituições que constitui essa Rede. Ao final, apresentamos a Saúde Mental em Campo Grande a partir de registros históricos referente a saúde mental na cidade. O quarto, “Saúde Mental em Campo Grande: Simetrias e Contrastes”, apresenta a RAPS de Campo Grande, descrevendo a implantação da rede de serviços na cidade por meio de fontes textuais e orais, caracterizando atividades desenvolvidas nos dispositivos da Rede, em Campo Grande. Dessa maneira, ao final, estimamos descrever e analisar aspectos da conformação da RAPS de Campo Grande e, assim, contribuir com uma compreensão sobre seu desenvolvimento local. Esse caminho terá sido percorrido a partir do diálogo entre as memórias pessoais (Sá, 2005) dos nossos entrevistados e os documentos legais, tanto federais quanto estaduais e municipais.

2. PERCURSO METODOLÓGICO: PASSOS DE UMA PESQUISADORA

> *"Um cientista deve acima de tudo ser como uma criança. Se ele vê algo, deve dizer o que está vendo, independente daquilo ser o que ele imaginava ver. Ver primeiro, testar depois. Mas sempre ver primeiro. Senão você só vai ver o que espera ver"* (Adams, 2005).

Este estudo trata-se de uma pesquisa historiográfica, mais especificamente, constitui-se em um estudo de História Social da Psicologia (Massimi, 2009; Ferreira et al., 2018). E que se apropria de estratégias de História Oral (Camargo, 1981; Thompson, 1992; Darahem et al., 2014) e de Análise Documental (Pimentel, 2001; Cechinel et al., 2016), além do conceito de Memória Social (Sá, 2007, 2012). Almejamos que a pesquisa produza uma interlocução entre o passado e o presente, mais especificamente na percepção dos funcionários da RAPS em Campo Grande (MS), abrangendo diversos olhares e ampliando, por intermédio, da História Oral um contexto mais aberto aos partícipes dessa rede.

De acordo com Foucault (1979) utilizar os estudos históricos para refletir com enfoques e recortes variados sobre a trajetória da Saúde Mental "é uma maneira de evitar dissolver acontecimentos singulares em uma suposta 'continuidade teleológica' ideal" (p.28). Neto (2008), complementa que, ao se pesquisar, buscar e estudar a história em diversas fontes deixamos de cair na armadilha de uma versão "oficial" da história que, em geral, representa uma mitologia construída por um grupo hegemônico que gostaria que somente aquela parte ficasse em evidência. Assim, ao trazer a percepção dos indivíduos e de suas experiências rotineiras vividas dentro de um mesmo contexto, produzem-se significados à história narrada que vão além de uma narrativa documental impessoal.

Nesse aspecto, a proposta da História Oral delineia que o pesquisador se coloque em uma posição de igualdade com o entrevistado, visto que o foco é buscar a maneira que cada participante relate a sua experiência, assim mediante entrevistas e do mapeamento de textos escritos, seria possível fazer uma escrita histórica que valorize as subjetividades dos

entrevistados (Thompson, 1992). Nessa mesma direção, Darahem et al. (2014) sinalizam que, por intermédio da fala, os entrevistados apresentam sua própria subjetividade e discorrem sobre determinado evento de maneiras idiossincráticas. Com isso, as entrevistas formam um conjunto de olhares sobre um determinado fenômeno ou período histórico. Isto permite ao estudioso reconstruir determinado evento a partir de vários pontos de vista, assim a fundamentando de forma mais ampla e fidedigna (ver Apêndice B).

A História dos Saberes Psi – Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria – foca, pela via temporal, objetos, temas, métodos e atores do processo de construção dos conhecimentos ao longo do tempo. Dessarte, o âmbito dos saberes e das práticas psicológicas não compreende apenas os significados que a ciência (a psicologia científica) atribui aos fenômenos psíquicos, mas também o conjunto de significados que as diversas culturas dão a tais fenômenos. Sendo os processos culturais formas e modos próprios de vivenciar e conceber o dinamismo psíquico, de orientá-lo, de formá-lo, de solucionar seus desvios, de promover sua saúde, e as culturas constituem-se em ricos e variados acervos para o conhecimento psicológico. Assim, considera-se que a perspectiva historiográfica permite apreender mais adequadamente sobre a pluralidade de sujeitos que compõem o tecido sociocultural brasileiro (Massimi, 2009).

No entanto, costumeiramente compreendemos que a história está atrelada à ideia de estudo do passado e da definição de que o recuo temporal garantiria a objetividade e a veracidade. Assim, como que os comportamentos coletivos, aqui se entende também a memória coletiva teria mais relevância e verdade do que as memórias individuais (Ferreira, 2000). A autora esclarece, ainda, que todo o historiador é tributador do seu tempo, i.e., e mesmo ao narrar fatos do passado distante, esse o narra levando em consideração a sua inscrição no presente. Logo, esse fenômeno de longa duração não seriam mais significativos devido a imparcialidade do historiador.

De acordo com Ferreira (2000), foi o estruturalismo francês que questionou a qualificação dos historiadores e consequentemente quais fontes esses estavam alocando, e a valorização das estruturas e das técnicas ganhou importância em detrimento do papel do indivíduo, das conjunturas e dos aspectos culturais e políticos, assim os relatos pessoais, autobiografias e histórias de vida foram desqualificados. Desconsiderou-se, assim, a importância da vivência individual, a considerando como uma visão privativa que não permitiria conceituações gerais. Esse pressuposto limitava o pesquisador quanto ao seu objeto de estudo, porque criava uma barreira de proximidade temporal. Foi só a partir do final da década de 1990 que notamos um interesse cada vez maior da coletividade pelas singularidades e, dessa forma, a história cultural impulsou um renascimento político, social e das relações humanas, incorporando o estudo dos fenômenos contemporâneos.

De acordo com Delacroix (2018), a denominação História do Tempo Presente, data de 1978 na França, a partir da criação do Instituto de História do Tempo Presente (IHTP), cujo primeiro diretor foi François Bédarida (1926-2001), conhecido como o pai da história contemporânea. Foi nessa via que, segundo Ferreira (2000), foi possível entender que a História do Tempo Presente permite descrever laços sociais, políticos e vivências, produzindo um lugar em que a reflexão sobre como os mecanismos individuais compõem uma mesma formação social. Assim, a História Oral ganhou destaque e se torna também uma metodologia para atingir objetivos teóricos e práticos.

Fiorucci (2011) destaca, ainda, que essa valorização do contemporâneo, diminuiu a necessidade do que o autor chama de “retorno historiográfico”, i.e., o mecanismo de privilegiar mais o fato do que a narrativa. A reaproximação do tempo presente, sobretudo pela via da História Oral, possibilita ao historiador se aproximar das pessoas e ampliar as fontes de pesquisa. Portanto, tanto a História do Tempo Presente quanto a História Oral permitem alimentar a história com memórias vivas da própria atualidade corrente e apresentar a força das

vivências narradas, ampliando a interpretação do passado. Porém, essa defesa ainda encontra muitos obstáculos dos tradicionalistas, que defendem a imparcialidade e falsa ideia de comprovação e metrificação histórica que segundo eles a história oral não é capaz de fornecer. Contudo, se faz necessário, a fim de ultrapassar esses obstáculos utilizar as fontes orais como recurso agregador, como fontes tanto primárias como secundárias (Fiorucci, 2011). E sim, como defende Schimidt (2014), traçar um percurso biográfico ou pessoal, a partir de projetos de possibilidade e não de limitação e negação.

Conforme Ferreira (2018), o tempo presente possui a particularidade de valorizar os momentos, as contingências e aceleração das histórias. E as dificuldades residem no movimento de aceleração que eleva os acontecimentos atuais a uma urgência em relação aos fenômenos duradouros e passados que requerem rememoração maior. Portanto, o tempo presente definido por esses critérios é um período móvel que se desloca com o desaparecimento progressivo dos testemunhos. Paralelamente, notamos a revalorização do papel do sujeito como agente histórico e, portanto, sua memória pessoal como fonte de pesquisa. Nessa seara, o historiador não tem o monopólio da memória, mas tem ferramentas para lidar com a sua multiplicidade e fragmentação. Aqui, entretanto, reside um paradoxo entre a história passada e a história presente já que ambas partem e são analisadas no mesmo universo mental, ou seja, do historiador (Delacroix, 2018).

Outrossim, torna-se indispensável ater-se a fato que a narrativa histórica explora as conexões entre memória e história, rompendo visões deterministas que restringem a liberdade humana. Nesse paradoxo, o historiador deve destacar como cada pessoa forma sua própria identidade e conecta o passado ao presente ao perceber como o passado foi construído de acordo com as demandas do presente. Dessa forma, para abalar as resistências contra a história do tempo presente, o historiador precisa detalhar e matizar as argumentações pessoais e extrair o

que lhe importa do discurso, peneirando os recursos orais munido de senso crítico e procedimentos metodológicos pré-definidos (Fiorucci, 2011).

Assim sendo, nas últimas décadas, vários estudos registraram transformações importantes nos diferentes campos da pesquisa histórica (Delacroix, 2018). Revalorizou-se a análise qualitativa e resgatou-se a importância das experiências individuais, ou seja, deslocou-se o interesse das estruturas para as redes, dos sistemas de posições para as situações vividas, das normas coletivas para as situações singulares. Paralelamente, ocorreu um renascimento do estudo do político e incorporou-se o estudo do contemporâneo (Ferreira, 2000).

E é nessa perspectiva que se correlacionam as relações entre memória e história, ao se romper com uma visão determinista que elimina a liberdade do sujeito e os coloca em evidência como atores na construção de sua própria identidade e revê as relações entre passado e presente, reconhecendo que o passado é construído segundo as necessidades do presente e chama a atenção para os usos políticos do passado (Fiorucci, 2011). Assim, o conjunto dos saberes e das práticas psicológicas contemporâneas apresenta experiências constitutivas fundamentais, a saber passou-se a valorizar a construção de um espaço coletivo por meio das individualidades. Logo, abre-se espaço para a memória e para a História Oral.

Le Goff (1990) afirma que a memória é uma propriedade que armazena informações e um conjunto de funções psíquicas, na qual o sujeito pode atualizar os conhecimentos e experiências. Concomitantemente, Candau (2014) ressalta que “transmitir uma memória é fazer viver, assim, uma identidade, não consiste, portanto, em apenas levar algo, e sim em uma maneira de se estar no mundo” (p.118). A memória se torna parte essencial na construção do narrador, pois conserva informações e lembranças ao passo que constrói a identidade deste. Assim, a memória constrói a identidade do indivíduo, armazenando informações e experiências para que o narrador possa “transmiti-las”.

Segundo Le Goff (1990), a memória individual dificilmente pode ser compartilhada, pois cada indivíduo possui recordações próprias e únicas. Paralelamente, Nora (1978) define a memória coletiva como lembranças vividas em um passado compartilhado com grupos. Bernd (2017), por sua vez, propõe a memória cultural, como a memória que "incorporaria os elementos que pertencem à esfera do sensível e do simbólico e que escapam aos registros hegemônico do poder e sua tentativa de construção de uma identidade nacional em termos de totalização" (p. 245). Dessa maneira, valer-se da História Oral, possibilita valorizar aspectos culturais e das relações interpessoais, pois reconhece que o indivíduo é sujeito de um processo histórico. E sem o depoimento das pessoas que participaram dessa história, diversos pontos do passado poderiam ser ignorados em importantes decisões no presente. Portanto, as memórias relatadas geram materiais que podem auxiliar na construção do presente e do futuro (Darahem et al., 2014).

Sá (2012) narra que foi a perspectiva psicossocial que contribui para que as extremas riqueza e complexidade dos fenômenos da memória em sociedade pudessem emergir, notadamente no que se refere à memória histórica. Em suas palavras:

> Numa perspectiva psicossocial, o termo "memória histórica" é entendido como uma "memória da história", englobando memórias orais e memórias documentais, para cuja construção contribuem: (1) tanto memórias coletivas quanto memória comuns e memórias pessoais; (2) tanto a história vivida quanto os testemunhos ouvidos; (3) tanto documentos históricos stricto sensu quanto produções didáticas, midiáticas e artísticas posteriores. (p. 97)

Nessa seara, ele define que as memórias históricas orais são uma modalidade que faz:

> interface com a história que não foi escrita ou que apenas recentemente passou a ser transcrita, a chamada história oral. Dizendo de outra maneira, a categoria engloba os fenômenos de memória social que constituem as fontes não documentais com que lida

> a história oral. Trata-se de uma "memória da história" que, por não contar com documentos sobre os quais se apoiar ou por repudiar aqueles porventura existentes, vale-se apenas de recursos "internos" – no sentido de uma memória não exteriorizada em suportes materiais –, como a rememoração e a transmissão orais (Sá, 2007, p.294).

Nesse sentido, para se pesquisar algum fenômeno concreto da memória social caberia utilizar explicações de cunho psicossocial, i.e., uma informação grupal que não se ampliaria a memória histórica, pois iria ater-se a uma parte que foi apropriada contemporaneamente pela população/comunidade (Sá, 2007).

A História Oral, nessa seara, seria uma técnica que não somente armazena e conversa, mas cria uma fonte histórica (Camargo, 1981). Ela considera os sujeitos como atores do sistema político, i.e., são vistos como parte integrante de uma comunidade, em que sua trajetória individual engloba um todo coerente e articulado ao contexto. Assim, privilegiar a história de vida é valorizar contatos baseados na identificação e empatia entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, inserindo o ator mediante processos sincrônicos e diacrônicos em que se intenta extrair com o máximo de veracidade e profundidade (Camargo, 1981).

2.1 PROCESSOS METODOLÓGICOS

Entendemos que os procedimentos metodológicos nos orientam para uma compreensão dos elementos que compuseram a pesquisa. Primeiramente, nos parece pertinente apresentarmos as tipologias de fontes e, então, aquelas que foram utilizadas nessa pesquisa. uma vez que as fontes "são os tijolos essenciais para a construção da pesquisa histórica ... Entende-se por fonte qualquer testemunha perceptível sensorialmente que nos dá notícia acerca da vida humana do passado, documentos escritos, objetos, retratos, etc." (Massimi, 2010, p. 106).

As fontes de uma pesquisa podem ser categorizadas de duas maneiras: fontes primárias

e fontes secundárias. As fontes primárias são os elementos básicos que o pesquisador irá utilizar para escrever uma história, podendo ser essas fontes "correspondências pessoais, anotações, comunicações pessoais, autobiografias, entrevistas, fotografias, memorandos, atas de reuniões, gravações em vídeo ou áudio; enfim, todo material que tenha sido registrado e feito parte da história da disciplina e que possa auxiliar numa investigação específica" (Cruz, 2006, p. 169).

As fontes secundárias se referem aos materiais sobre aquela história da qual o pesquisador deseja pesquisar, "como livros, artigos, capítulos, monografias, dissertações e teses que são direcionadas para um tema delimitado, por exemplo, épocas, lugares, indivíduos, controvérsias, publicações, conceitos e termos" (Cruz, 2006, p. 169), ou seja, são materiais produzidos a partir de fontes primárias que o pesquisador pode referenciar em seus estudos.

2.1.1 Fontes utilizadas neste estudo

Utilizamos fontes primárias e fontes secundárias. As primeiras se dividem em duas modalidades, a saber: (1) Fontes textuais - os documentos legais de saúde disponíveis virtualmente nos *sites* das secretarias de saúde pública (e.g., portarias e decretos); e (2) Fontes orais - produto de entrevistas com funcionários/ex-funcionários que atuam ou atuaram na RAPS de Campo Grande (MS). As fontes secundárias, por sua vez, foram materiais publicados (e.g., artigos, dissertações, teses), referentes a história da Saúde Mental que nos deram suporte contextual e teórico para este estudo.

2.1.2 Fontes Textuais: Documentos utilizados

As fontes textuais utilizadas referem-se a documentos legais publicados nas plataformas virtuais do Ministérios da Saúde[3], da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul e na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande.[4]

---

[3] Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cn
[4] Disponível em: http://www.ms.gov.br/Geral/legislacao/

2.1.3 Fontes Orais: Participantes desta pesquisa

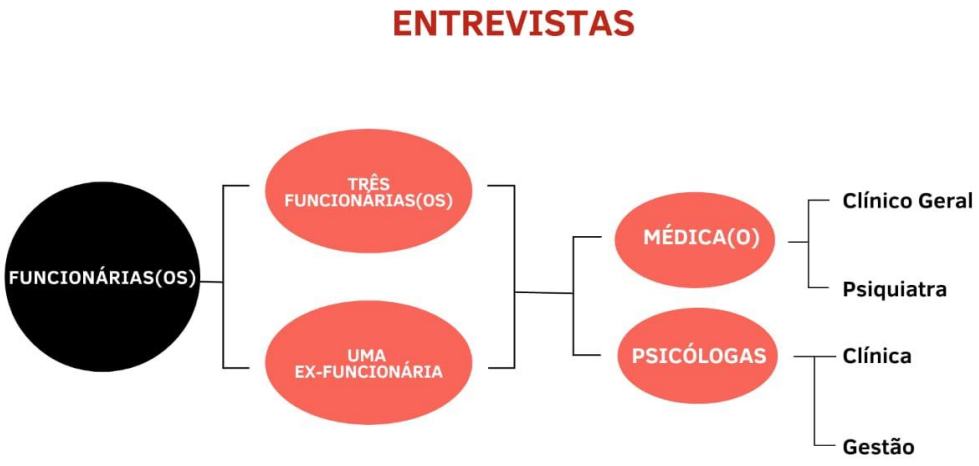
Vale lembrar que para responder aos objetivos propostos, e após os rumos e percursos descritos na Apresentação desta dissertação, contatamos funcionários e ex-funcionários da Rede, mais especificamente, pessoas que trabalharam durante o processo de mudanças na implementação da RAPS. Tais sujeitos poderiam, por meio das suas memórias pessoais, nos contar os caminhos da Saúde Mental em MS e, particularmente, em Campo Grande, antes mesmo das leis que preconizavam sua implementação. Ademais, vale lembrar que esta pesquisa se desenvolveu concomitantemente ao do projeto de extensão "Educação Transdisciplinar e Acompanhamento para o cuidado em Saúde Mental", uma parceria entre a UCDB e a Universidade do Estado de Mato Grosso do Sul (UEMS) que tem como um dos coordenadores o orientador deste estudo.

