

FABRÍCIO SIQUEIRA BASSO

**A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE MENTAL NA
PERSPECTIVA DO TERRITÓRIO EXISTENCIAL E DA
MULTITERRITORIALIDADE**

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

2025

FABRÍCIO SIQUEIRA BASSO

**A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE MENTAL NA
PERSPECTIVA DO TERRITÓRIO EXISTENCIAL E DA
MULTITERRITORIALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação –
Mestrado e Doutorado 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 Professor Dr. Márcio Luís Costa.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Bibliotecária Mourâmise de Moura Viana - CRB-1 3360

B322a Basso, Fabrício Siqueira

A atenção psicossocial em saúde mental na perspectiva
do território existencial e da multiterritorialidade/
Fabrício Siqueira Basso sob orientação do Prof. Dr.
Márcio Luís Costa.-- Campo Grande, MS : 2025.

86 p.: il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade
Católica Dom Bosco, Campo Grande- MS, 2025

Bibliografia: p. 85-86

1. Saúde mental. 2. Atenção psicossocial. 3. Território.
4. Multiterritorialidade I.Costa, Márcio Luís. II.
Título.

CDD: 616.891

A dissertação apresentada por **FABRÍCIO SIQUEIRA BASSO**, intitulada “**A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DO TERRITÓRIO EXISTENCIAL E DA MULTITERRITORIALIDADE.**”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

APROVADO.

Márcio Luís Costa, como presidente da banca assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença destes.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **MARCIO LUIS COSTA**
Data: 13/02/2025 16:50:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Márcio Luís Costa

Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida

Prof. Dr. Ruben Artur Lemke

Campo Grande - MS, 13 de fevereiro de 2025.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais:
João Luiz Basso e Célia Lúdia Freitas
de Siqueira Basso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais que me deram, e continuam dando, apoio e amor incondicional nesta jornada acadêmica e na jornada da vida. Amo vocês incondicionalmente!

À minha amada namorada pelo apoio, compreensão, carinho e parceria durante os momentos difíceis e felizes deste percurso.

Ao meu orientador Professor Doutor Márcio Luís Costa que me acolheu em seu Laboratório de Pesquisa e Estudos em 2016. Ali se iniciou meu processo de amadurecimento acadêmico e intelectual para ingressar no mestrado. Suas orientações, competência, forma tranquila e acolhedora de conduzir o seu trabalho foram fundamentais em minha trajetória. Você é inspiração!

Aos meus professores do curso de Mestrado que contribuíram em minha formação. Em especial aos professores membros desta banca, Professora Doutora Luciane Pinho e Professor Doutor Ruben Artur Lemke, pelo tempo dedicado às leituras e pelas contribuições que me permitiram enriquecer e aprimorar o meu trabalho.

Aos meus colegas de turma, e aos meus colegas do LABEC que me auxiliaram em grande medida na formação acadêmica e na construção do meu pensar, da minha leitura e da minha escrita.

Aos participantes da pesquisa que, generosamente, compartilharam um pouco do seu fazer laboral, o que me permitiu desenvolver a dissertação da maneira como está. A contribuição de vocês foi, literalmente, fundamental.

Por último, e não menos importante, agradeço a todos os amigos que fizeram, e fazem, parte da minha vida extra-acadêmica. Compartilharam, de forma gratuita, o seu tempo e a sua companhia nos momentos de descontração, lazer, diversão, e também de dificuldades, me trazendo equilíbrio e suporte nesta etapa da minha vida.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo discutir o tema do território na atenção psicossocial em saúde mental. A pesquisa de estudo de caso foi realizada em um CAPSIII na cidade de Campo Grande, MS. Participaram da pesquisa os servidores que trabalham como operadores da política de atenção psicossocial em saúde mental. O método utilizado foi a análise de conteúdo e tratamento e discussão dos dados se deram pelo recurso das unidades de análise. A categoria fundamental de análise foi o território, na forma como é preconizado na política pública, como opera na organização e na operacionalização da estratégia de atenção, como aparece na literatura científica e como emerge matizado nas falas dos participantes. Os principais resultados encontrados apontam para um descompasso entre o que preconiza a política e o que aparece nas falas, com o predomínio de uma compreensão de território, eminentemente, como adscrição de clientela e, em consequência disso, uma atenção protocolarmente engessada e sem espaço para outros possíveis movimentos provenientes de outras experiências e compreensões de território, como o território existencial, o território como comunidade e o território como circuito de afetos e de familiaridade. Se conclui, pois, que tanto a organização como a gestão da estratégia realizam a entrega da atenção psicossocial em saúde de forma institucionalizada, em desacordo com a forma como os usuários se organizam e se movem a partir de suas respectivas compreensões de território e de demanda de atenção e cuidado.

Palavras-chave: saúde mental, atenção psicossocial, território, multiterritorialidade.

ABSTRACT

This work discusses the theme of territory in psychosocial care in mental health. The case study research was conducted at a CAPSIII (Psychosocial Care Center level III) in the city of Campo Grande, MS. The research involved the public health professionals working as operators of the psychosocial care policy in mental health. The method used was content analysis, with data treatment and discussion carried out through the resources of the analyzed units. The primary category of analysis was territory, explored from several perspectives: its conceptualization in public policy, its role in the organization and implementation of care strategies, its representation in scientific literature, and the nuanced ways it emerges in the participants' narratives. The results indicate a mismatch between what the policy advocates and what is reported in the participants discourses, with a predominance of an understanding of territory, eminently, as a user's ascription, evidencing a rigid protocol-based care with no room for other experiences and understandings of territory. This reflects a rigid, protocol-driven approach to care that leaves little room for alternative understandings of territory. As a result, the provided care is constrained by institutionalized procedures, failing to accommodate other dimensions of territory, such as existential space, community ties, networks of affections and familiarity. In conclusion, both the organization and management of the strategy deliver psychosocial care in a highly institutionalized manner, in disagreement with the way users organize themselves and move based on their respective understandings of territory and their care needs.

Keywords: mental health, psychosocial care, territory, multiterritoriality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – CAPS e Distritos Sanitários.....	65
---	----

LISTA DE TABELAS OU QUADROS

Tabela 1 – Mapa Do Conteúdo Dos Artigos.....	19
--	----

SUMÁRIO

Introdução.....	11
Território na atenção psicossocial: uma revisão integrativa de literatura científica.....	16
Introdução.....	17
Mapa do conteúdo dos artigos.....	19
Análise e Discussão.....	23
Considerações Finais.....	31
Referências Bibliográficas.....	32
Compreensão de território nos textos da política de atenção psicossocial: da política à literatura científica.....	35
Introdução.....	36
Território na política pública de assistência à saúde mental.....	38
Referências Bibliográficas.....	52
Compreensão de território em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III.....	55
Introdução.....	56
Território como adscrição de clientela operando na recepção e no 1º acolhimento.....	58
Território como adscrição de clientela operando no atendimento.....	70
Outras facetas da estratégia de atenção que consideram o território: que tipo de território?.....	75
Considerações Finais.....	80
Referências Bibliográficas.....	81
Conclusões.....	83
Referências Gerais.....	85

INTRODUÇÃO

A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representa um marco significativo na transformação das políticas de saúde mental no Brasil.

Com a proposta de substituir o modelo asilar, institucionalizante, pela construção de serviços de suporte, de base territorial e comunitário, a RAPS visa, não apenas garantir o acesso a atenção, mas também promover a inclusão social, a valorização da diversidade, a autonomia do usuário e a participação da comunidade no tratamento (Brasil, 2011).

A importância do território nas suas diretrizes é um aspecto fundamental que permeia a formulação e a implementação destas políticas. Nelas, o território não é apenas um espaço geográfico, mas compreende um contexto social, cultural, e individual que influencia as dinâmicas de cuidado e as relações entre os usuários e os serviços de saúde, buscando levar em consideração as necessidades e potencialidades dos usuários e da comunidade.

Essa abordagem territorial favorece a articulação entre diferentes setores e serviços, permitindo uma resposta mais eficaz aos desafios enfrentados por usuários e operadores de saúde mental.

Entretanto, a compreensão de território que encontramos nas diretrizes da política não é clara e precisa. Muitas vezes aparece como uma noção geográfica, e outras vezes como algo relacionado a comunidade e a circulação dos usuários em seu cotidiano. Isto se torna um problema, na medida em que abre diferentes maneiras de interpretar e organizar a gestão que influenciará, no final das contas, na operacionalização e a entrega efetiva da atenção para a população.

Assim, corre-se o risco de não assistir à população, e ainda transformar o modelo de atenção em outro modelo que, justamente, ele veio substituir, a saber: o modelo institucional.