Esse projeto tem desenvolvido ações de educação em saúde e práticas de cuidado multidisciplinares no campo da saúde mental para os usuários da RAPS do município de Campo Grande (MS). Em 2021, houve mudanças na secretaria municipal de saúde que ocasionaram entraves na organização desses serviços, e portanto, isso modificou a forma de acesso aos nossos participantes. Com esses entraves burocráticos, não tivemos acesso aos usuários e familiares de usuários da rede. Assim, pelo contato com profissionais da Rede via extensão e, ainda, com pessoas com as quais tivemos contato em pesquisas anteriores, fizemos a seleção dos participantes.

Entre os meses de abril e maio de 2022 foram realizadas quatro entrevistas com profissionais de Psicologia e Medicina, sendo esses uma ex-funcionária e três funcionários da RAPS de Campo Grande. Na Figura 1 vemos um quadro que descreve as profissões e áreas de trabalho dos participantes dessa pesquisa dentro da RAPS.

Figura 1

Participantes das entrevistas e suas especialidades dentro da RAPS



Fonte. Dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).

A identidade dos participantes entrevistados foi preservada conforme as diretrizes de éticas necessárias, sendo assim para a identificação desses foram adotados o termo "participante", seguindo a ordem numérica (um, dois, três e quatro) referindo-se a ordem das quais as entrevistas aconteceram, sendo a **participante 1** a primeira entrevistada, a **participante 2** a segunda e assim por diante. A seguir, podemos ver a categorização de tais participantes:

- **Participante 1:** Psicóloga. Seu contato com a Saúde Mental de Campo Grande teve início em 2015 na gestão da RAPS de Campo Grande até 2021, desde 2021 atua na Secretaria do Estado de Saúde Mental. Data da entrevista: 13 de abril de 2022.
- **Participante 2:** Médica Psiquiatra. Seu contato com a Saúde Mental em Campo Grande teve início em 2009 em um dos hospitais psiquiátricos da cidade até 2013, depois desse período atuou junto a Secretaria de Saúde do município até 2021. Data da entrevista: 22 de abril de 2022.

- **Participante 3:** Psicóloga Clínica. Atua na RAPS de Campo Grande desde quando ingressou como psicóloga em um dos CAPS da cidade, atualmente continua como psicóloga clínica no Ambulatório de Saúde Mental de Campo Grande. Data da entrevista: 10 de maio de 2022.
- **Participante 4:** Médico. Atua na RAPS de Campo Grande a muitos anos. Trabalhou como médico plantonista na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e na Unidade Básica de Saúde por cerca de dez anos. Atualmente é médico plantonista em um CAPS. Data da entrevista: 11 de maio de 2022.

Além dos nomes dos participantes, algumas de suas características foram suprimidas para evitar sua identificação, e.g., como o tempo específico de permanência dos participantes no serviço. O gênero se tornou uma característica irrelevante e não foi definido como possibilidade de identificação. Essas foram, decisões éticas tomadas junto com os entrevistados para preservá-los. Importante mencionar que essa pesquisa foi submetida e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB (CEP-UCDB), CCAE: 73251417700005162 (ver Apêndice A).

2.2 INSTRUMENTOS

A coleta de informações foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas (ver Apêndice C), de modo individual, com a autorização dos participantes após a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver Apêndice B). Todas as entrevistas foram realizadas virtualmente com o auxílio de um gravador de voz virtual para, posteriormente, serem transcritas. Os participantes tiveram acesso à transcrição e puderam retirar da entrevista trechos que julgaram inconvenientes ou que não aceitaram ser apresentados na pesquisa.

2.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise e interpretação dos conteúdos advindos das falas dos participantes dessa pesquisa deu-se levando em conta a Análise de Conteúdo (Moraes, 1999). De acordo com Constantino (2002), a Análise de Conteúdo (AC) se refere a um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos para produção de evidências a partir do conteúdo produzido pelas pessoas. Assim, "são técnicas para ler e interpretar o conteúdo de qualquer espécie de documento" (p. 186), i.e., a AC é uma metodologia da qual se propõe descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. A maneira como o pesquisador responde aos objetivos propostos e às hipóteses levantadas no decurso de seus estudos, se dá a partir da compreensão e da exploração dos documentos acessados por ele (Marrou, 1978). Utilizando a descrição do processo de análise de conteúdo de Moraes (1999) e as considerações de Marou (1978), indicamos que a análise se constitui em cinco etapas, a saber:

(1) **A preparação das informações:** identificamos as diferentes entrevistas que foram analisadas, fazendo uma leitura de todo material procurando observar se estavam condizentes com os objetivos propostos da pesquisa. Além disso, foi possível criar códigos estratégicos que facilitariam o acesso as informações quando fossemos buscá-las. Sendo assim, organizamos as entrevistas em tabelas no *Microsoft Excel*® distinguindo por cores diferentes para cada participante;

(2) **Transformação do conteúdo em unidades:** consideramos cada entrevista uma unidade de análise para posteriormente serem submetidos a categorização;

(3) **Categorização ou classificação das unidades em categorias:** agrupamos os dados comuns entres as entrevistas, classificando-os como temáticas mais mencionadas pelos participantes, considerando a validade dessas temáticas. Nesse sentido, atribuímos as seguintes categorias de análise: CAPS, Demandas da Rede, Pacientes, Serviços da Rede de Campo Grande, Tratamento/Medicamentos,

Estrutura Física, Equipe Multiprofissional na Rede, Perspectiva sobre Saúde Mental, Mudanças e Desenvolvimento da Rede, Limitações e Dificuldades da Rede.

(4) **Descrição:** organizamos em tabelas de *Microsoft Excel*® as citações diretas das falas dos entrevistados de acordo com as categorias indicadas na etapa precedente e por fim;

(5) **Interpretação:** buscamos uma compreensão dos dados relacionando-os aos estudos com uma fundamentação teórica sobre a história de Saúde Mental no Brasil; reportagens acerca da Saúde Mental em MS e em Campo Grande; e documentos legais publicados nas portarias do ministério público de saúde.

3. CONSTRUINDO UM CAMINHO: O CENÁRIO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

3.1 SAÚDE MENTAL

Ao longo dos anos, o conceito de saúde modificou-se refletindo na conjuntura social, econômica, política e cultural de determinado povo, i.e., a saúde não tem o mesmo sentido para todas as pessoas, ao longo do tempo. Esse conceito dependerá da época, do lugar, da classe social, bem como dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas e filosóficas. Igualmente como o conceito de doença. Logo, não se tem conceitos estáticos ao longo da história, nem de saúde nem daquilo que é considerado doença (Scliar, 2007).

O mesmo vale para o conceito de loucura ou de doente mental que não só variou ao longo dos anos, mas varia entre o tipo de área, abordagem e entre outros, e.g., nessa direção, Amarante (2007) postula que Saúde Mental se trata de um objeto de distintos saberes. Entretanto, ele acentua que existe um discurso psiquiátrico que a compreende como antagônica à loucura, significando que indivíduos com diagnósticos de transtornos mentais não possuíam qualquer nível de saúde mental, bem-estar ou qualidade de vida, como se as crises ou sintomas psiquiátricos fossem sucessivos. Assim, a Saúde Mental incluiria tanto o fenômeno social da estigmatização quanto o que pode haver de essencialmente individual na loucura, visto também como psicológico. Já na Psiquiatria, ela seria entendida como biológica, advinda de uma doença orgânica, que precisa ser identificada para então, receber um tratamento farmacológico que a elimine do comportamento e do pensamento do paciente (Costa Junior & Medeiros, 2007).

Ao analisar a literatura especializada em Saúde Mental constata-se que ela apresenta conceitos intricados, que historicamente sofreram influências sociopolíticas e também foram se adequando segundo as mudanças nas práticas em saúde (Gaino et al., 2018). Para os autores, os dois últimos séculos (XX e XXI) vislumbraram um discurso hegemônico que conceituou a referida terminologia como sendo específica do campo da Medicina. Todavia, com a

solidificação de um cuidado em Saúde de forma multidisciplinar, distintas áreas de conhecimento têm, paulatinamente, incorporado tal conceito.

Rocha e David (2015) acreditam que existam dois paradigmas fundamentais para se discutir o conceito de Saúde Mental: biomédico e o da produção social de saúde. No modelo biomédico, o foco é unicamente na doença e em suas diversas manifestações, a insanidade como objeto exclusivo de estudo da Psiquiatria. Já no modelo da produção social de saúde, a Saúde Mental adquire uma conotação mais ampla que a simples manifestação da doença mental, para incluir também os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Nesse modelo, a loucura passa a ser vista muito além de um simples diagnóstico psiquiátrico, porquanto os indivíduos acometidos de transtornos psiquiátricos podem ter qualidade de vida, serem atuantes na comunidade, laborar e ampliar suas potencialidades. Esse conceito é o adotado pelo Sistema Única de Saúde (SUS), particularmente no âmbito da RAPS.

Ainda na década 1960, o psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980), sugeriu reformular o conceito de loucura, haja vista que tal terminologia não mais se encaixava no momento de intensas mudanças proporcionadas pelo avanço nos estudos e pesquisas na área de Saúde Mental. Sendo assim, a proposta seria mudar o foco da doença, ampliando-o para questões de cidadania e inclusão social (Basaglia, 1985). A ideia foi vista com bom grado e logo ganhou simpatizantes e acendeu um movimento que influenciou o conceito de Saúde Mental no Brasil, o qual derivou na Reforma Psiquiátrica (Gaino et al., 2018).

3.2 REFORMA SANITÁRIA

Nas últimas décadas, houve melhorias importantes nas condições de saúde e na expectativa de vida da população que podem ser atribuídas basicamente aos avanços na esfera dos determinantes sociais da saúde e na implementação de um sistema nacional de saúde abrangente e estruturado com participação social (Victora et al., 2011). Todavia, até meados do

século XX, não existia sistema de saúde no Brasil, como explica Paim et al. (2011). Pacientes ricos eram tratados em instituições privadas, pagando diretamente suas despesas; e os trabalhadores tinham acesso a clínicas e hospitais dos sindicatos. Nas áreas urbanas, os pobres precisavam procurar ajuda nas superlotadas instituições filantrópicas ou públicas.

No final da década de 1970 o que se verificava era um quase total abandono das ações na saúde pública que agonizava, em decorrência da má qualidade do atendimento à população, ocasionando uma série de movimentos sociais, denominado de Reforma Sanitária no Brasil e, a partir de 1978, com a Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), surgiu a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde. A Reforma Sanitária reivindicava a saúde como direito de todos os cidadãos, independente de terem contribuído ou não com a previdência. A Reforma também reivindicava a promoção de uma saúde preventiva para a população e a descentralização tanto administrativa como financeira da gestão, pois somente descentralizada é que poderia de fato acontecer o controle social das ações de saúde (Paiva & Teixeira, 2014). Sobre a Reforma Sanitária, Paim (2008) assim preconiza:

> A Reforma Sanitária Brasileira, portanto, não se reduzia a uma política de proteção social ou a uma reforma setorial (da Saúde), buscando uma “reforma geral” da sociedade brasileira. Lembremos, nesse sentido, de seus constantes subtítulos: melhoria das condições de saúde (entenda-se, necessidades em saúde) e da qualidade de vida da população brasileira (entenda-se um projeto de socialidade (p.15).

Nesse contexto, embora as reformas dos serviços de saúde dependessem de um intenso apoio social para que sejam bem-sucedidas, a Reforma Sanitária no Brasil seria peculiar, pelo fato de ela ter sido conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais (Paim, 2008). Ela foi projetada por militantes do denominado

Movimento Sanitário cerca de uma década antes do acréscimo dos serviços de saúde à Constituição Federal de 1988 (CF/88), como um direito do cidadão.

O movimento da Reforma Sanitária se ampliou e instituiu diversas alianças, como por exemplo, parlamentares progressistas, administradores da saúde municipal e demais movimentos sociais. Após tais alianças e inúmeras reuniões de técnicos e gestores municipais, no ano de 1982 foi instituído o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), um instituto de direito particular, que se regula pelos princípios que conduzem o direito público, do qual fazem parte os Secretários de Estado da Saúde, como gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (SES) dos estados e Distrito Federal, o qual se encontra ativo até os dias atuais (CONASS, 2022).

Posteriormente, no ano de 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que a saúde passou a ser considerada um direito do cidadão, delineando-se assim, os princípios do que se tornaria o SUS e desenvolvendo-se inúmeras estratégias que possibilitaram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde dos três entes federados (federais, estaduais e municipais). Essas modificações administrativas instituíram os alicerces para a constituição do SUS (Paim, 2008) e, portanto, é possível assinalar que sua idealização se deu nos anos 1970 e 1980, quando diversos grupos se engajaram no movimento sanitário com o objetivo de pensar em um sistema público para solucionar os problemas encontrados no atendimento da população defendendo o direito universal a saúde.

No auge da redemocratização do país, a CF/88 declarou que a saúde era um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do SUS, que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. Esse reconhecimento constitucional do direito a saúde só foi possível após longa luta política e graças à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária. Nos termos da CF/88, no artigo 6º dos direitos sociais é citado: “São direitos sociais a educação, a saúde a alimentação o trabalho, a moradia, o lazer, a

segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição" (s.p.). Assim, foi organizado o SUS com os princípios da universalidade, integralidade assistencial, promoção da saúde e participação da comunidade, com fundos públicos para a prestação de cuidados de saúde gratuitos para os cidadãos brasileiros (Ministério da Saúde, 2000). Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a lei orgânica da saúde, que detalha o funcionamento do sistema e institui os preceitos que seguem até hoje. A partir desse momento, a população brasileira passou a ter direito a saúde universal e gratuita (Santos, 2013).

Com a implementação do SUS, foram definidos o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização (Viana & Poz, 2005). Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos. Tais mudanças alteraram significativamente a demanda por serviços de saúde, e exigiram – e exigem - a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções.

Segundo o artigo 200 da CF/88, o SUS é responsável por promover o desenvolvimento científico e tecnológico em sua área (Ministério da Saúde, 1988). No entanto, vários indícios apontam para um descompasso entre os sistemas de saúde e inovação no Brasil nos últimos anos. Ainda que tenha havido avanços significativos na área da saúde, muito ainda precisa ser feito, visando alcançar a prestação de uma saúde digna a população brasileira, e essa, está diretamente ligada a um maior investimento na área tecnológica. Corroborando com o exposto, no "Guia Prático da Avaliação de Políticas Públicas", que alude que a saúde alcançou notável desenvolvimento na virada do século XX graças, em parte, aos médicos e pensadores sociais que a tornaram central em suas propostas de "modernização" do país (Governo Federal, 2018). A saúde pública, vista mais do que um conjunto de medidas médicas e técnicas, foi fundamental para o projeto de um novo modelo de saúde no Brasil (Ministério da Saúde, 2018).

Atualmente, a saúde mostra uma série de mudanças de natureza política, econômica, social e ética que afetam os sistemas de saúde de todo o mundo. De acordo com o Humaniza SUS, tais mudanças vêm estruturando um novo paradigma para o setor, impondo-lhe um repensar sobre novos conceitos e práticas de saúde (Ministério da Saúde, 2010). Um dos grandes desafios da saúde pública atual é a prática de saúde voltada para uma visão integral da pessoa que busca o atendimento em saúde e não apenas como um corpo ou uma fragmentação, mas como um indivíduo que possui participação ativa no processo de saúde reafirmando os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS.

3.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA

A preocupação com a forma de funcionamento dos hospitais psiquiátricos e os procedimentos clínicos terapêuticos oferecidos passaram a ser radicalmente questionados a partir da década de 1960 por Basaglia. Seria a Itália, em 1978, o primeiro país do mundo a aprovar uma lei antimanicomial (Kilsztajnet al., 2008). No Brasil, a psiquiatra Nise da Silveira (1905-1999), foi uma das pioneiras no campo, se destacando por se mostrar contrária aos tratamentos clínicos baseados em eletrochoques, lobotomia e camisas-de-força, químicas. Outrossim, ela defendia um tratamento menos aversivo e mais humano, voltado para uma ocupação terapêutica, como por exemplo, a pintura e a modelagem, também a utilização de animais não-humanos para promover relações “pessoais” com esquizofrênicos. Ela também contribuiu com a criação, em 1956, da Casa das Palmeiras, um centro de atendimento psicossocial nos moldes de externato com portas e janelas sempre abertas (Kilsztajn et al., 2008).

Amarante e Nunes (2018) ressaltam que os primeiros movimentos voltados à assistência psiquiátrica no Brasil emergiram no ano de 1970 quando profissionais recém-formados se depararam com um cenário de descaso e violência nos hospitais psiquiátricos do Ministério da

Saúde. Assim, tais atores iniciaram uma intensa mobilização da qual fizeram parte de institutos de grande expressividade no cenário nacional, tais como a Ordem dos Advogados o Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), dentre outras.

Almeida (2019) pontua que o lugar de destaque conquistado pelo Brasil no campo da Saúde Mental global se deve a políticas públicas principiadas nos anos 1980. Essa proeminência, reconhecida em âmbito internacional, provém de o Brasil ter figurado como um dos primeiros países fora do grupo dos que possuíam mais recursos, a instituir uma política nacional de Saúde Mental e implantá-la de forma exitosa no transcorrer de 30 anos. Sendo assim, é possível afirmam que a experiência brasileira despertou significativo interesse em todo o mundo e é uma das experiências mais analisadas e discutidas nesse campo.