Dessa maneira, se faz extremamente necessário saber: com que tipo de compreensão de território a atenção em saúde mental está operando? Sua operacionalização, tanto dos técnicos trabalhadores, quanto dos gestores, condiz com as próprias Diretrizes da RAPS?

Este será o fio condutor deste estudo, que pretendeu analisar um dos principais instrumentos da RAPS, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), especificamente, um CAPS III, na cidade de Campo Grande - MS.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se debruça sobre as falas dos operadores da política.

A escolha deste tema está diretamente relacionada à minha trajetória acadêmica e a formação teórica adquirida no mestrado. Nela, tive a oportunidade de estudar políticas públicas voltadas à saúde mental, o que me despertou interesse e sentido na busca por aprofundar o entendimento das práticas e estruturas que orientam o cuidado em saúde mental no Brasil.

Não obstante, de fundo, o convívio com amigos que fazem, ou já fizeram, acompanhamento no CAPS, suas experiências compartilhadas nas rodas de tereré, nas pistas de skate, nos bares, e em conversas cotidianas pela internet sobre este processo, me fizeram perceber a importância e a relevância de compreender como essas estruturas operam na prática, os desafios enfrentados e os impactos que geram na vida dos usuários.

Optamos pela pesquisa qualitativa para realizarmos este estudo, pois acreditamos que ela nos dá os recursos adequados e necessários para a consecução deste.

A pesquisa qualitativa tem por característica ser descritiva, interpretativa, experiencial, situacional e personalística. Seus métodos mais comuns são a observação, a entrevista e a análise dos materiais (Stake,2011).

É uma abordagem que busca compreender os fenômenos em seu próprio contexto, respondendo a questões muito particulares. Sua preocupação está em um nível da realidade que não pode ser quantificado, pois se trata do universo dos significados, das aparições, dos valores, das crenças, dos motivos, das atitudes, próprio de um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. (Minayo, 2001)

As falas dos participantes foram colhidas por meio de entrevista semiestruturada, seguida de transcrição, tratamento e análise dos dados, segundo o método de análise do conteúdo de Laurence Bardin.

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo se configura por um conjunto de técnicas voltadas para a análise das comunicações, empregando procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo das mensagens. Podendo ser elas manifestas ou não manifestas, como conteúdos de figuras de linguagem, reticências e entrelinhas, por exemplo.

O processo de análise segue três etapas principais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, com a finalidade de identificar padrões, temas e categorias. Sendo fundamentalmente indutivo e construído a partir dos próprios dados, permite assim uma compreensão das dinâmicas subjacente ao discurso analisado de maneira particular.

A coleta das falas dos participantes e a administração destes dados, como o sigilo e a guarda destes, foram respeitados e submetidos aos processos e aspectos éticos e legais para sua realização, passando pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), através da Plataforma Brasil, e atendendo às normas traçadas pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

Para chegar ao resultado desta pesquisa, percorremos um caminho teórico e metodológico que buscou dar subsídio para as possíveis reflexões e inferências.

Este estudo está dividido em três artigos que podem ser lidos de formas independentes, porém estão interligados e fundamentam um ao outro na grande temática da compreensão de território na política pública em saúde mental.

O primeiro artigo, trata de uma revisão integrativa de literatura sobre o tema do território na atenção psicossocial em saúde mental, matizando, de modo especial, o estado da questão que interroga pelas concepções de território na literatura científica que, de alguma maneira, discute a relação entre território e atenção psicossocial.

Já o segundo artigo, busca entender e analisar nos textos da política de atenção em saúde mental que tipo de compreensão de território encontramos neles. Ato seguido, o que preconiza a política foi colocado em discussão com a literatura científica da área. Tomamos como ponto de partida a portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial, e chegamos até à definição de território proposta, em especial, pelo geógrafo Rogério Haesbaert, de multiterritorialidade, para construir tanto as críticas quanto alinhamentos da literatura científica com a política pública.

Por fim, o terceiro artigo pretendeu estudar a questão da territorialidade na atenção psicossocial em saúde, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) e seu respectivo território na cidade de Campo Grande - MS. Trata-se de um estudo de caso que buscou analisar, a partir das falas dos operadores e dos textos da política de saúde mental do Município, que tipo de compreensão de território tem, de fundo, na operacionalização da atenção em saúde mental neste CAPS.

Ao final deste estudo será possível concluir não apenas que tipo de compreensão de território é operado no CAPS estudado, mas também, se esta compreensão condiz com a compreensão de território proposta pelas diretrizes preconizadas da RAPS.