O fato é que o movimento da Reforma se intensificou a partir da década de 1980 com o princípio da Luta Antimanicomial no Brasil, que teve início no ano de 1987 com o Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental efetivado em Bauru, São Paulo. Nesse mesmo ano, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde e suas propostas foram colocadas na CF/88, que consolidou, como dito anteriormente, o marco legal do SUS (Martins, 2019). Por força do Congresso realizado em Bauru e também da já citada Conferência Nacional de Saúde, foi criado o projeto de lei que recomendava a Reforma Psiquiátrica no país, que passou a tramitar no Congresso Nacional dois anos depois e que foi transformado em lei doze anos após a sua tramitação no Congresso. Sendo assim, no dia 6 de abril de 2001, foi sancionada a Lei Federal de n.º 10.216 que estabeleceu a Reforma e a mudança dos modelos de tratamento psiquiátricos até então utilizados junto às pessoas acometidas por sofrimento psíquico (Costa et al., 2016).

Dessa maneira, é importante destacar que, ainda que o movimento pela desinstitucionalização dos pacientes com transtornos mentais tenha se desenvolvido no Brasil na segunda metade da década de 1980 e tenha contribuído para que no ano de 1989 fosse

instituído o Projeto de Lei n.º 3.657 de Paulo Delgado, a Reforma Psiquiátrica, que trata da proteção e dos direitos com deficiência mental e redireciona o modelo assistencial da saúde mental, contudo, só foi estabelecida pelo Congresso Nacional e ratificada pela Lei nº. 10.216 em 2001.

A partir de então, propõem-se ofertar novos formatos de cuidado em Saúde Mental apoiados no modelo psicossocial, com ações situadas não mais na doença, mas nas pessoas e nas suas potencialidades. Segundo Costa et al. (2016), o novo modelo de cuidado proposto passou a ser chamado de assistencial e constava-se de um conjunto de ações que substituiriam o modelo manicomial vigente nos hospitais psiquiátricos, por um atendimento em rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, em que não se evidenciava as internações, mas propunha-se um atendimento de base comunitária. O objetivo não era extinguir a terapêutica clínica, mas abolir a técnica do internamento que levava a exclusão social. Passou-se, então, a ser oferecido atendimento em Saúde Mental por equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar. E sobre esse aspecto, Martins (2019) esclarece que:

> A partir daí uma ampla reforma se inicia na assistência à saúde mental, em conformidade com a Reforma Sanitária e com os princípios de universalidade, humanização e equidade dispostos pelo SUS. Novas formas de atendimento começam a ocupar o lugar das práticas segregacionistas e massificadoras comuns à política manicomial. Neste período surgem os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Lares Abrigados, Centros de Convivência e Cultura, os leitos em Hospitais Gerais e as Oficinas Terapêuticas. Este novo conjunto de dispositivos de cuidado e atenção no campo da saúde mental tem como princípios a reinserção social das pessoas com sofrimento mental, bem como o acesso aos direitos de cidadania. (p. 101)

Dessa maneira, notamos que, nas últimas décadas, o movimento de Reforma Psiquiátrica reorientou o modelo de Saúde Mental do país. A progressiva incorporação de seus princípios

deu-se, entre outros fatores, pela regulamentação dos Decretos Ministeriais n.º 224/1992 (Ministério da Saúde, 1992) e n.º 336/2002 (Ministério da Saúde, 2002), que contemplam a criação e a regulamentação, respectivamente, de uma rede diversificada de cuidados visando à substituição gradativa dos serviços de saúde mental, antes hegemônicos. Sobre essa rede de atendimento, Almeida (2019) ressalta:

> Para responder às violações dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos da época, as reformas inicialmente focaram-se na melhoria das condições de vida nessas instituições e na promoção de um processo de desinstitucionalização. Os principais objetivos centraram-se, assim, na substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários, tendo como núcleo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se inspiravam nos centros de saúde mental desenvolvidos na Itália e em outros países europeus. (p. 2)

Verifica-se, portanto, que como parte fundamental dessa nova política, foram criados centros de atenção psicossocial (CAPS), com serviços de saúde mental integrados ao SUS. Tais centros ofertam atendimento comunitários diários para pessoas com doenças mentais graves em uma área de abrangência, sendo que os serviços prestados variam de acordo com as necessidades dos usuários e a capacidade disponível.

3.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS

A história da Reforma Sanitária brasileira propiciou maior aplicabilidade das ações locais, favorecendo o surgimento de experiências exitosas nos diversos setores da saúde. (Quinderé, Jorge, & Franco, 2014). Dentre essas medidas, como dito alhures, surgiu pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 3.088/2011 a RAPS para consolidar o atendimento integral em Saúde Mental no SUS, dando contornos mais precisos aos seus componentes, especificando

o papel de cada ponto de atenção e sua articulação, proporcionando um atendimento integral e em rede.

A rede diversificada de atendimento psicológico em substituição aos hospitais psiquiátricos conta com os CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Ambulatório de Saúde Mental, Hospital-dia, Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais, Centros de Convivência, Pensão Protegida, Lares Abrigados Centros de Convivência e Cultura, Oficinas Terapêuticas Serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica em Pronto-Socorro Geral, Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral, Centros Comunitários e Escolas, entre outros que visam na sua essência reinserir a pessoa acometida por sofrimento mental na sociedade buscando o resgate da sua cidadania (Martins, 2019).

Dentre os serviços de atendimento psicossocial existentes atualmente, os CAPS se sobressaem como espaços de articulação entre os cuidados clínicos e os programas de reabilitação psicossocial (Costa et al., 2016). Isso ocorre, segundo os autores, mediante atendimentos que tem por finalidade à inserção social, visando a construção de vínculos e interação humana, e respeitando as individualidades, potencialidades e limitações pessoais, assim como os princípios de cidadania, incentivando o protagonismo de cada paciente para com sua vida. Dessa forma, ao longo dos anos, os CAPS foram se conformando como aparelhamentos estratégicos na RAPS e na solidificação da prática de atendimento ao usuário junto a sua família e comunidade, em substituição ao atendimento à base da internação em instituições psiquiátrica, por serem dispositivos de cuidado intensivo, comunitário e promotores de saúde e de vida (Jafelice & Marcolan, 2018). Sobre o atendimento oferecido pelos CAPS, Martinhago e Oliveira (2012) expõem que:

> A atenção psicossocial prestada pelos CAPS pressupõe um acolhimento dos sujeitos com sofrimento psíquico e transtorno mental, um conjunto de ações que visam à

> substituição da lógica manicomial como base de sustentação teórica para o cuidado em saúde mental e do modo asilar como paradigma das práticas dominantes (p.584).

Nesse sentido, o CAPS trabalha com equipe multiprofissional por meio do desenvolvimento de várias atividades que são ofertadas tanto de forma individual quanto grupal, como: oficinas terapêuticas e de criação, prática de atividades físicas, atividades lúdicas, arteterapia. Segundo Mielke et al. (2009), essas atividades são desenvolvidas concomitantemente à terapêutica medicamentosa, que outrora era considerada a principal forma de tratamento clínico. A família é vista como parte essencial do tratamento, por isso é oferecido atendimento específico, tanto grupal como individual em que a família é sempre convidada a participar do processo e tem livre acesso ao serviço.

Importante esclarecer que, a Portaria 336/2002 n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002, que regulamentou os CAPS em 2002 não só os redefiniu, mas também classificou esses serviços por ordem crescente de cobertura populacional, complexidade assistencial e população-alvo. São reconhecidos como especializados em Saúde Mental, serviços que atuam com práticas clínicas psicossociais de inserção no território, distinguindo-se na sua caracterização, de acordo com o tamanho do equipamento, estrutura física, diversidades profissionais, terapêutica atividades e especificidade da demanda. Nessa seara, teremos diferentes dispositivos de saúde, tais como: CAPS I e CAPS II, para o cuidado diário de adultos com transtornos mentais; CAPS III, para cuidados de curta duração; CAPS i, para a infância e adolescência; e CAPS ad, para usuários de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2005).

Os CAPS I e CAPS II são unidades de referência para atendimento e acompanhamento ambulatorial interdisciplinar para usuários adultos de todas as faixas etárias acometidos por desordens mentais graves e constantes e também dependentes de substâncias psicoativas, em municípios com população variando entre 20 e 70 mil habitantes. Nessas unidades são

oferecidos os Serviços de: Psiquiatria, Psicologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Farmácia, Pedagogia e Fonoaudiologia (Conceição et al., 2018).

O CAPS III são unidades de referência para usuários portadores de transtornos mentais graves no momento de crise psiquiátrica. Eles contam com funcionamento 24 horas para Urgência e Emergências e oferecem consulta médica ambulatorial de 2ª a 6ª feira, no período diurno e conta com atendimento psicossocial com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico que oferece atendimento 24 horas em municípios com população acima de 200 mil habitantes (Conceição et al., 2018).

O CAPS i possui funcionamento idêntico ao do CAPS II, oferecendo atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e dependentes de substâncias psicoativas, em municípios com uma população de cerca de 150 mil habitantes (Martinhago & Oliveira, 2012). Os CAPS ad, por sua vez, proporcionam aos usuários, tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O primeiro é ofertado aos indivíduos que apresentam grave sofrimento psíquico, e que, portanto, necessitam de atendimento ininterrupto e diário. O tratamento semi-intensivo é ofertado aos usuários que precisam de cuidados direto da equipe, todavia, apresentam uma melhor estrutura psíquica, não havendo necessidade de atendimento diário. O tratamento não intensivo é destinado aos usuários em que não há necessidade de suporte continuado. As modalidades de atendimento previstas nestes locais são: atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, repouso e desintoxicação ambulatorial (Trevisan & Castro, 2019).

Verifica-se, portanto, que a Reforma Psiquiátrica brasileira trabalhou em prol da transição paradigmática longe da dependência exclusiva de hospitais psiquiátricos - um espaço de tratamento que se responsabiliza por toda a complexidade do sofrimento psíquico - para a construção de uma rede de atenção à saúde que envolve instituições e suporte da comunidade. Desse modo, Martinhago e Oliveira (2012) acreditam que o modelo ampliado de atenção

instituído no Brasil, e que respeita os vínculos coletivos entre os sujeitos, representa um passo importante na direção de uma transformação sociocultural que incentiva o movimento social e integração dos sujeitos. Porém, ainda há o desafio de operacionalização das redes de cuidado, bem como da articulação e da integração entre os vários componentes, o que se sustenta no conhecimento e ação de profissionais de saúde (Vieira et al., 2020). Portanto, é preciso reconhecer a RAPS como uma rede viva (Lima & Guimarães, 2019), formada por serviços e pessoas em relações dinâmicas e dialógicas que se articulam recursivamente em um processo complexo, individual e coletivo e que envolve setores e, principalmente, atores e seus saberes, símbolos, afetos, memórias.

3.5 SAÚDE MENTAL EM CAMPO GRANDE E MATO GROSSO DO SUL

O serviço em Saúde Mental de Campo Grande foi marcado em 1966 por dois eventos: (1) a inauguração do Sanatório Mato Grosso – atualmente o hospital psiquiátrico Nosso Lar, fundado pelo Centro Espírita Discípulos de Jesus que já tinha na sua presidência Maria Edwiges Borges (1918-2000) (ver Figura 2); e (2) a fundação do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia no mesmo ano, esse fundado pelo psiquiatra Luiz Salvador de Miranda Sá Junior (1938-2022), integrado aos pavilhões do hospital geral, sendo um dos primeiros serviços psiquiátricos no Brasil (Alves, 2003).

Até a inauguração do Sanatório Mato Grosso e a fundação do serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia a região do estado do até então Mato Grosso (MT), hoje MS, não contata com serviços de saúde específicos na área psiquiátrica. O município de Campo Grande era formado por noventa mil habitantes e contava apenas com noventa médicos. Os psiquiatras mais próximos encontravam-se: (a) na cidade de Bauru, no estado de São Paulo (SP); (b) ao norte, em Belém, Pará (PA); (c) ao sul, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS) ou ainda; (d) no exterior, por exemplo, na cidade de Coxabamba na Bolívia ou Buenos Aires na Argentina

(Alves, 2002). As pessoas que apresentavam algum tipo de sofrimento mental ou de comportamento “atípico” eram recolhidas e permaneciam presas na cadeia pública de Campo Grande (Hospital Nosso Lar, s.d.). Nesse contexto, o Centro Espírita Discípulos de Jesus direcionado por Maria Edwiges Borges, realizava visitas sociais à cadeia pública e fornecia às pessoas que estavam ali detidas alimentos, e.g., bolos e chocolates, refrigerantes, além de revistas, livros, etc. (Hospital Nosso Lar, s.d.).

Em 27 de janeiro de 1966, o Sanatório Mato Grosso inaugurou-se com vinte leitos para atendimento de pessoas com doenças nervosas, mentais e repouso. A equipe de funcionários do Sanatório era formada por treze pessoas do grupo do Centro Espírita anteriormente mencionado (sendo nove homens e quatro mulheres) que assumiram atividades no Sanatório após realizarem treinamentos em hospitais psiquiátricos no interior do estado de São Paulo. Assim, eles teriam recebido orientações teóricas e práticas de administração, enfermagem, farmácia, rouparia, lavanderia, cozinha, etc., no Centro Psiquiátrico Nacional no Rio de Janeiro (Hospital Nosso Lar, s.d.). Na Figura 2, vemos a fachada do prédio do qual funcionava o Sanatório Mato Grosso.

Figura 2

Fachada do Sanatório Mato Grosso, s/ data

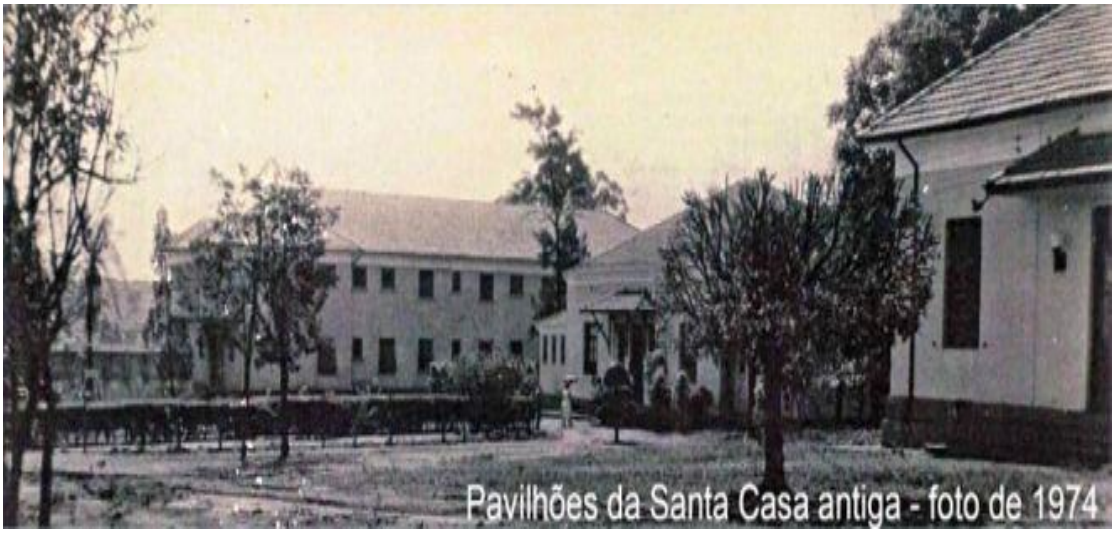
Fonte. Mamédio - Campo Grande News, (2020).
https://www.campograndenews.com.br/lado-b/artes-23-08-2011-08/de-sanatorio-a-enchente-postagem-resgata-fotos-historicas-da-capital

Quando nos aproximarmos da imagem acima, é possível ler “Doenças nervosas, mentais e repouso” na placa de entrada do Sanatório. Em uma entrevista realizada em 2017[5], para a pesquisa intitulada “*Recepção e Circulação da Gestalt-Terapia no Mato Grosso do Sul (1980-1990)”*[6], Miranda Sá Junior (comunicação pessoal, 19 jun, 2017) relembra que veio para Campo Grande a princípio com o objetivo de inaugurar o Sanatório Mato Grosso, nessa ocasião o diretor da Santa Casa, à época, Arthur Vasconcelos o convidou para trabalhar no hospital e, então criar o Serviço de Psiquiatria da Santa Casa em Campo Grande. Dessa forma, a Santa Casa de Campo Grande tornou-se um dos primeiros hospitais gerais, não-universitário, a criar um serviço de Psiquiatria (Alves, 2003).

Na Figura 3, vemos os pavilhões da Santa Casa em 1974, quase uma década depois da inauguração do Serviço de Psiquiatria.

Figura 3

Pavilhões da Santa Casa Antiga, 1974



Fonte. Freitas - Capital News (2017). https://www.capitalnews.com.br/cotidiano/santa-casa-de-campo-grande-completa-100-anos/308255

[5] Entrevista realizada por Ana Camila Marcelo, sob a coorientação de Ana Maria Del Grossi Ferreira Motta e orientação de Rodrigo Lopes Miranda. Parte dos resultados desta pesquisa foi publicado como artigo, a saber: Laura, L. E. C.; Marcelo, A. C.; Arsamenia, E. S.; Barzotto, G. F.; Mota, A. M. G. F. & Miranda, R. L. (2021). Recepção, circulação e disciplinarização da gestalt-terapia no Mato Grosso do Sul. *Revista da Abordagem Gestáltica*, *27*(3), 361-370.

[6] Pesquisa autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), UCDB, conforme CAAE 00832818.7.0000.5162 e Parecer 00832818.7.0000.5162.