Entender isso, nos possibilitará saber se de fato os operadores da política, técnicos e gestores, estão entregando efetivamente a atenção de maneira adequada, garantindo, assim, o direito à saúde mental para a população.

**TERRITÓRIO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA DE LITERATURA CIENTÍFICA**

Introdução

A Política de Atenção Psicossocial em Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS), na atualidade, presta serviço à população por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Isso acontece no âmbito da Atenção Básica em Saúde, oferecida pelos Municípios, de forma territorialmente organizada (Brasil, 2011).

Se compreende que o tema do território tem relevante importância nas discussões dessas estratégias, mais do que para a ciência e para a profissão, para a consecução das práticas e princípios do SUS.

O objetivo do presente estudo é realizar uma pesquisa de revisão integrativa de literatura sobre o tema do território na atenção psicossocial em saúde mental, matizando, de modo especial, o estado da questão que interroga pelas concepções de território na literatura científica que, de alguma maneira, discute a relação entre território e atenção psicossocial.

Este questionamento surge a partir da minha trajetória acadêmica no mestrado, percebi que, apesar do reconhecimento e da importância do território na implementação das políticas públicas de saúde mental, parece não haver um consenso quanto a compreensão de território em literaturas científicas da área.

Entendendo que a noção de território pode ser tomada como termômetro para saber em qual lógica estamos operando, reunir e analisar as diversas perspectivas e compreensões de território na literatura científica da área poderá contribuir no avanço da área e fornecer dados para possíveis intervenções e desenvolvimentos de políticas públicas mais eficazes.

O estudo será realizado a partir de artigos publicados em periódicos científicos. Por se tratar de revisão integrativa, serão consideradas as publicações de pesquisas tanto qualitativas como quantitativas sobre a questão proposta.

As buscas foram realizadas na plataforma de indexação de produção científica SCIELO. Foram utilizados os seguintes descritores: “território atenção psicossocial” e não foi estabelecido período de publicação.

O primeiro resultado nos permitiu acessar a um quantitativo de 52 artigos. Considerando o número ainda elevado de textos para análise, foram implementadas estratégias de refinamento de busca. Primeiramente se estabeleceu o corte temporal dos últimos 05 anos, isto é, textos publicados no intervalo de 2019 a 2023. Com essa estratégia a massa crítica de texto para análise foi reduzida para 21.

A continuação os títulos e palavras-chave dos artigos foram submetidos a uma análise preliminar de refinamento, de forma que foram eliminados todos os textos cuja a discussão tratava o tema do território de forma tangencial e secundária, restando 9 artigos que tratavam do território na atenção psicossocial em saúde mental como seu tema e problema central.

O passo subsequente foi realizar a leitura do texto completo, procurando destacar, de forma sintética, em cada artigo, a questão de pesquisa e seu cenário, a compreensão de território colocada em discussão e os resultados apontados pelo estudo, sempre na perspectiva de verificar em que medida a categoria de território aparece como analisador da estratégia psicossocial de atenção em saúde mental.

Mapa Do Conteúdo Dos Artigos

Tabela 1

Mapa Do Conteúdo Dos Artigos

Título: Cartografia das tensões no cuidado em saúde mental a partir da ferramenta analisadora “usuário-guia”. Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; cartografia; micropolítica; cuidado				
Cenário da pesquisa	Autor, ano e região	Método	Questão de pesquisa	Compreensão de território
CAPS	Chiabotto, C. da C., & Robinson, P. G.. (2023) Região: Rio Grande do Sul	Qualitativo	Quais as concepções dos usuários e trabalhadores em saúde mental sobre o processo de acompanhamento e cuidado nos seus percursos trilhados na RAPS e no território?	Não há uma definição explícita de território. É possível entender uma noção de território como o local de constituição de cuidado, produção de vida, autonomia e que é co-construído, relacional.
Título: Repetir, repetir - até ficar diferente: cartografia de um cuidado. Palavras-chave: saúde mental; atenção primária à saúde; estratégia da saúde da família				
Cenário da pesquisa	Autor, ano e região	Método	Questão de pesquisa	Compreensão de território
Unidade Integrada de Saúde da Família (USF)	Oliveira et al. (2022) Região: Paraíba	Qualitativo	Como é o cuidado em saúde mental produzido pelos membros de uma equipe de Saúde da Família que se percebe como componente da RAPS do município de João Pessoa-PB?	Há uma compreensão de território. Sua compreensão transborda a noção de território puramente geográfico-epidemiológico e ganha uma dimensão afetivo-existencial, relacional.
Título: Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. Palavras-chave: Saúde Mental; Visita Domiciliar; Centros de Atenção Psicossocial				
Cenário da pesquisa	Autor, ano e região	Método	Questão de pesquisa	Compreensão de território
CAPS	Morais et al. (2021)	Qualitativo	Os saberes e as práticas desenvolvidas pela equipe do	Território como espaço social da experiência-sofrimento e de produção do cuidado.