Desde a inauguração em 1966, os atendimentos às pessoas com sofrimento mental na Santa Casa, ocorria mediante internações realizadas pela equipe médica desse dispositivo de Saúde. Os médicos contavam apenas com a “ajuda” da equipe da Enfermagem para realizar os atendimentos de internação de pessoas com sofrimento mental (M. Sá Junior, comunicação pessoal, 19 jun., 2017). Ainda de acordo com o entrevistado, não havia serviço de Psicologia e Enfermagem especializada em psiquiatria e as enfermeiras que atuavam no Hospital vinham de estados vizinhos como Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP). Um dos motivos pelos quais isso poderia ocorrer era o fato da inexistência de cursos de graduação em Psicologia e Enfermagem ao sul do Mato Grosso (MT), estado ao qual Campo Grande ainda estava vinculada.

Em 1967, surgiu o primeiro curso de graduação em Psicologia ao sul do MT, em Corumbá. A cidade dista aproximadamente 427km de Campo Grande e, apenas em 1975, foi criado o primeiro curso de graduação em Psicologia na cidade, o curso das Faculdades Unidas Católicas da Mato Grosso (FUCMT), atual UCDB. No que se refere à Enfermagem, em 1976 foi criado o primeiro curso Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (CGEUFMT) no norte do estado, em Cuiabá (Moreira & Ramos, 2004). Com a divisão do estado em 1977, o curso passou a fazer parte de MT. Em MS, o primeiro curso superior em Enfermagem no Estado foi implantado em 1991, pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) na sua sede em Campo Grande (Sá Dan, 2015).

Assim, foi a partir da década de 1980, já com a formação de psicólogas e a separação do Sul de MT, criando o MS em 1977, que observamos serviços de Psicologia no referido Hospital. Assim, no que se refere aos profissionais que vinham de outros estados para contribuir com o serviço de saúde, sendo esses, médicos e enfermeiros e considerando a falta de psicólogos nos atendimentos, conforme citado por Miranda Sá Junior (comunicação pessoal, 19 jun., 2017), assim estabelece uma indagação: por que motivo não tínhamos psicólogos vindo também para contribuir nesses atendimentos?

Com uma proposta de reorganização e reestruturação do sistema de saúde com o objetivo de promover a saúde como direito social respondendo às necessidades e as demandas apresentadas pela população surgiu, durante a Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde (1978), a Atenção Primária a Saúde (APS). Entre os pressupostos da APS, considera-se as vulnerabilidades e potencialidades no contexto da população ponderando o enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais (Ministério da Saúde 2002). Essas mudanças parecem pouco impactar o desenvolvimento e crescimento da Santa Casa, em 1981, o Serviço de Psiquiatria ganhou um novo formato ocupando as antigas instalações do referido hospital (M. Sá Junior, comunicação pessoal, 19 jun., 2017).

A nova unidade psiquiátrica ganhou um espaço físico separado dos demais serviços do hospital onde os pacientes que antes estavam integrados aos demais passaram a ficar separados (Alves, 2003). Por um lado, esta disposição espacial possibilitou o desenvolvimento da unidade que inicialmente era formada por um ambulatório; uma unidade de internação composta de dois pavilhões - um pavilhão para internação masculina e um pavilhão para internação feminina -; programas de ensino de diversas especialidades (e.g., Psiquiatria e Enfermagem Psiquiátrica). Por outro, ela conflitava com a proposta de integração social da APS, dificultando a ação prevista em tal proposta.

Em 2011, por força da Portaria n.º 3088/2011, passou a funcionar a RAPS que reorientou o cuidado em distintos graus de assistência. Na Atenção Básica (AB) o atendimento seria feito por meio dos serviços na Unidade Básica em Saúde (UBS), Equipes de Saúde da Família, Consultório na Rua, Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório e seus serviços de apoio, Centros de Convivência e Cultura. Na Atenção Secundária, os atendimentos seriam efetivados por meio dos CAPS em suas distintas modalidades. Nesse sentido, comporiam a estratégia de desistitucionalização da RAPS a Atenção de Urgência e Emergência composta pelos Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização,

Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que presta atendimento aos usuários 24 horas, hospitais gerais com leitos (Garcia & Reis, 2018). Concomitantemente, encontram-se os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT); o Programa de Volta para Casa (PVC) e o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de Longa Permanência, articulando a desinstitucionalização de pacientes com longa internação.

De acordo com a Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) o primeiro Plano de Ação Regional da RAPS de MS foi aprovado em 2014 em consonância com a Portaria GM/MS nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, que a instituiu e regulamentou no âmbito do SUS. Sua finalidade era fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisa em Saúde Mental para o estado, considerando os compromissos do estado e dos municípios por meios dos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP). O referido Plano de Ação descreve a implantação e implementação dos pontos de atenção no estado como algo em desenvolvimento, sendo construído solidariamente entre o estado e municípios. Dessa forma, considerava que a rede de serviços em Saúde Mental pudesse ser estabelecida de maneira integrada, articulada e efetiva nos seus diferentes componentes.

4. SAÚDE MENTAL EM CAMPO GRANDE: SIMETRIAS E CONTRASTES

"É preciso força para sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê" (Los Hermanos, n/p).

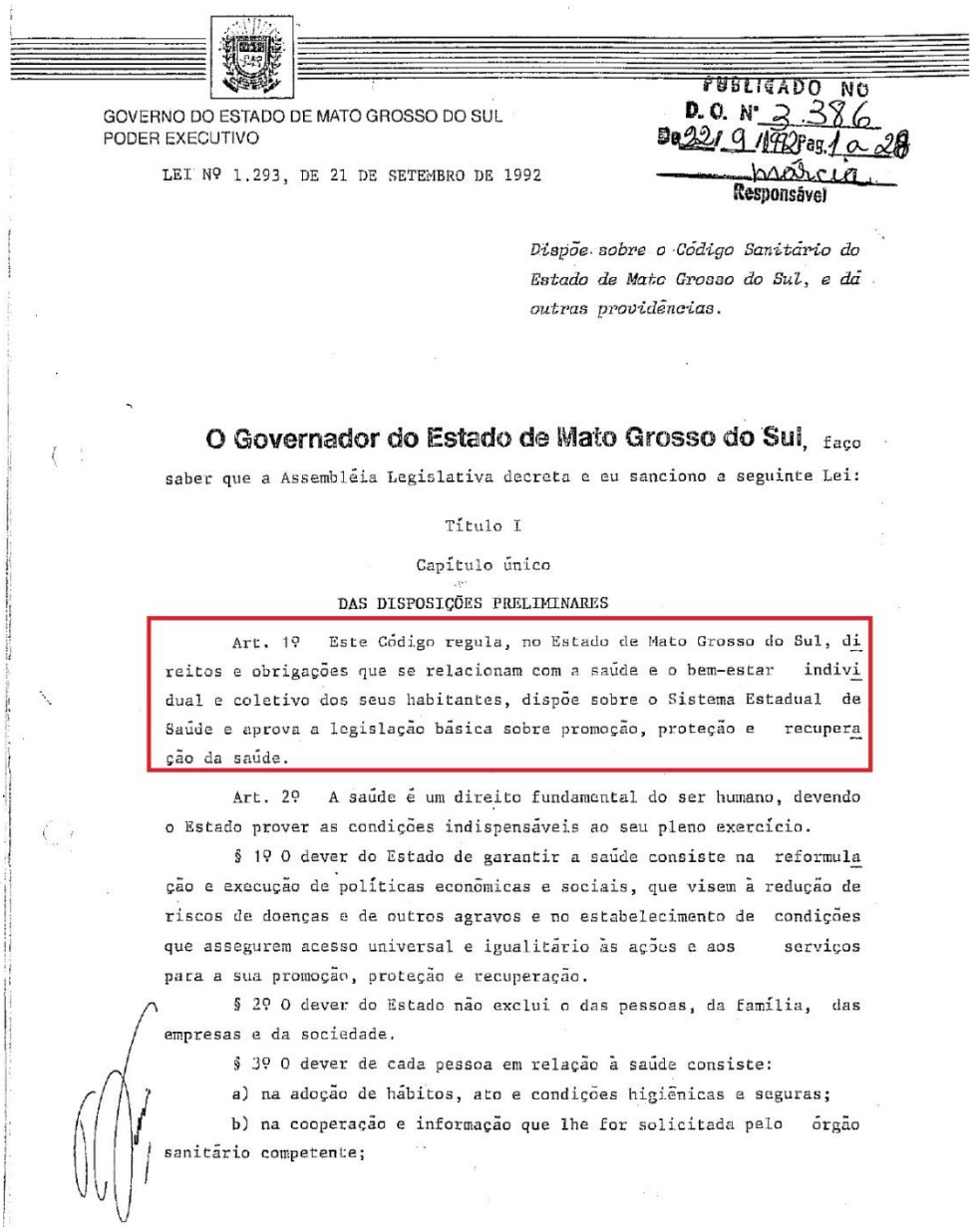
Nesse capítulo apresentamos a RAPS de Campo Grande divididas em sessões oriundas da análise do conteúdo das falas dos entrevistados correlacionando-as ao que temos de fontes textuais, sobretudo os documentos legais outrora mencionados. Assim, procuramos elucidar simetrias e contrastes entre as diretrizes da RAPS e o que nos contam as memórias de nossos participantes.

4.1 SAÚDE MENTAL NOS DOCUMENTOS LEGAIS EM MATO GROSSO DO SUL

Em nossa investigação, vimos que o termo Saúde Mental apareceu pela primeira vez nos registros legais de MS na década de 1990, respectivamente na Lei n.º 1.293, de 21 de setembro de 1992 (ver Figura 4). A referida legislação dispõe sobre o Código Sanitário do estado, descrevendo, no primeiro parágrafo, direitos e obrigações que se relacionam com a saúde e o bem-estar individual e coletivo da população sul-mato-grossense, dispondo sobre o Sistema Estadual da Saúde e aprovando a legislação básica referente a promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito estadual se respaldando nos princípios básicos do SUS, incluindo os serviços do setor público e do setor privado de saúde (Diário Oficial de MS, 1992).

Figura 4

Texto de Lei nº 1.293, de 21 de setembro de 1992



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PODER EXECUTIVO

PUBLICADO NO D. O. Nº 3.386 De 22/9/1992 Pag. 1 a 28
Responsável

LEI Nº 1.293, DE 21 DE SETEMBRO DE 1992

Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências.

O Governador do Estado de Mato Grosso do Sul, faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Título I

Capítulo único

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Código regula, no Estado de Mato Grosso do Sul, direitos e obrigações que se relacionam com a saúde e o bem-estar individual e coletivo dos seus habitantes, dispõe sobre o Sistema Estadual de Saúde e aprova a legislação básica sobre promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais, que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

§ 3º O dever de cada pessoa em relação à saúde consiste:

a) na adoção de hábitos, ato e condições higiênicas e seguras;

b) na cooperação e informação que lhe for solicitada pelo órgão sanitário competente;

Fonte. Diário oficial de Mato Grosso do Sul (1992). https://leisestaduais.com.br/MS/LEI-1293-1992-MATO-GROSSO-DO-SUL-MS.pdf.

Na Figura 4, vemos a primeira página da referida Lei, decretada pela Assembleia Legislativa, em setembro de 1992. No Artigo 10º do referido documento são apresentadas as áreas de abrangência dos planos de estaduais de saúde que incluem: (1) área de ação sobre o meio ambiente; (2) área de prestação de serviços de saúde à população referindo-se as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde que competidas pela medicina e

ciências correlatas; e (3) áreas de atividades de apoio referindo-se aos programas de caráter permanente onde inclui o planejamento das ações de saúde e a distribuição de produtos terapêuticos. Nessa conjuntura , entre as páginas 17 e 18, vemos a ocorrência do termo Saúde Mental, no capítulo V da sessão “Atenção à Saúde” sob o título “Da Atenção à Saúde Mental e da Assistência Psiquiátrica” (ver Figura 5).

O referido documento estabelece a incrementação e criação de novos serviços de Saúde Mental junto aos serviços de saúde geral em todos os municípios do estado, priorizando os modelos de atendimentos ambulatoriais e aos serviços de hospitalização de curta duração com o intuito de fortalecer a eficiência da assistência psiquiátrica no estado. Vale lembrar, como dito no capítulo precedente, havia apenas dois serviços especializados em Saúde Mental no estado, a saber: o Sanatório Mato Grosso – atualmente o hospital psiquiátrico Nosso Lar - e o Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia.

No decorrer dos artigos 35º ao 42º, são apresentadas as responsabilidades atribuídas à Secretaria de Saúde do Estado referente a Saúde Mental no âmbito estadual. Fica então sob a responsabilidade da aludida Secretaria a prevenção e tratamento dos transtornos mentais e reabilitação social dos pacientes, sendo essas responsabilidades efetuadas por intermédio da rede de serviços da própria secretaria ou por meio de convênios ou órgãos oficiais e particulares dos quais a secretaria pode contratar para atender esses serviços (Diário Oficial de MS, 1992).

Figura 5

Capítulo V da Sessão "Atenção à Saúde" da Lei nº 1.293, de 21 de setembro de 1992

CAPÍTULO V

DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E DA

ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Art. 35. A Secretaria de Estado de Saúde coordenará a execução das iniciativas no campo da saúde, visando a prevenção e tratamento dos transtornos mentais e reabilitação social dos pacientes, através de sua rede de serviços, ou regime de convênio ou contrato com órgãos e Entidades oficiais e particulares.

Art. 36. Serão efetuados e coordenados estudos epidemiológicos, visando conhecer a incidência, a prevalência, a distribuição das doenças mentais, a atuação dos fatores etiológicos e vulnerabilidade do organismo humano no campo da saúde mental.

Art. 37. A Secretaria de Estado de Saúde fará observar que, na formulação e execução de planos e programas a nível municipal, se tenham em conta os seguintes propósitos e objetivos:

I - utilização adequada de equipe multiprofissional, no campo da saúde mental, com vistas a obter melhor rendimento do trabalho de reintegração da pessoa na sociedade;

II - promoção de medidas de ação social, complementares do tratamento médico, de modo a favorecer a ressocialização da pessoa;

III - orientação e assistência psiquiátrica de modo a efetuar a plena utilização dos serviços comunitários;

IV - incrementação e criação de serviços de saúde mental integrados nos serviços gerais de saúde e promoção de medidas visando a participação da comunidade em torno dos mesmos;

V - enfatizar a necessidade de elevar progressivamente as disponibilidades ambulatoriais, de modo a dar prioridade a esta modalidade de atendimento e aos serviços de hospitalização de curta duração e de emergência, buscando aumentar a eficiência e a eficácia da assistência psiquiátrica no Estado.

VI - promover iniciativas de reabilitação que conduzam ao "emprego livre" e acesso aos "empregos protegidos" em condições favoráveis, de modo a permitir a reintegração das pessoas na sociedade em função dos quadros de comportamento por ela apresentados;

VII - criar ou incentivar entidades que visem à prestação de cuidados e egressos dos hospitais psiquiátricos e suas famílias, bem como aos dependentes de drogas e alcoolistas.

Art. 38. A internação de qualquer pessoa em estabelecimentos de saúde destinados ao tratamento de doenças mentais só poderá efetivar-se mediante prévia observação, comprovada por laudo médico, que caracterize a situação e indique a necessidade de contínua hospitalização.

Art. 39. É vedado às pessoas sem habilitação legal para o exercício da profissão, a prática de técnicas psicológicas, ou outro tipo com fundamento em processos não conhecidos cientificamente, capazes de influenciar o estado mental das pessoas ou da coletividade, ainda que sem finalidade ostensiva de proteção e recuperação da saúde.

Art. 40. É dever de toda pessoa física ou jurídica comunicar à autoridade sanitária, eclosão de epidemias de crendices, com poder de contágio capazes de induzir a psicoses coletivas.

§ 1º Recebida a comunicação, deverá a autoridade sanitária tomar as medidas cabíveis, conforme a natureza da ocorrência.

§ 2º Ficam os responsáveis por doentes portadores de doenças transmissíveis, obrigados a permitir e buscar o tratamento e/ou internação hospitalar, com vistas à proteção da saúde coletiva.

Art. 41. Cabe à Secretaria de Saúde, através dos serviços psiquiátricos, a assistência médica aos reclusos que apresentarem distúrbios, como também propor medidas preventivas na área de psiquiatria aos demais reclusos, sem prejuízo da custódia daqueles primeiros, pelo Poder Judiciário.

Art. 42. Cabe à Secretaria de Estado de Saúde realizar ações preventivas, curativas e de reabilitação, no campo da saúde mental, no que se refere aos menores sob a guarda da Fundação Estadual do Bem Estar do Menor.

Fonte. Diário oficial de Mato Grosso do Sul, 1991. https://leisestaduais.com.br/MS/LEI-1293-1992-MATO-GROSSO-DO-SUL-MS.pdf

Ainda no mesmo documento, em seu artigo 37º, lemos sobre os propósitos e objetivos para a execução de planos e programas para o cuidado em Saúde Mental em nível municipal. Em seu parágrafo I, descreve-se sobre a utilização adequada de equipe multiprofissional no campo da Saúde Mental dos municípios com o objetivo de melhorar o processo de reintegração social dos pacientes. Nos chama atenção essa proposta, visto que embora a Lei considera-se importante a equipe multiprofissional no processo de reintegração ela não descreve quais seriam esses profissionais e não menciona outras demandas a essa equipe multiprofissional. Novamente, vale lembrar que os primeiros cursos de graduação em Psicologia e Enfermagem de MS se estabeleceram respectivamente em 1975 e 1991. Portanto, desde a década de 1970, profissionais para atender a tais políticas públicas de saúde deveriam imigrar para a região, conforme esclareceu Mirada Sá (comunicação pessoal, 19 jun., 2017). Outras profissionais como psicólogos e odontólogos aparecem nesse documento apenas no Artigo 10º, no capítulo II, ao qual se refere aos "serviços de saúde em níveis de maior complexidade" exclusivamente para emissão de atestado para abono de faltas ao trabalho ou a escola em casos de doenças ou acidentes das quais os pacientes necessitassem de repouso. Esse cenário nos ajuda a entender, por exemplo, como os termos "médico" e "psiquiatria" aparecem como referência de profissionais e especialidade médica para diferentes processos ao longo do documento. Isso sugere, centralização do cuidado de Saúde Mental a essa área específica, i.e., observamos que o termo saúde mental aparece nesse primeiro documento associado aos serviços do médico e da assistência psiquiátrica (Diário Oficial de MS, 1992).