	Região: Ceará		CAPS no âmbito da Visita Domiciliar estão de acordo com base nas dimensões da Reforma Psiquiátrica?	
Título: Retratos, relatos e impressões de crianças moradoras da periferia de São Paulo sobre a cidade. Palavras-chave: Criança; Participação Social; Vulnerabilidade Social; Cultura				
Cenário da pesquisa	Autor, ano e região	Método	Questão de pesquisa	Compreensão de território
CAPS ij	Bertagnoni, L., & Galheigo, S. M.. (2021) Região: São Paulo	Qualitativo	Como são as experiências e percepções das crianças acerca de sua circulação pelo território da cidade, assim como as relações por elas estabelecidas com esses espaços?	Território como lugares da existência humana construída historicamente, com relações socioeconômicas e culturais onde se existe, sonha, vive, trabalha e realiza trocas sociais. Designam por isso, além de espaços geográficos, “Territórios vivos”.
Título: Práticas de cuidado extramuros nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: a ocupação cidadã. Palavras-chave: Saúde Mental; Práticas interdisciplinares; Território sociocultural; Colaboração intersetorial; Redes comunitárias				
Cenário da pesquisa	Autor, ano e região	Método	Questão de pesquisa	Compreensão de território
CAPSad	Fonseca, R. M. A. M., & Gallassi, A. D.. (2021) Região: Distrito Federal	Qualitativo	Quais são as práticas extramuros realizadas pelos profissionais que atuam nos CAPSad, segundo os pressupostos da RPB? Para realizá-las, quais articulações com a Rede Intersetorial são necessárias? Quais os principais desafios encontrados?	A compreensão de “território” na Saúde Mental está ligada à realização de ações na rua, fora de instituições.
Título: “Gente é mais que homem”: gênero e cuidados em álcool e outras drogas. Palavras-chave: Homens; Álcool e Drogas; Cotidiano; Pedagogias de gênero e sexualidade; Invenção.				
Cenário da pesquisa	Autor, ano e região	Método	Questão de pesquisa	Compreensão de território
CAPSad	Vasconcelos et al. (2020)	Qualitativo	Como é a vida cotidiana de homens usuários de álcool e	Não há uma definição de “território”, porém se deixa entrever uma noção de lugar de

	Região: Sergipe		outras drogas em suas articulações com corpos que assumem para si a tarefa de ‘cuidá-los’, corpos organizados como trabalhadores de saúde?	acontecimento. De relações e organização de corpos.
Título: Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. Palavras-chave: Reabilitação psicossocial; Inclusão social; Drogas; Políticas públicas				
Cenário da pesquisa	Autor, ano e região	Método	Questão de pesquisa	Compreensão de território
CAPSad	Sanches, L. R., & Vecchia, M. D.. (2020) Região: Minas Gerais	Qualitativo	Quais são os principais impasses e desafios que envolvem as práticas dos profissionais de um Caps-AD no processo de desenvolvimento das ações de reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas?	Não há nenhuma concepção de “território” no texto. A palavra é citada apenas uma vez no texto, especificamente no resumo “circulação no território”. Deixa-se entrever uma compreensão de território que envolva circulação e ocupação de espaços sociais, espaços da vida cotidiana, que acontecem fora do CAPS.
Título: Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde; Desinstitucionalização; Enfermagem				
Cenário da pesquisa	Autor, ano e região	Método	Questão de pesquisa	Compreensão de território
CAPS e UBS	Souza et al. (2019) Região: Rio de Janeiro	Qualitativo	Quais são as estratégias, desafios e possibilidades da articulação entre a saúde mental e a atenção básica à saúde a partir da perspectiva de gestores de saúde?	Não há uma concepção explícita de território no texto, porém a compreensão que se tem é de além do espaço físico-geográfico: são espaços e percursos que compõem a vida das pessoas. Engloba o cotidiano das pessoas, as relações, afetos, instituições e aparelhos sociais da comunidade, bem como a comunidade.
Título: Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações.				