4.2 PORTARIAS DA RAPS EM CAMPO GRANDE

Em 2011, surgiu com a Lei nº 3088/2011, por meio da Secretaria do Ministério da Saúde, a institucionalização e regulamentação d da RAPS no âmbito do SUS como uma rede diversificada de atendimento psicológico com estratégias de desinstitucionalização e cuidado

de pessoas com necessidades de tratamento e cuidado em Saúde Mental. Após três anos da publicação da referida legislação, a Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, aprovou o primeiro Plano de Ação Regional da RAPS do estado. A Portaria SES/MS n.º 044 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial n.º 8.697, apresentava o Plano de Ação Regional, retratando os componentes da Rede e seus pontos de atenção, componentes saber: a Atenção Básica de Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Ver figura 6).

Figura 6

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Mato Grosso do Sul, 2014

Componentes	Pontos de atenção
Atenção Básica em Saúde	➢ Unidades Básicas de Saúde ➢ Núcleos de Apoio à Saúde da Família ➢ Consultórios na Rua ➢ Serviços do Componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório ➢ Centros de Convivência e Lazer
Atenção Psicossocial Estratégica	➢ Centros de Atenção Psicossocial, nas diversas modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	➢ SAMU ➢ Sala de Estabilização ➢ UPA 24h ➢ Portas Hospitalares de Atenção às Urgências/Pronto-Socorro ➢ Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	➢ Unidade de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil ➢ Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas)
Atenção Hospitalar	➢ Enfermaria Especializada em Hospital Geral ➢ Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégias de Desinstitucionalização	➢ Serviços Residenciais Terapêuticos ➢ Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	➢ Iniciativa de Geração de Renda e Trabalho ➢ Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte. Portaria SES/MS (2014, p.6). http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/PAR_MS_2014.pdf

Na Figura 7, vemos o Plano de Ação Regional da RAPS atualizado em 2019 que descreve os componentes da RAPS e os Pontos de Atenção que inclui a descrição das competências e das ações realizadas por esses pontos de atenção.

Figura 7

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Mato Grosso do Sul, 2014

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO	AÇÕES/COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	ESF/UBS	Acolhimento; Estratificação de risco; Ordenamento do Cuidado; Articulação da rede intra e intersetorial; Cadastramento, Vínculo; Responsabilidade pelos usuários de seu território; Garantia do cuidado e da resolubilidade da atenção para o usuário de baixo e médio risco; Compartilhamento com o CAPS do cuidado do usuário de alto risco; Educação em saúde; Atividades coletivas.
	NASF	Matriciamento; Atendimento multiprofissional; Compartilhamento do cuidado ao usuário de médio risco; Compartilhamento do cuidado ao usuário de alto risco - para municípios que não possuem CAPS; Educação permanente da atenção básica.
	eCR	Equipe itinerante que realizará: Acolhimento, Redução de danos, Busca ativa, Cadastramento, Identificação de riscos, Orientação, encaminhamentos e cuidados dos usuários de álcool, crack e outras drogas.
COMPONENTES	**PONTOS DE ATENÇÃO**	**AÇÕES/COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO**
Atenção Psicossocial Estratégica	CAPS	Acolhimento; Reabilitação psicossocial (reinserção social. assembleias, oficinas, atenção aos familiares, projeto de geração de renda, atividades em grupo ou coletivas, etc); Projeto terapêutico singular; Matriciamento; Compartilhamento com a AB do cuidado ao usuário de alto risco; Atenção às situações de crises; Hospitalidade noturna (CAPS III e ad III); Atendimento multiprofissional; Articulação das redes intra e intersetorial; Redução de danos Acompanhamento de SRT (caso tenha vinculado); Definição de acolhimento na UA e no serviço de atenção residencial (caso tenha estes serviços vinculados).
	AMENT	Ampliar o acesso à assistência em saúde mental com foco ambulatorial; Prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool/drogas; Constituir-se, preferencialmente, como referência regional; Trabalhar, de forma integrada, com outros pontos de atenção da RAPS e de outras redes do SUS; Estabelecer articulações com demais serviços do SUS e SUAS por forma a garantir direitos de cidadania e ação intersetorial.
COMPONENTES	**PONTOS DE ATENÇÃO**	**AÇÕES/COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO**
Atenção de Urgência e Emergência	UPA/SAMU/PA	Atendimento à crise; Classificação de Risco (clínico/psiquiátrico); Orientação aos familiares; Referenciar para continuidade do cuidado.
COMPONENTES	**PONTOS DE ATENÇÃO**	**AÇÕES/COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO**
Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA/UAI	Acolhimento definido pelo CAPS; Acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório; Moradia transitória com saída programada; Vinculação ao CAPS; Projeto Terapêutico Singular em conjunto com o CAPS; Atenção aos familiares; Articulação com a Rede Intersetorial visando a reinserção social, familiar e laboral.
COMPONENTES	**PONTOS DE ATENÇÃO**	**AÇÕES/COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO**
Atenção Hospitalar	HG	Atendimento aos usuários de médio e alto risco após esgotados os outros recursos terapêuticos; Atendimento à crise; Internamento de curta permanência; Atendimento às comorbidades clínicas; Remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico; Referenciar para a continuidade do cuidado; Orientação aos familiares.
	HP	Atendimento aos usuários de alto risco, após esgotados outros recursos terapêuticos; Atendimento à crise; Orientação aos familiares; Remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico; Referenciar para continuidade do cuidado; internamento de curta permanência (90 dias no máximo).
COMPONENTES	**PONTOS DE ATENÇÃO**	**AÇÕES/COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO**
Estratégias de Desinstitucionalização	SRT	Atendimento de egressos de HP de longa permanência e sem vínculo familiar; Moradia na comunidade; Reinserção social e reabilitação psicossocial; Vinculado ao CAPS.

Fonte. Portaria SES/MS (2014, p.6). http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/PAR_MS_2014.pdf

Ao analisarmos as Portarias da RAPS de Mato Grosso do Sul de 2014 e de 2019, notamos uma mudança na maneira dispositiva que as portarias apresentam os componentes da RAPS, ao incluir as ações e competências desses pontos. A **participante 1,** nos relata que quando iniciou o trabalho em Saúde Mental na Rede, em 2014, uma das maiores dificuldades enfrentadas era em relação a implantação da RAPS, à época. Declara: "a gente já tinha as portarias dos ministérios acontecendo, mas ainda em 2014 e 2015 a gente tinha bastante dificuldade em relação a implantação da RAPS" (Participante 1, comunicação pessoal, 13 abr, 2022). Acerca de tais dificuldades, ela continua:

> A gente tinha muita resistência tanto dos gestores dos municípios para implementar a RAPS quanto dos próprios profissionais, dos próprios psiquiatras que já trabalhavam na rede [...] tudo que a gente conversava era uma briga gigantesca. Todas as comissões que a gente participava era uma luta para convencer as pessoas de que a implementação dos serviços da RAPS era algo primordial, realmente foi bem difícil. (Participante 1, comunicação pessoal, 22 abr., 2022)

Assim, embora já existissem as portarias que norteavam o trabalho em Saúde Mental, ela nos relata que a rede lidava com resistência dos municípios por parte dos gestores em implementar os serviços da RAPS, assim como dos próprios funcionários que já trabalhavam na rede.

Nesse mesmo sentido, a **participante 1** relata que uma das estratégias adotadas para que os gestores e os funcionários pudessem aceitar e participar da implementação da RAPS e se adequar a esse novo modelo de atendimento nos municípios e no estado foi tentar melhorar o diálogo e as argumentações a respeito da RAPS e dos serviços que ela propunha. Nos dizeres da mesma: "em 2017 eu percebi que essa visão do modelo hospitalocêntrico foi mudando, foi melhorando um pouco. [...] acho que a gente foi tentando argumentar melhor, explicar melhor e mostrar como era primordial os serviços da RAPS" (Participante 1, comunicação pessoal, 22 abr., 2022).

Recorrendo ao Plano de Ação de 2019, observamos de maneira mais descritiva a finalidade e os objetivos da Rede, além de apresentar uma breve descrição histórica sobre a saúde mental assim como as leis que a norteiam:

> A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Consolidado Nº 3, Anexo V), tem como finalidade a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para atendimento das pessoas em sofrimento, com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas promovendo o acesso tanto dos pacientes quanto às famílias, garantindo a integração dos serviços no território. Norteada pela Lei Federal nº 10.216/2001, a rede objetiva acelerar e aprofundar a reorientação do modelo de atenção em saúde mental – historicamente centrado em instituições psiquiátricas hospitalares, na direção da construção de uma rede territorial e intersetorial, composta por equipamentos distintos e com funções específicas, que visam a garantia do cuidado em liberdade, respeitando as especificidades socioculturais e as singularidades. (SES/MS , 2014, p. 36).

Dessa maneira, embora a **participante 1** não nos traga os argumentos utilizados para "explicar melhor e mostrar como era primordial os serviços da RAPS", eles poderiam vir articulados à documentação referente ao estado. Portanto, exemplificar os equipamentos e suas funções, bem como, o perfil de usuários esperados no serviço.

O Plano de Ação de 2019, reafirma seu papel de responsabilidade com a sociedade e a Saúde Mental apresentando a RAPS como elemento primordial no que tange à saúde mental da população. Nessa perspectiva, um dos serviços seria o Ambulatório de Saúde Mental, que é considerado um ponto de atenção de nível intermediário, disponível para o atendimento psicoterápico de pessoas em sofrimento psíquico de todas as faixas etárias, tendo como foco o atendimento numa abordagem clínica articulando e complementando os serviços da Atenção Básica e os dos CAPS (Damous & Erlich, 2017).

Um estudo realizado pela prefeitura do Rio de Janeiro em 2016, traz uma reflexão sobre os Ambulatórios de Saúde Mental. O estudo aponta a desconformidade no que aparece na diretriz nacional proposta pela Portaria nº 3.088/2011 e a necessidade do cuidado em Saúde Mental nas grandes cidades, visto que o ambulatório não aparece na referida Portaria (Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, 2016). O ambulatório psiquiátrico, como era chamado no período que antecede à Reforma Psiquiátrica, era utilizado como uma possibilidade de tratamento hospitalar, i.e., como uma opção alternativa para o tratamento psiquiátrico que mantinha os mesmos princípios manicomiais (Cardozo & Monteiro, 2020). Com a Reforma constitui-se o entendimento da necessidade de uma construção de rede de assistência e saúde que fosse além dos hospitais psiquiátricos, buscando superar esse modelo hospitalocêntrico, médico - centrado e voltado para a remissão de sintomas (Cardozo & Monteiro, 2020; Damous & Erlich, 2017).

No MS, o Ambulatório de Saúde Mental apareceu no Plano de Ação de 2019 como um ponto de Atenção Psicossocial Estratégico cujo objetivo seria o de ampliar o acesso à assistência em saúde mental com foco ambulatorial (SESAU, 2019). Nesse sentido, o **participante 4** pontua:

> Aqui em Campo Grande tem uma coisa que não é previsto nas portarias, que seria a questão ambulatorial, né? Não deveria ter ambulatório de psiquiatria. Aqui a gente tem. Mas eu vejo isso com bons olhos. Não é ruim não, é legal que os pacientes tenham acompanhamento ambulatorial e aí só recorre à internação no CAPS ou hospital de regime intensivo se for necessário. (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022)

Por intermédio desse trecho observamos que, embora o Ambulatório não aparecesse nas portarias nacionais, em Campo Grande, ele vinha funcionado como uma possibilidade de atendimento complementar ao CAPS e às demais unidades de saúde. Essa característica vai ao encontro das ponderações de Cardozo e Monteiro (2020, p.32): “a discussão em torno do Ambulatório de Saúde Mental se faz extremamente necessária”, visto que, embora seja

observada a presença de ambulatórios de saúde mental no país, ao mesmo tempo, ele não está incluído na RAPS. Isso coincide, inclusive, com o fato de termos encontrado escassos estudos sobre tal dispositivo.

As Portarias da RAPS em MS (Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2014; 2019 e 2022) ainda apresentam os Pontos de Atenção já existentes no estado e nos municípios. Em Campo Grande, podemos observar um crescimento nesses pontos de atenção entre as Portarias publicadas em 2014 e 2022. A Portaria de 2014 apresenta sete Pontos de Atenção existentes na cidade, enquanto a última portaria, de 2022, anuncia cento e oitenta e sete Pontos de Atenção existentes no período de sua publicação, ou seja, um aumento de cento e oitenta Pontos de Atenção a mais referente a 2014 (ver Quadro 1).

Quadro 1

Comparativo dos pontos de atenção existentes em Campo Grande de 2014 e 2022

Pontos de Atenção Existentes em Campo Grande	
2014	*2022*
01 Estratégia Saúde da Família (ESF)	175 Estratégias Saúde da Família (ESF)
01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	01 CAPS AD IV
01 CAPS I	03 CAPS III
02 CAPS II	01 CAPS II
01 CAPS AD	01 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM) tipo III
01 CAPS III	01 Unidade de Acolhimento (UAA)
	01 Consultório na Rua (ECR) II
	03 Residências Terapêuticas (STR) II

Fonte. Elaboração a partir dos dados da Resolução nº 44/SES/MS (2014); e Resolução nº 73 CIB/SES (2022).

Além dos Pontos de Atenção existentes, os Planos de Ação da RAPS preveem a implantação de novos pontos de Atenção em Campo Grande, tanto no intuito de qualificar os

já existentes como implementar novos. O Plano de Ação de 2014 previa a implantação de novos oito Pontos de Atenção até o ano de 2015. Recorrendo ao Plano de Ação publicado em 2019 o número de Pontos foi muito maior do que previa o Plano de Ação de 2014, chegando ao número de 184 Pontos de Atenção existentes à época, prevendo a implantação de mais treze Pontos de Atenção entre novas implantações e qualificações de pontos já implantados até o ano de 2021, como podemos observar no quadro a seguir.

Quadro 2

Comparativo dos pontos de atenção existentes em Campo Grande de 2019 e 2021

Pontos de Atenção Existentes em Campo Grande	
2019	*Implantação até 2021*
72 Unidades Básica de Saúde (UBS)	02 CAPS AD III
12 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	01 CAPS AD IV (habilitar)
01 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT/EMAESM)	02 CAPS AD IV (qualificar)
01 CAPS AD IV	02 AMENT/EMAESM Tipo III
04 CAPS III	02 Residências Terapêuticas (STR) Tipo II
01 CAPS i	01 Residência Terapêutica (STR) Tipo II (habilitar)
01 Unidade de Acolhimento (UAA)	01 Residência Terapêutica (STR) Tipo II (habilitar)
01 Consultório na Rua (ECR) II	01 Residência Terapêutica (STR) Tipo II (habilitar)
01 Consultório na Rua (ECR) II e	01 CAPS III
01 Residência Terapêutica (STR)	01 Unidade de Acolhimento
	02 Consultório de Rua Tipo III (qualificar)

Fonte. Elaborado a parir dos dados retirados do Plano de Ação da Resolução n.º 131/CIB/SES, de 13 de dezembro de 2019.

Ao analisarmos os três Planos de Ação, percebemos o crescimento dos pontos de Atenção em Saúde Mental entre os anos de 2014 e 2019, inclusive superando substancialmente

a proposta prevista pelo Plano de Ação de 2014. Contudo, ao observarmos o Plano de Ação de 2022, percebemos que o referido plano não atendeu à proposta de implantação e qualificação de novos pontos de atenção proposto pelo Plano de Ação de 2019, aumentando apenas duas unidades. Por exemplo, em 2019 tínhamos quatro unidades de CAPS III com uma proposta de implantar mais duas novas unidades, contudo o que vemos a partir dos dados coletados na Resolução nº 73 CIB/SES de 2022 é que Campo Grande contava com apenas com três unidades de CAPS nessa mesma modalidade, ou seja, de acordo com os documentos não houve novas implantações e ainda ocorreu uma desqualificação de uma das unidades.

Ainda analisando o último Plano de Ação publicado em 2022, as UBS e os NASF não aparecem como pontos de Atenção em Saúde Mental, em contrapartida aparecem 170 de Estratégia Saúde da Família (ESF) que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, por meio de atendimentos prestados na unidade básica de saúde, no domicílio ou através da mobilização da comunidade.

4.3 A RAPS EM CAMPO GRANDE

Como vimos na sessão anterior, as Portarias da RAPS do estado do MS, referem-se exclusivamente aos Planos de Ação da Secretaria de Saúde Mental do Estado com enfoque na implantação de Pontos de Atenção da rede, i.e., não inclui informações referente às práticas e aos serviços realizados nos dispositivos da Rede. Para compreendermos como esse serviço foi desenvolvido recorremos as falas dos nossos entrevistados que nos contam sobre as demandas atendidas pela Rede e como esses serviços são disponibilizados atualmente.

De acordo com o Mistério da Saúde (2001), a RAPS é uma porta aberta para a entrada de pessoas com sofrimentos psíquicos e com necessidades decorrentes do uso de drogas, visando o atendimento integral e humanizado, com foco no acolhimento, acompanhamento contínuo e vinculação a rede de saúde mental. Ou seja, a RAPS é uma rede de acolhimento que

considera os sujeitos com toda sua complexidade e singularidade do contexto ao qual ele está inserido.

Em Campo Grande, essa Rede também funciona como porta de entrada e acolhimento de pessoas com sofrimento psíquico, conforme previsto pelos documentos legais. De acordo com nossos entrevistados, essa demanda vem de diferentes lugares, e.g., pacientes encaminhados de outros serviços para o CAPS porque precisam de uma vaga. Nessa direção, a **participante 3**: "tem os casos que vêm encaminhados também de outros serviços ou pela regulação, algum paciente que está internado em uma UPA e precisa de uma vaga" (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022). Há, também, pessoas com demanda específica e que necessitam do atendimento do Ambulatório de Saúde Mental: "dentro do ambulatório de Saúde Mental, tem o projeto de atendimento às tentativas de suicídio. Então as pessoas por exemplo que vão para a UPA, para o CRS por tentativa de suicídio, eles encaminham para o Ambulatório" (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022).

Embora o Ministério da Saúde descreve a RAPS como "uma porta aberta", o artigo 4º da Resolução nº 336/GM/MS (2002), que institui o CAPS e regulariza as modalidades desses dispositivos, estabelece que o CAPS de modalidade III deve "possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local". Além dos pacientes referenciados, de acordo com nossos entrevistados o CAPS III de Campo Grande trabalha no formato "portas abertas", em que qualquer pessoa em estado de sofrimento psíquico pode ir até a instituição e receber atendimento. O **participante 4** nos diz que a maioria das demandas atendidas atualmente pelos CAPS são demandas espontâneas. Em suas palavras: "tem bastante demanda espontânea para o CAPS, até porque muita gente tem vínculo já com o CAPS, então se alguma coisa acontece, volta lá no CAPS. Às vezes vem do UPA, mas trabalhamos com muitas demandas espontâneas"

(Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022). Assim, como observamos na fala dos participantes as demandas no CAPS e do Ambulatório acontecem pelas duas vias, tanto pelo encaminhamento de outras unidades de serviço como o UPA e o CRS, como por demandas espontâneas em que as pessoas buscam diretamente o atendimento nessas instituições.

Ao longo dos anos, os CAPS foram se conformando como dispositivos estratégicos na RAPS e na solidificação da prática de atendimento ao usuário junto a sua família e comunidade, em substituição ao atendimento à base da internação em instituições psiquiátrica, por serem dispositivos de cuidado intensivo, comunitário e promotores de saúde e de vida (Jafelice & Marcolan, 2018). De acordo com Conceição et al. (2018), o CAPS III, em que os participantes dessa pesquisa relatam boa parte de suas experiências, são unidades de referência para usuários portadores de transtornos mentais graves no momento de sofrimento e crise psicológica. Sobre ele a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088/2011 institui que atenda pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Ao analisar as pessoas que buscam atendimento nesta modalidade de dispositivo, o **participante 4** descreve:

> No CAPS é previsto que seja os pacientes mais graves. Mais graves, aqueles piores. Aí inclui todos os quadros psicóticos delirantes.... Repetindo, casos graves. Aqueles sem controle ou de difícil controle, ou de sintomas muito perigosos, sintomas muito berrantes ou aberrantes… e também aqueles pacientes com maior risco de vida. Por exemplo, depressões com risco de ideação e planejamento suicida, histórico anterior de tentativa de suicídio. Esses são os pacientes que são indicados para acompanhar no CAPS. Na prática, está funcionando. Os pacientes que estão no CAPS, a grande maioria são pacientes que deveriam estar lá (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022).

Nesse mesmo sentindo, a **participante 3** relata que a maioria dos pacientes que buscam atendimentos no CAPS podem ser definidos como casos graves, em suas próprias palavras:

“Predominantemente psicoses. A maioria dos pacientes quando eu entrei no CAPS III eram esquizofrênicos ou bipolares. Depois a gente passou a acolher uma demanda de depressão grave e começaram a aparecer muitos transtornos de personalidade *borderline* também” (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022).

Além dos pacientes com transtornos graves que buscam atendimentos, seja por encaminhamento de outras unidades de saúde seja por demandas espontâneas, algumas pessoas buscam o CAPS como uma rede de Apoio. O **participante 4** relata: “[...] às vezes o paciente vem buscar só apoio. Às vezes é isso que ele precisa. Briga familiar que precisa de um apoio na unidade. Às vezes tem a unidade como um ponto de apoio mesmo” (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022). Nesses casos em que a pessoa busca apenas o acolhimento, ela é recepcionada pelos profissionais de acolhimento e voltam sem um acompanhamento intensivo ou tratamento medicamentoso. O **participante 4** continua: “Às vezes tem a unidade como um ponto de apoio mesmo. Quem está ali faz o acolhimento, não precisa de consulta médica, de medicamentos, então manda de volta para unidade ou pra casa, etc.” (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022).

A partir das memórias e documentos legais consultados, notamos que o CAPS e, particularmente o CAPS III se conforma como dispositivo de referência nos atendimentos em Campo Grande. Para compreender a predomínio desse dispositivo no cuidado em saúde mental do município, recorremos a fala da **participante 2** que, ao abordar sobre o desenvolvimento da Rede na cidade, atribui como marco principal a modificação dos CAPS. Em suas palavras:

> Acho que o marco principal no desenvolvimento da Rede foi as modificações de todos os CAPS virando CAPS III, a Rede passou a ter que se preparar com a responsabilidade de ter que cuidar dos casos graves sem poder simplesmente sair encaminhando para o hospital, eu acho que isso fez uma modificação importante na cara da rede, acho que essa foi a alteração principal. (Participante 2, comunicação pessoal, 22 abr., 2022)

Ao analisarmos o relato, ponderamos que a modificação dos CAPS para CAPS III funcionaria como dispositivos estratégicos para a desistitucionalização dos usuários dos hospitais psiquiátricos, i.e., o CAPS III cumpriria o papel de produzir uma nova organização, substitutiva aos hospitais psiquiátricos, rompendo nesse sentido com o modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde mental, como preconizam os documentos legais.

Para continuar entendendo sobre centralização do CAPS III, retomamos a fala da **participante 3** que já trabalhou no CAPS I e II, e estava presente no período dessas modificações quando essas unidades se transformam em CAPS III. A partir de tal experiência, ele nos diz: "antes da modificação para o CAPS III nós tínhamos a mesma carta de serviços de quando era CAPS I ou CAPS II, mas com o diferencial do abrigamento e internação" (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022).

Nesse sentido, a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece o CAPS e regulariza as modalidades desses dispositivos, prevê que todas as modalidades dos CAPS cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, particularizando apenas por algumas características sendo uma delas o CAPS III e o CAPS Ad III em formato de atendimento 24 horas e a internação de pacientes com necessidade intensiva de atendimento.

A Portaria da RAPS de MS, mediante seus Planos de Ação entre os anos de 2014 e 2022, apresenta uma modificação na configuração dos Pontos de Atenção da rede em Campo Grande (SES/MS, 2014; 2019 e 2022) refletindo nas demandas atendidas pelos pontos de atenção da rede. Nesse sentido, a **participante 2** nos diz:

> ... acho que a demanda do CAPS, teve uma mudança importante nos últimos sete anos, oito anos. À medida que vamos transformando os CAPS em CAPS III, vamos redirecionando esses pacientes neuróticos, com transtorno mental leve a moderado para se tratar na Atenção Básica ou no ambulatório e não apenas no CAPS… o CAPS antes fazia atendimento de pacientes com transtorno mental leve, e hoje, prioritariamente,

> trata pacientes com transtorno mental grave como propõe a RAPS. (Participante 2, comunicação pessoal, 22 abr., 2022)

Ao analisarmos a fala dos participantes, observamos que essas modificações contribuem para a ampliação da rede, sendo esses um dos princípios básicos da RAPS que, além da criação da rede, também tem o objetivo de ampliar e articular os Pontos de Atenção para o atendimento de pessoas em sofrimento.

De acordo com a Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro (2016), o Ambulatório de Saúde Mental atende pessoas em estado de sofrimento psíquico e que necessitam de atendimento especializado de média complexidade em saúde mental. No que se refere aos usuários atendidos no Ambulatório de Campo Grande, a **participante 3** descreve: "a gente tem uma demanda que é atendida ali no ambulatório de Saúde Mental onde eu estou de leve a moderada" (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022). De acordo com ela, os casos mais comuns são ansiedade e depressão, além de tentativas de suicídio decorrente do transtorno de personalidade *borderline*. Ainda em suas palavras: "No [Ambulatório], predominantemente depressão e ansiedade, e os transtornos de personalidade *borderline* tem bastante também. E tentativa de suicídio que na sua grande maioria é por pacientes com o transtorno de personalidade *borderline*" (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022).

A Portaria da RAPS de MS, descreve o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) como um ponto de ação da rede que propõe moradia para usuários com transtornos mentais graves com histórico de internações psiquiátricas prolongadas ou em situação de rua e/ou hospitais de custódia (SES/MS, 2014; 2019; 2022). As residências terapêuticas são pilares da Reforma Psiquiátrica e funcionam como residência nos centros urbanos com cuidadores de nível médio. A princípio, ela foi estratégia central na desinstitucionalização dos grandes hospitais psiquiátricos, removendo as pessoas dos hospitais psiquiátricos em uma casa com um trabalho de ressocialização. Em Campo Grande, de acordo com a portaria da RAPS de 2022, o SRT

conta três unidades instaladas e com a previsão de mais duas novas instalações ainda em 2022 (SES/MS, 2022).

Nesse sentido, a **participante 2**, que atuou na implementação das residências terapêuticas de Campo Grande, nos diz: “esse modelo de assistência é o principal recurso de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica. Eu diria também que é o que sustenta não se formarem novos hospícios e diminui o número de pessoas abandonadas nas ruas” (Participante 02, comunicação pessoal, 22 abr., 2022). No que se refere aos moradores das Residências Terapêuticas (RTs) de Campo Grande, a mesma nos conta que: “nas residências terapêuticas estão os pacientes que vieram dos hospitais psiquiátricos” (Participante 02, comunicação pessoal, 22 abr., 2022). Além dos pacientes que já vieram dos hospitais psiquiátricos, ela ainda relata que:

> Tem pacientes que pela própria fragilidade social que às vezes vem com o adoecimento, e às vezes vem da fragilidade do adoecimento, em algum momento já não tem suporte nenhum e apostar na residência terapêutica é a possibilidade desse suporte para pacientes psicóticos graves. Por exemplo o paciente neurótico muito grave… com histórico de internação, de abandono, de tudo isso (Participante 2, comunicação pessoal, 22 abr., 2022).

Assim, ao analisarmos a fala dos nossos entrevistados, a partir das suas experiências nesses pontos de atenção da RAPS, observamos que em Campo Grande os locais de atuação mencionados – CAPS III, Ambulatório de Saúde Mental e STR –, tem atendido os usuários que as portarias mencionadas e o Ministério da Saúde prevê dentro da proposta da RAPS e do cuidado em Saúde Mental.

E no que se refere aos serviços oferecidos pelos dispositivos da RAPS, nos atentaremos aos três dispositivos apresentados pelos participantes, a saber: (1) Ambulatório de Saúde Mental; (2) CAPS III e (3) Residências Terapêuticas (SRT). O Ambulatório de Saúde Mental

de Campo Grande oferece atendimento de segunda a sexta-feira das 08h às 17h, mediante agendamento prévio. Para o agendamento dos atendimentos a SESAU disponibiliza em seus contatos eletrônicos, o endereço do ambulatório e o telefone para contato. Ainda de acordo com a SESAU, atualmente a cidade conta apenas uma unidade de Ambulatório de Saúde Mental instalada no município. Na Figura 8, observamos o espaço de recepção do ambulatório de Campo Grande.

Figura 8

Ambulatório de Saúde Mental de Campo Grande, 2019

Fonte: Agência Municipal de Notícias de Campo Grande (2019). https://www.campogrande.ms.gov.br/cgnoticias/noticias/servidores-do-ambulatorio-de-saude-mental-sao-beneficiados-com-jornada-de-30-horas-semanais/

Embora o Ambulatório seja um lugar de livre acesso para a comunidade, seu funcionamento depende das disponibilidades de vagas na lista de espera para os atendimentos, podendo ocorrer um tempo de espera em relação ao horário de funcionalidade da unidade e das demandas atendidas. Sobre o agendamento, a **participante 3** nos diz: “no laboratório a gente tem uma agenda com horários marcados, número x de atendimentos por dia, por período”

(Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022). Ainda sobre o tempo de espera, ela nos relata que varia entre as especialidades de atendimento: “hoje temos uma lista de espera em média de dois meses para a psicoterapia e uma ou duas semanas para consultas psiquiátricas” (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022).

O Ambulatório de Campo Grande oferece atendimentos de psicoterapia individual com profissionais da Psicologia respeitando um número específico na quantidade de sessões realizadas com cada paciente, considerando a necessidade e o fluxo da lista de espera. Embora esse modelo de atendimento invista um maior tempo de cuidado ao paciente, a **participante 3** nos diz:

> O tempo de psicoterapia individual é pouquíssimo, quando você começa a criar vínculo, ainda mais com o paciente que tem um perfil mais desconfiado, que tem problema de confiança, quando você começa a criar um vínculo a pessoa já tem que ir, com dois meses ela precisa deixar o serviço”. (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022)

Além da psicoterapia individual, o Ambulatório oferece consultas e acompanhamentos com psiquiatras, assistentes sociais e conta com uma equipe de Enfermagem (SES/MS, 2019). Nesse sentido, a **participante 3** nos relata “no Ambulatório a gente oferece consulta com psiquiatra para avaliação, prescrição e acompanhamento, psicoterapia com psicólogas e tem a parte do serviço social e da enfermagem que fazem orientações e acolhimento dos pacientes” (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022).

Entre os serviços oferecidos, o Ambulatório tem um projeto de atendimento específico para pessoas com tentativas de suicídio. De acordo com a **participante 3**: “dentro do Ambulatório de Saúde Mental, tem o projeto de atendimento às tentativas de suicídio, que é um projeto muito importante em que oferecemos acolhimento e suporte psicossocial para pessoas que tentam ou já tentaram suicídio” (Participante 03, comunicação pessoal, 10 mai., 2022). Ao

analisarmos as falas desta participante, vemos que a função do Ambulatório de Saúde Mental se articula dentro da rede oferecendo tratamento psicoterápico a curto prazo dentro de um viés clínico sobretudo no qual o paciente está no centro do cuidado.

No que se refere aos serviços oferecidos pelo CAPS, de acordo com a Resolução de n.º 044 da Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, publicada em 05 de maio de 2022, Campo Grande possui três unidades de CAPS na modalidade III. A Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que institui a RAPS, estabelece que esta modalidade de CAPS deve proporcionar:

> ... serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios com população acima de 200 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2011, n/p).

Nessa direção, nas palavras do **participante 4**: “Os CAPS III têm funcionamento contínuo 24 horas por dia, não param nem mesmo nos feriados ou nos finais de semanas até porque temos os pacientes que estão em situação de internação sendo acompanhados” (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022).

Ao falar sobre o funcionamento do CAPS o **participante 4**, nos conta que um dos serviços oferecidos no CAPS III é a internação “no CAPS onde trabalho que é o CAPS III quando o paciente apresenta um grande grau de comprometimento psíquico muito grande, ele precisa de atendimento intensivo e nesses casos acontecem as internações” (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022). Nesse mesmo sentido, a **participante 3** nos conta que quando iniciou seu trabalho na rede de saúde mental o CAPS onde ela trabalhava ainda era CAPS II e só depois que foi qualificado como CAPS III. Em suas palavras: “quando eu comecei em 2014 no CAPS, ainda era CAPS II quando se transformou em CAPS III aí passou a ter

internação, aí a gente passou a ter o serviço de abrigamento e internação" (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022).

Ao falar sobre os serviços oferecidos no CAPS, ainda na modalidade II, ela descreve: "Antes disso a gente fazia o cuidado apenas durante o dia, que era ambulatorial, tinham as oficinas terapêuticas, tinha um ou outro atendimento individual, mas não psicoterapia, no sentido de acolhimento, de escuta, de orientação mesmo" (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022). Com a mudança na qualificação do dispositivo, ela recorda que os serviços na unidade continuaram sendo o mesmo com o diferencial de internação. Ela continua: "antes da modificação para o CAPS III nós tínhamos a mesma carta de serviços de quando era CAPS I ou CAPS II, mas com o diferencial do abrigamento e internação" (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022).

O acolhimento noturno e o a permanência nos finais de semana nos CAPS possibilitam um melhor acompanhamento do paciente em estado grave de comprometimento psíquico como nos relata a **participante 3**:

> ... na internação a gente tinha a oportunidade de ver esses pacientes dentro de um dia inteiro, era possível ver a variação de humor, se a família visitava ou não, o quanto isso era importante para ele ou não, os vínculos que eram estabelecidos. Eu diria que intensificou essa percepção do paciente como um todo (Participante 03, comunicação pessoal, 10 mai., 2022).

O acolhimento intensivo nos CAPS III é considerado com um dos recursos terapêuticos no atendimento e acompanhamento do paciente em situações de grave comprometimento psíquico, com o objetivo de oferecer um cuidado integral aos pacientes, evitando possíveis internações psiquiátricas (Ministério da Saúde, 2005). Uma das diferenças no modelo de internação no CAPS, ou seja, o acolhimento noturno com relação os hospitais psiquiátricos é o tempo de permanência desse acolhimento. De acordo com o Ministério da Saúde (2005), o tempo de

permanência é de no máximo “sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de trinta dias”.

No que se refere ao tempo de permanência dos pacientes no CAPS onde o **participante 4** trabalha, ele nos diz:

> Tem paciente que está internado lá há bastante tempo. Ele antes não era agressivo e agora, de vez em quando, sai da casinha. E isso está relacionado a quê? Está relacionado também à institucionalização. O cara tá lá há muito tempo. O cara está ficando institucionalizado. (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022)

Ao analisar a fala do **participante 4**, nos chama atenção o contraste no que preconiza a RAPS que foi instituída como uma estratégia de desinstitucionalização e a prática de internação atualmente no CAPS em Campo Grande. De acordo com a Portaria da RAPS (2011), as Estratégias de Desinstitucionalização são pontos de atenção formado por iniciativas visando garantir às pessoas com sofrimentos psíquicos e decorrentes de drogas o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas de internação de longa permanência, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Ainda sobre o tempo de permanência dos pacientes no CAPS, a Portaria Nº 336/GM/MS do CAPS (2002) define que “a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias”, pontuando ainda que o acolhimento noturno nos CAPS III é proposto para eventual repouso e/ou observação. De acordo com a mesma Portaria, os serviços oferecidos pelo CAPS III também incluem: atendimento individual (psicoterápico, medicamentoso, orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia de grupo, grupo operativo, atividades de suporte social, etc.); oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente com transtornos mentais na

comunidade e sua inserção familiar e social; refeição diária para os pacientes assistidos nos CAPS considerando o número de refeições pelo tempo de permanência do paciente dentro da instituição.

Vale lembrar que a modalidade de internação dos CAPS, a partir dos princípios da RAPS, se diferencia dos hospitais psiquiátricos devido, entre outros, ao tempo de permanência. Mais especificamente, de acordo com a Portaria n.º 336/GM/MS do CAPS (2002), a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a sete dias corridos ou até dez dias intercalados em um período de trinta dias, pontuando ainda que o acolhimento noturno nos CAPS III é proposto para eventual repouso e/ou observação. Diante do exposto, nos chama atenção o relato do **participante 4** sobre o tempo de permanência e o potencial comportamento do usuário. Sobre este segundo tópico, ele acrescenta:

> Aí corrige-se a ação do paciente agressivo com contenção para educá-lo. E quando a gente vai fazendo isso o paciente vai ficando cada vez mais institucional. Daqui a pouco ele não fica sem contenção e não existe contenção em casa. Ele vai ter que ficar na instituição pra sempre. (Participante 4, comunicação pessoal 11 mai., 2022)

A contenção é um recurso utilizado para manejo do paciente a fim para garantir a sua segurança e a segurança de terceiros em casos de pacientes em surtos ou crises podendo ser realizadas em três formatos, a saber: (1) a contenção química por meio dos medicamentos; (2) a contenção mecânica onde o paciente é amarrado com faixas ou lençol; e (3) contenção física por meio da equipe (Mantovani et al., 2013). Como uma estratégia de segurança do paciente a contenção deve acontecer seguindo protocolos que garantem a segurança e a respeitando a dignidade do paciente. Essas práticas nos remetem ao modelo manicomial de tratamento as pessoas em estado de sofrimento psíquico e fere os paradigmas da reforma psiquiátrica indo contra os princípios que preconiza a RAPS. Entretanto, novos estudos precisam se debruçar sobre o *modus operandi* de funcionamento dos dispositivos de Saúde Mental e, particularmente, dos CAPS III.

No que se refere aos atendimentos individuais nos CAPS em Campo Grande, os atendimentos psicoterapêuticos individuais têm sido escassos devido à grande demanda de pacientes e a falta de recursos para atendê-los como prevê a legislação vigente. Sobre essas condições, a **participante 3** nos fala: “são poucos psicólogos na Rede. Antes a gente até fazia psicoterapia, depois a gente se negou a fazer psicoterapia porque não tinha perna pra isso, não tem psicólogos suficientes, não tinha agenda para você fazer psicoterapia" (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022). Além da dificuldade em atender os pacientes individualmente dentro de um processo psicoterapêutico, a mesma participante relata a angústia com a falta de medicamentos que afetam o tratamento medicamentoso do paciente. Em suas palavras:

> existe muita falta de medicação, acho que é importante falar isso, porque por exemplo o médico iniciou o tratamento com lítio para um paciente com transtorno afetivo bipolar, que é pra regular o humor. Aí ajusta a medicação ‘ah tá tomando isso, isso e isso, beleza tá ótimo, vamos manter’, aí acaba a medicação na Rede, e precisava trocar para um Ácido Valpróico ou algum outro que não tem a mesma eficácia naquele conjunto de medicações que a pessoa toma. Aí bagunça tudo, é como se tivesse começando do zero e o mais angustiante que é o paciente entrando em crise. (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022)

No que se refere aos pacientes que realizam tratamento com uso de medicamentos, a Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001 regulamenta as medicações de dispensação excepcional como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS. A vista disso, a Portaria do CAPS (2002), estabelece que o gestor local deverá realizar o cadastramento dos pacientes que fazem tratamento com medicamentos essenciais para a saúde mental e manter atualizado o cadastramento desses pacientes.

Além da falta de medicamentos, a **participante 3** relembra a falta das refeições das quais a lei propõe dentro do serviço do CAPS para os pacientes que estão sendo assistidos. Como vimos anteriormente, o documento da CAPS estabelece que os pacientes que estão sendo assistidos dentro do CAPS recebam refeições de acordo com o seu tempo de permanência na instituição, sendo essas uma refeição diária para os pacientes assistidos em um único turno (04 horas); duas refeições diárias para os pacientes assistidos em dois turnos (8 horas), ou seja, uma refeição em cada turno e quatro refeições diárias para os pacientes que permanecerem no serviço durante 24 horas. Na fala da participante:

> a gente fazia por mês, cada uma dava cinquenta, sessenta reais de vaquinha para comprar lanche pros pacientes, porque tinha época que não tinha licitação, e aí a gente não tinha coragem de deixar. Porque daí a gente fazia reunião e era falado 'ah, a gente tem que deixar a coisa pipocar, para eles fazerem ouvidoria, para os governantes verem que está faltando, e aí suprir'. Mas quem que tinha coragem de deixar uma pessoa que às vezes só comia ali no CAPS, não tinha nem comida em casa, que coragem que a gente tinha de deixá-los sem comer? Nenhuma! "É muito difícil, é muito pesado, a gente se sente muito sozinho ali, em termos de não ter respaldo de gestão, sabe? Da gestão mesmo investir ali (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022).

Esses relatos nos levam a refletir sobre o comprometimento que os gestores políticos de ordem municipal, estadual e federal para além dos gestores locais têm tido com a Saúde Mental da população.

Para além dessas dificuldades encontradas nos serviços oferecidos ao atendimento individual no CAPS, os participantes nos relatam que outros serviços têm sido ofertados nos CAPS de Campo Grande, como os atendimentos em grupo, acolhimento, orientações, atividades comunitárias enfocando a integração do paciente com transtornos mentais na comunidade e sua inserção familiar e social. Entre esses serviços, o **participante 4** nos conta

que o acolhimento é um serviço realizado com êxito no CAPS, em suas palavras: “o paciente que chega ao CAPS recebe o acolhimento, esse acolhimento é feito pelo profissional que tiver ali como o enfermeiro, o assistente social, o psicólogo. Esse acolhimento é feito como deve ser feito mesmo, muito bem feito (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022). Sobre a forma como esse acolhimento é realizado ele nos descreve:

> sempre que o paciente chega é feito o acolhimento… o profissional abre uma ficha de acolhimento que é um protocolo específico de acolhimento e faz a escuta qualificada. A ficha tem determinadas coisas que devem ser perguntadas, e aí esse profissional faz uma avaliação do que o paciente necessita. Nem sempre o paciente precisa de um atendimento específico em saúde mental, então se o que ele precisa pode ser atendido por UBS ou UPA ele é encaminhado, ele é indicado a tal lugar. Se não, esse paciente é encaminhado para o atendimento médico do CAPS que faz a prescrição de medicamentos ou encaminha para os atendimentos em grupos, etc. (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022).

Embora os atendimentos psicoterapêuticos individuais encontrem dificuldades em serem realizados, os grupos terapêuticos têm sido um serviço de maior referência dentro dos CAPS de Campo Grande. De acordo com os documentos legais, a Resolução n.º 3088 (2011), prioriza as atividades em grupo propondo que as atividades no CAPS devem ser realizadas em espaços coletivos como grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes com o intuito de promover a reabilitação

A **participante 3** nos diz que esse serviço é um grande diferencial uma vez que consegue alcançar um número maior de pessoas, em suas palavras:

> Os grupos são muito bons, a gente consegue fazer um trabalho terapêutico com os pacientes mesmo que não sejam individuais, todos são atendido e funcionam muito bem,

> os pacientes participam, eles trazem relatos que tem funcionado pra eles e a gente percebe que funciona mesmo. (Participante 3, comunicação pessoal, 10 mai., 2022)

Ao considerarmos a dificuldade nos atendimentos psicoterapêuticos individuais, os grupos terapêuticos ainda que cumpram papeis diferentes no tratamento se tornaram uma ferramenta de alcance para as pessoas que precisam de atendimento psicoterapêutico.

Nesse mesmo sentido, o **participante 4** descreve a importância dos grupos terapêuticos e relata como esse serviço foi afetado no período de pandemia causada pela Covid-19:

> os grupos é o que mais funciona dentro do CAPS, muitas pessoas, muitas pessoas mesmo chegam ao CAPS e são atendidas dentro dos grupos, isso foi muito difícil durante a pandemia porque elas ficaram sozinhas, sem nenhum apoio. Elas queriam vir de todo jeito porque muitas dessas pessoas era o único lugar que ela tinha de acolhimento pro seu sofrimento mental e depois que os grupos foram voltando a gente percebe que muitas delas nem voltaram, a gente se preocupa porque não sabe como elas lidaram com isso. (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022)

A Pandemia de Covid-19 se espalhou rapidamente pelo mundo, se tornando um dos maiores problemas de saúde mundial das últimas décadas. No âmbito da prevenção em saúde e combate ao vírus algumas medidas foram tomadas de cunho social como o uso de máscaras, a higienização e o distanciamento físico, resultando nos afastamentos dos grupos e no isolamento social. Assim, as fontes indicam que os CAPS também sofreram os impactos da Pandemia e o isolamento social, visto que alguns serviços precisaram ser suspensos como os grupos terapêuticos.

Outro serviço do CAPS III é o Terapeuta de Referência (TR), um profissional do CAPS que fica responsável por acompanhar o usuário em seu projeto terapêutico que inclui, por exemplo, a definição e a escolha de atividades que o usuário deve realizar. Ademais, ele é responsável por acompanhar sua frequência de participação dentro do serviço da CAPS - como

as consultas e os grupos terapêuticos - e promover o diálogo entre o usuário e a equipe da unidade (Ministério da Saúde, 2004). Segundo o **participante 4**, esse serviço também acontece em Campo Grande, em suas palavras: “existe um funcionamento no CAPS que chama profissional de referência. Os pacientes que já fazem acompanhamento no CAPS, aqueles em acompanhamento ativo, eles têm um profissional que é tipo ligação dele com a unidade” (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022).

Todo o trabalho desenvolvido pelo CAPS tem uma finalidade terapêutica, dentro dessa mesma finalidade é que surge o serviço de TR, para que esse trabalho seja efetivo é importante que seja criado um vínculo entre o usuário e o profissional de referência, visto que esse profissional é o elo entre o usuário e a assistência. Ainda nessa direção, o **participante 4** descreve essa relação: “toda vez que algo acontece, esses pacientes ligam para esse profissional, eles têm um contato direto com esse profissional. Se ele precisa de ajuda ele procura esse profissional. Se ele vai na unidade, ele geralmente procura esse profissional na unidade” (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022). O vínculo estabelecido entre o TR e o paciente pode contribuir numa melhor adesão ao tratamento, uma vez que esse paciente se sinta acolhido dentro desses espaços.

A respeito dos SRT, a RAPS os define como pontos de atenção na RAPS de caráter transitório que oferece serviço de Saúde Mental residencial contínuo, sendo considerado transitório, pois estabelece um período de até nove meses para pacientes adultos com necessidades de cuidado clínico estável e decorrentes do uso de drogas (Resolução nº 3.088, 2011). A RT de caráter transitório foi instituída pelo Ministério da Saúde em 11 de fevereiro de 2000, por meio da Portaria n.º 106, visando a “necessidade de da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do SUS” propondo como estratégia a reintegração social do usuário.

Em Campo Grande, atualmente contamos com quatro unidades de SRT. No último Plano de Ação publicado em 2022, constavam apenas três unidades de SRT com o plano de implantação de mais duas novas unidades até 2022. Das duas unidades propostas, uma delas foi inaugurada em 23 de agosto de 2022 e noticiado pelos veículos midiáticos de Campo Grande e do estado como o jornal "O Estado de Mato Grosso do Sul" e no site da Prefeitura Municipal se tornando a quarta SRT de Campo Grande. No discurso de inauguração a prefeita da cidade Adriane Lopes, destacou que em 2017 Campo Grande tinha apenas uma SRT, já em 2022 são quatro unidades.

De acordo com a **participante 2**, essas unidades se encaixam e estão de acordo como é previsto pela lei. Sobre os serviços oferecidos ela nos fala:

> a ideia das residências é tirar os pacientes que estão muito tempo asilados e começar a assisti-los em um ambiente comum, por isso as residências. Nas residências os pacientes ficam na companhia de uma equipe técnica que são cuidadores e são acompanhados pela equipe do CAPS III que dão o suporte de assistência terapêutica necessária. Para cada morador é estabelecido um plano terapêutico de acordo com a necessidade de cada um. (Participante 2, comunicação pessoal, 22 abr., 2022)

Ao analisarmos as fontes textuais e orais consultadas, nos chamam atenção o fato de que nenhuma outra informação foi encontrada sobre o SRT e as RTs para além daquilo que a **participante 2** e os documentos legais nos contam. O que difere das outras instituições aqui mencionadas, como o Ambulatório de Saúde Mental e os CAPS, que tem, por exemplo, informações públicas disponíveis. Ao perguntarmos à **participante 2** sobre o funcionamento das RTS, ela se atém as informações gerais sobre a proposta desses dispositivos. Ao refletirmos sobre esse ponto, pensamos que um dos motivos possa estar relacionado a preservação e o cuidado dessas informações de maneira que não afetam os usuários desses dispositivos.

O **participante 4** nos conta que nos últimos anos, entre os anos de 2018 e 2022 (ano em que ocorreu a entrevista), houve um descaso da parte dos gestores de ordem política com os tratamentos de pessoas com sofrimento psíquico, em suas palavras: estávamos indo até bem, havia preocupação por parte dos gestores, uma valorização e preocupação com o processo da luta antimanicomial que nos últimos quatros anos não temos mais" (Participante 4, comunicação pessoal, 11 mai., 2022). Para esse participante, uma vez que a saúde mental é considerada como política pública, essa sofre influência de política partidária e ideológica que influenciam em como os gestores se comprometem com essa saúde. Em suas palavras:

> eu entendo a saúde mental como sendo uma questão de política pública e se a gente entender que qualquer ação que o Estado faz pra sanar uma necessidade da população sofre influência de política partidária e ideológica, de uma corrente ideológica e partidária a gente vai entender o que tem acontecido nos últimos quatro anos no descaso do governo com a saúde mental e o retrocesso nos serviços. (Participante 4, 11 mai., 2022)

Essa fala do **participante 4** se torna relevante no nosso estudo para entender os desdobramentos que a Saúde Mental em Campo Grande tem apresentado no contexto atual. Assim, parte da ausência de informações e das formas como elas circularam na mídia pode ter relação com referido quadro político outrora mencionado. Todavia, novas pesquisas precisariam articular tais cenários a fim de compreender tais potenciais relações.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos capítulos precedentes foi possível tecer uma história da conformação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Campo Grande, a partir de documentos legais e, particularmente, das memórias de pessoas que participam ou participaram de tal empreendimento. Concluir este trabalho não significa solucionar ou responder todos os questionamentos em torno do tema analisado, uma vez que compreendemos que a composição da história ocorre pelo viés do historiador. Posto isso, a presente dissertação não foi construída buscando definir uma história única e fechada da RAPS de Campo Grande. Trata-se de um estudo que nos permite olhar para uma história presente, compreender e refletir sobre a luta da saúde mental em romper com os paradigmas do passado.

Ao construirmos uma história da Saúde Mental em Campo Grande e, mais particularmente, de sua institucionalização em dispositivos de Saúde, nos deparamos com os desafios arraigados pela história de uma luta que ainda se faz presente atualmente. Assim, as fontes nos levam a refletir sobre a forma como tem sido utilizada a RAPS e, especificamente, os CAPS III como dispositivo central da política pública em Saúde Mental. Em vários momentos, pudemos nos perguntar: o dispositivo tem funcionado como estratégia de desinstitucionalização como prevê os documentos legais ou tem sido utilizado como meio de substituição aos hospitais psiquiátricos mantendo o formato de institucionalização?

A história que construímos se inicia com os hospitais psiquiátricos da cidade, percorrendo as leis e resoluções que deram contornos mais precisos a essa história. As fontes às quais recorremos nos permitem uma compreensão sobre a institucionalização da Saúde Mental em Campo Grande como um processo de desenvolvimento, com conquistas valorosas como as implantações dos dispositivos da RAPS e expansões dos pontos de atenção à Saúde Mental. Ao acessar os atores ainda atuantes dessa história, compreendemos como a RAPS se encontra no tempo presente. Conhecer os serviços da RAPS de Campo Grande e entender como ela se constitui nas fontes, portanto, nos ajuda a olhar para os desafios enfrentados no campo

da Saúde Mental. Bem como, olhar para as dificuldades enfrentadas nos dispositivos componentes da Rede contribui para reflexões sobre as dificuldades e as necessidades de romper com os velhos paradigmas que permeiam a história da Saúde Mental.

Ao final, precisamos reconhecer os limites metodológicos da nossa pesquisa. Primeiramente, como explicitado já no início da Dissertação, encontramos dificuldades burocráticas e institucionais que impediram o acesso a mais documentos textuais (e.g., fotos, prontuários, atas de reunião, etc.). Circunscrevemos nosso leque de pesquisa às fontes textuais disponíveis publicamente e, portanto, novos estudos podem – e devem – recorrer a outras fontes textuais que permitam acessar memórias da história que ora aventamos. Em segundo lugar, não conseguimos acesso a um número maior de entrevistados e, dos respondentes, todos eram – ou foram – trabalhadores da Rede.

Isso posto, o acesso a outras memórias pessoais contribuiria para o alargamento compreensivo da história de conformação da RAPS em Campo Grande. Ademais, novas investigações poderiam incorporar outros municípios do estado, sinalizando as controvérsias entre os processos dos espaços centrais (capital) para aqueles marginais (interior). Todavia, como dito anteriormente, nossos resultados salientam a conformação da Rede como um processo em andamento e que, dialogando com a esfera Federal, vem se instituindo pela produção de práticas de acolhimento e cuidado em Saúde Mental. Nessa seara, os CAPS e, particularmente, os CAPS III têm se tornado peça central de tal percurso.

REFERÊNCIAS

Almeida, J. M. C. (2019). Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, v.35, n.11, p. 1-6.

Amarante, P. (2007). Saúde Mental e Atenção Psicossocial**.** Rio de Janeiro: Fiocruz. p.120.

Amarante, P. & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva***,** v.23, n.6, pp. 2067-2074.

Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal. 3. ed.

Bernd, Z. (2017). Vestígios/ rastros memórias. In: Gonzáles, E.P. & Coser, S. Em torno da Memória: conceitos e relações. Porto Alegre: Editora Letra1.

Camargo, A. A. (1981*) História oral: técnica e fonte histórica*. Programa de História Oral. Catálogo de Depoimentos. Rio de janeiro.

Candau, J. (2014). *Memória e identidade***.** São Paulo/SP: Contexto.

Cardozo, T. B. & Monteiro, R. A.P. (2020). Da psiquiatria tradicional à reforma psiquiátrica: o ambulatório de saúde mental como serviço de tratamento. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(2). pp.31-44. https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.768

Costa, C. (1999). *"Evolução Urbana"*. Álbum Campo Grande, 100 anos de construção. Matriz Editora. Campo Grande/MS.

Costa Junior, F. & Medeiros, M. (2007). Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre os opostos. *Psicol. Universidade de São Paulo*. São Paulo, v. 18. n. 1. pp. 57-82.

Costa, J.P. et al. (2016). A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. *Psicologia e Saber Social.* v.*5.* n.1. pp. 35-45.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Quem somos.* CONNAS. https://www.conass.org.br/quem-somos/

Conceição, D.S et al. (2018). Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde***.** v.27. n.2. Brasília.

Damous, I., & Erlich, H. (2017). O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(04), pp. 911-932. https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400004

Darahem, G. C. et al. (2014). O uso da história oral na psicologia: percepção de experiências individuais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3), pp. 1039-1053.

Delacroix, C. (2018). A história do tempo presente, uma história (realmente) como as outras?. *Revista Tempo e Argumento, 10*(23), 39-79.

De Sá, C. P. (2012). A memória histórica numa perspectiva psicossocial. *Revista Morpheus-Estudos Interdisciplinares em Memória Social.* 8(14).

De Sá, C. P. (2007). Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial. *Psicol. Reflex. Crit***.** 20(2), pp. 290-295, Porto Alegre.

Ferreira, M. de. M. (2018). Notas iniciais sobre a história do tempo presente e a historiografia no Brasil. *Revista Tempo e Argumento, 10*(23), 80-108.

Ferreira, M. de. M. (2000). História do tempo presente: desafios. *Cultura Vozes, Petrópolis, 94*(3), 111-124.

Ferreira, M. de. M. (2002). História, tempo presente e história oral. *Topoi (Rio de Janeiro), 3*, 314-332.

Fiorucci, R. (2011). Considerações acerca da história do tempo presente. *Revista Espaço Acadêmico, 11*(125), 110-121.

Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. (Roberto Machado) Graal: Rio de Janeiro: Graal.

Gaino, L. V et al. (2018). O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo

transversal e qualitativo. *Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas SMAD.* 14(2), pp. 108-116.

Galetti, L. S. G. (2000). *Nos Confins da civilização: sertão, fronteira e identidade nas representações sobre Mato Grosso.* Tese de doutorado em História: USP. São Paulo/SP.

Garcia, P. T. & Reis, R. S. (2018) *Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.* Universidade Federal do Maranhão/ EDUFMA. São Luís/MA.

Hines, P. J. The dynamics of scientific controversies. *AgBioForum*, v.4, n.3-4, p. 186-193, 2001.

Jafelice, G. T. & Marcolan, J. F. (2018). O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), pp. 2259-2266.

Kilsztajn, S. et al. (2008) Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública***.** 24(10), pp. 2354-2362. Rio de Janeiro.

Le Goff, J. (1990). Memória. In: História e memória. (B. Leitão e I. Ferreira). Ed. Da Unicamp, pp. 423-483. Campinas/SP.

Machado, P. C. (1990). *Pelas Ruas de Campo Grande: a Rua Velha*. Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul. Campo Grande/MS.

Martin, B.; Richards, E. Scientific knowledge, controversy, and public decision-making. In: Jasanoff, S.; Markle, G. E.; Petersen, J. C.; Pinch, T. (Org.). *Handbook of Science and Technology Studies*. Newsburry: Sage, p. 506-526, 1995.

Martins, R. C. A. (2019). Reformas psiquiátricas e o processo de ressignificação do trabalho na saúde mental. *Revista Nufen: Phenomenology e Interdisciplinarity*. 11(2), pp.96-116. Belém/PA.

Martinhago, F. & Oliveira, W. F. (2012). A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde em Debate***.** 36(95) pp. 583-594, Rio de Janeiro.

Marx, K. (1996). *Para a Crítica da Economia Política*. Coleção Os Pensadores. (Edgard, M). Nova Cultural: São Paulo/SP.

Massimi, M. (2009). Novas questões temáticas e desdobramentos metodológicos na história dos saberes psicológicos. *Temas em Psicologia*. 17(1), pp. 15-20.

Massimi, M. (2010). Métodos de investigação em história da psicologia. *Psicologia em Pesquisa*. Universidade Federal de Juíz de Fora, 4(02), pp.106.

Mielke, F. B. et al. (2009) O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14(1), pp. 159-164.

Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde.* Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2011*). Portaria nº 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).

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n. 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. Brasília/DF. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html .

Ministério da Saúde. (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001***.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*.

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasil.

Ministério da Saúde. (2010). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. In: Angher, A. J. (Org). Vade, M**.:** acadêmico de direito. São Paulo/SP. 10. ed, p. 3-94.

Ministério da Saúde. (2000). *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.* Secretaria Executiva. Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

Ministério da Saúde. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 3. ed.

Ministério da Saúde. (2010). *Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Editora do Ministério da Saúde. Brasília. ed. 4

Ministério da Saúde. (2018). *Avaliação de políticas públicas**:** guia prático de análise*. Casa Civil da Presidência da República. Brasília/DF. v.2. https://www.gov.br/casacivil/pt-br/centrais-de-conteudo/downloads/guiaexpost.pdf/view

Narasimhan, M. G. *Controversy in Science*. **Journal of Biosciences**, v.26, n.3, p. 299-304, 2001.

Oliveira Neto, A. F. (2003). *Campo Grande e a rua 14 de Julho: tempo, espaço e sociedade*. Tese (doutorado). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Tecnologia: Presidente Prudente.

Oliveira Neto, A. F. (1997). *Ruas e Calçadas de Campo Grande*. Dissertação de mestrado em Geografia Universidade do Estado de São Paulo: São Paulo/SP.

Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. EDUFBA: Salvador & FIOCRUZ: Rio de Janeiro/RJ. pp.356.

Paim, J. S. et al. (2011*). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.* Fiocruz: Rio de Janeiro/RJ.

Paiva, C. H. A. & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde.* 21(1), pp.15-35. Manguinhos: Rio de Janeiro/RJ.

Pimentel, A. (2001). O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de pesquisa*. 114, pp. 179-195.

Secretaria Municipal de Saúde. (2017). Saúde Mental NASF e Consultório na Rua. Conversas sobre a rede de atenção psicossocial. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde/SMS: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. https://saudementalcap10.files.wordpress.com

Secretaria Municipal de Saúde. (2014). *Resolução N.044 de 09 de junho de 2014.* Secretaria do Estado de Saúde. Ministério da Saúde. Mato Grosso do Sul/MS.

Secretaria Municipal de Saúde. (2019). *Resolução N. 131 de 20 de novembro de 2019.* Comissão Intergestores Bipartite. Secretaria Estadual de Saúde. Ministério da Saúde. Mato Grosso do Sul/MS.

Secretaria Municipal de Saúde. (2022). *Resolução N. 073 de 27 de abril de 2022*. Comissão Intergestores Bipartite. Secretaria Estadual de Saúde. Campo Grande, 27 de abr. Ministério da Saúde. Mato Grosso do Sul/MS.

Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B. & Franco, T. B. (2014). Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 24, pp. 253-271.

Rocha, P. R da & David, H. M. S. L. (2015). Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde**.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 49(1), pp. 129-135.

Santos, B. S. (2008). Um discurso sobre as ciências. 5. ed. Cortez: São Paulo.

Santos, M. A. (2013). Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. *Revista Katál***.** 16(2), pp. 233-240. Florianópolis, jul./dez.

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de saúde coletiva*. 17(1), pp. 29-41.

Soares Júnior, R. da C., Marcelo, A. C., França, J. de S., Pereira, L. F., Rohden, R. F. de S. ., Freire, H. B. G., & Miranda, R. L. (2022). Historicizando a trajetória de um pioneiro: Reinier Johannes Antonius Rozestraten (1924-2008). *Memorandum: Memória E História Em Psicologia, 39.* https://doi.org/10.35699/1676-1669.2022.33093

Trevisan, E. R. & Castro, S. S. (2019) Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas: perfil dos usuários. *Saúde Debate*. 43 (121), pp. 450-463. Rio de Janeiro.

Thompson, P. (1992). *A voz do Passado*: História Oral. Paz e Terra: Rio de Janeiro/RJ.

Viana, A. L. D. A. & Poz, M.R. D. (2005). A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.* 15, pp. 225-264, Rio de Janeiro/RJ.

Victora, C. G. et al. (2011). Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet***.** 6, pp. 90-102.

Vieira, S. de M. et al.(2020) Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. *Rev. psicol. Política.* 20(47), pp. 76-86.

.

APÊNDICES

Apêndice A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS DA CONFORMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPs EM CAMPO GRANDE - MS
Pesquisador: ANA CAMILA MARCELO
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 52108221.2.0000.5162
Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.277.760

Apresentação do Projeto:
Conforme PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1771890.pdf, o projeto tem como temática a CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS DA CONFORMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPs EM CAMPO GRANDE–MS. A pesquisa está subscrita na Grande Área 4, das Ciências da Saúde, e na Grande Área 7, Ciências Humanas, das ciências humanas. Pela hipótese é possível perceber com o que os proponentes do projeto pretendem realizar: produzir interlocução entre o passado e o presente, mais especificamente na percepção dos usuários das Redes de Atenção Psicossocial em Campo Grande – MS, abrangendo diversos olhares e ampliando por intermédio da História Oral um contexto mais aberto aos partícipes dessa rede, recorte esse ainda não investigado na cidade.

Objetivo da Pesquisa:
De acordo com PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1771890.pdf, o objetivo primário é descrever e analisar aspectos da conformação do Sistema de Saúde Mental em Campo Grande, MS; Em relação aos objetivos secundários, estes são: Descrever e analisar aspectos da conformação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPs em Campo Grande MS, a partir de fontes textuais e orais dos usuários do sistema de saúde mental; Identificar e caracterizar aspectos da conformação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPs em Campo Grande MS, a partir de fontes textuais e orais dos funcionários do Sistema de saúde mental.

Endereço: Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007
Bairro: Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO

Continuação do Parecer: 5.277.760

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações referentes aos tópicos Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1771890.pdf. Assim, em relação aos riscos, estes estão relacionados a algumas temáticas que poderão gerar lembranças desconfortáveis e, caso o sejam, podemos interromper o processo a qualquer momento.

Quanto aos benefícios, estes são assim descritos: Essa pesquisa se insere, no intento de valorizar os usuários, para que ao contextualizar a história das RAPS em Campo Grande – MS, essa possa dar pistas para que a rede seja mais efetiva no real do que é no papel. Além disso, essa contextualização pode servir como um recurso de aquisição e preservação de direitos, bem como no intento de entender as estratégias, suas aplicações e resultados a fim de ampliar o entendimento e servir para aplicação em um futuro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem Pendências ou Lista de Inadequações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou todos os documentos de acordo com o recomendado na Resolução CNS nº 466/12 e outras que regulamentam as pesquisas. O TCLE atende às necessidades das resoluções.

Recomendações:

Sem Pendências ou Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem Pendências ou Lista de Inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UCDB, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1771890.pdf	27/01/2022 11:19:47		Aceito
Outros	Carta_Resposta_.pdf	27/01/2022 11:12:35	ANA CAMILA MARCELO	Aceito

Endereço: Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007
Bairro: Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO

Continuação do Parecer: 5.277.760

Cronograma	cronograma_de_execucao.pdf	27/01/2022 11:07:26	ANA CAMILA MARCELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_termo_de_consentimento.pdf	27/01/2022 11:05:44	ANA CAMILA MARCELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_ana_camila.pdf	27/01/2022 11:00:53	ANA CAMILA MARCELO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	02/09/2021 17:28:01	ANA CAMILA MARCELO	Aceito
Outros	protocolo_entrevista.pdf	31/08/2021 16:08:22	ANA CAMILA MARCELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_instituicao.pdf	31/08/2021 16:04:22	ANA CAMILA MARCELO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPO GRANDE, 08 de Março de 2022

Assinado por:
LUDOVICO MIGLIOLO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007
Bairro: Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)[7]

Universidade Católica Dom Bosco
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada "**Caracterização dos Aspectos da Conformação da Rede de Atenção Psicossocial – Raps em Campo Grande – MS**". Esta pesquisa está sob responsabilidade de Rodrigo Lopes Miranda e Ana Camila Marcelo, respectivamente, docente e mestranda do curso de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

O objetivo desta pesquisa é descrever e analisar aspectos da conformação do Sistema de Saúde Mental em Campo Grande, MS. O convite é para que você conceda uma entrevista a pesquisadora responsável, organizada de maneira semiestruturada, cujo áudio será gravado por um gravador digital e/ou aparelho celular. A pesquisa, ao ouvi-lo(a), produz uma história da Saúde Mental na cidade e, portanto, atua como um recurso de aquisição e preservação de direitos, bem como no intento de entender as estratégias, as aplicações e os resultados do Sistema de Saúde Mental a fim de ampliar o entendimento e servir para aplicação em um futuro

A pesquisa contará com a utilização de documentação escrita, tais como artigos publicados, projetos de pesquisa, etc. Além disso, ela se desenvolve a partir de uma entrevista com usuários (as) do Sistema de Saúde Mental em Campo Grande. A entrevista está programada para ocorrer em aproximadamente 50 (cinquenta) minutos e será realizada onde melhor lhe convier e será individualizada. Você será ressarcido de eventuais despesas que tenha vinculadas ao encontro para entrevista. Caso necessário, outras entrevistas podem ser agendadas.

Essa pesquisa se insere, no intento de valorizar os usuários, para que ao contextualizar a história das RAPS em Campo Grande – MS, essa possa dar pistas para que a rede seja mais efetiva no real do que é no papel. Além disso, essa contextualização pode servir como um recurso de aquisição e preservação de direitos, bem como no intento de entender as estratégias, suas aplicações e resultados a fim de ampliar o entendimento e servir para aplicação em um futuro. O único risco é relacionado a algumas temáticas que poderão gerar lembranças desconfortáveis e, caso o sejam, podemos interromper o processo a qualquer momento.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 466/12 do **Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

1. A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o participante da pesquisa e/ou seu responsável;
2. É garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa,
3. É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa, podendo participar de outras pesquisas futuras;
4. É garantido o anonimato sem divulgações de voz ou exposição de imagem.
5. Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos, sem qualquer identificação do participante;
6. Você receberá a transcrição de sua entrevista e, poderá remover quaisquer partes que julgar pertinente, antes da sua análise para os fins da pesquisa;

---

[7] **O modelo do TCLE é de responsabilidade do pesquisador e seu conteúdo deve atender as normativas da Resolução 466/12, com especial atenção ao item IV.**

7. A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**, da **Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)**, situado na Av. Tamandaré, 6000, Bairro Jardim Seminário, Campo Grande – MS (e-mail cep@ucdb.br; telefone para contato (67) 3312-3478); que a referenda e
8. O presente termo está assinado em duas vias e rubricado em todas as páginas numeradas.

Campo Grande-MS _____/_____/_____

_____
Participante da Pesquisa

_____
Pesquisadora

Apêndice C – Roteiro de Entrevista para coleta de dados

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DE MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Título da Pesquisa: Por Uma História Da Conformação Da Rede De Atenção Psicossocial – Raps Em Campo Grande – Ms
Objetivo Geral da Pesquisa: Descrever e analisar aspectos da conformação do Sistema de Saúde Mental em Campo Grande, MS.
Mestranda e Pesquisadora: Ana Camila Marcelo **Orientador:** Professor Doutor Rodrigo Lopes Miranda

Data da Entrevista: _____/_____/_____ Duração da Entrevista: _____
Local da Entrevista: _____

Nome Completo: _____
Profissão/Ocupação: _____

1 - Em qual período você trabalhou na RAPS de Campo Grande - MS e quais serviços você prestava na época?

2 - Você se recorda como era trabalhar lá nessa época?

3 - Você recorda quem eram as pessoas que buscavam atendimentos no CAPS?

4 - Você se recorda de como eram realizados os cuidados ou tratamentos nesse período?

5 - Você lembra quais materiais, medicamentos ou quaisquer outros procedimentos que havia disponível para o cuidado com os pacientes e como eram realizados?

6 - Quem era responsável pelos atendimentos e cuidados das pessoas que buscavam atendimento na RAPS?

7 - Quais eram as condições dos pacientes e onde eles ficavam?

8 - Qual era a sua visão sobre Saúde Mental enquanto prestador de serviço na RAPs na época?