Palavras-chave: saúde mental; serviços de saúde mental; cuidado em saúde				
Cenário da pesquisa	Autor, ano e região	Método	Questão de pesquisa	Compreensão de território
Diversos componentes da RAPS (5 USF, 4 CAPS, 1 UPA, 1 Unidade de Atenção Psicossocial localizada em hospital geral e 1 Serviço Residencial Terapêutico)	Lima, D. K. R. R., & Guimarães, J.. (2019) Região: Rio Grande do Norte	Qualitativo	Como se dá a articulação entre os pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Natal com vistas à continuidade do cuidado em território?	Não há uma definição de território. Sua compreensão se deixa ver como uma noção de extensão do cuidado que ocorre dentro das instituições. Um cuidado continuado fora, em território, uma assistência com diversos dispositivos da RAS (Rede de Atenção à Saúde) para realizá-lo (como o matriciamento e o Centro de Convivência, por exemplo).

Análise e Discussão

A discussão dos relatos de pesquisa aqui colocados em análise, será realizada a partir da questão que interroga pela relação entre a compreensão de território e a efetividade da atenção psicossocial em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No artigo publicado sob o título “Cartografia das tensões no cuidado em saúde mental a partir da ferramenta analisadora ‘usuário-guia’” (2023), é possível perceber que não há uma definição explícita de território no texto. A compreensão de território trabalhado nele está associada à produção de vida no cotidiano, ao cuidado em liberdade, à autonomia e à corresponsabilização.

Os autores usam os termos "território vivo e existencial" e "territórios" para designar o movimento e circulação da vida. Apesar de não definirem estes termos, os usam para mostrar que a vida e a produção de vida, acontecem onde a vida e a existência está, este é o território, e é aí que se deve realizar o cuidado (o cuidado no território). Essa é a compreensão dos autores por cuidado no território.

Ao ligar o território à cotidianidade, ao lugar que a vida acontece, essa compreensão não separa o cuidado que se realiza dentro das instituições e seus delimitadores adscritivos das produções de vida e de saúde que acontecem fora delas, ou seja, na maior parte do tempo vivido pelo usuário. Esta noção de território impacta diretamente no modo como se planeja e operacionaliza os cuidados pelos trabalhadores. Ampliando o cuidado para além dos muros institucionais, jogando-o na vida e na existência. Propondo um cuidado em liberdade, uma produção de um cuidado de si, em seus percursos singulares de cada usuário em sua existência e circulação na vida, fazendo frente à captura biopolítica do cuidado e do controle dos corpos por um conjunto de normas e procedimentos fabricadas pela equipe de trabalhadores dos serviços de

saúde mental, a fim de alcançar a autonomia pretendida pelo modelo de atenção psicossocial construído pelas políticas de saúde mental da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)¹.

O autor encontrou nas narrativas dos participantes da pesquisa, uma compreensão de território ambígua. Por um lado, os trabalhadores articularam-se com a comunidade no território em que o usuário circula, e por outro falaram sobre uma “dificuldade de adesão ao tratamento” quando o usuário não ia aos dispositivos institucionais planejados no Projeto Terapêutico Singular², não se dando conta, como o próprio autor ressalta, de que não é somente dentro do CAPS ou de outro dispositivo da RAPS que há possibilidades de produção de vida e saúde nos territórios.

Já no texto intitulado “Repetir, repetir - até ficar diferente: cartografia de um cuidado” (2022), a compreensão que o autor dá ao território, explicitamente, transborda o sentido puramente geográfico-epidemiológico para ganhar uma dimensão afetivo-existencial. É um espaço intercessor, um plano comum, uma interface entre usuário e trabalhador de saúde que permite certa clínica de afetos.

Em sua cartografia percebeu uma ambiguidade na operacionalização da atenção e do cuidado, enquanto alguns profissionais realizavam a sua atenção com a compreensão de território afetivo-existencial, outros (em especial um psiquiatra do CAPS) operavam com uma compreensão institucional e nosológica.

¹ A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) teve seu início na década de 1970, constituída pelas influências de lutas e movimentos históricos nacionais e internacionais que buscavam uma mudança no paradigma da atenção e cuidado em saúde mental, representando uma crítica ao sistema de saúde mental privatizado do país, ao modelo de cuidado e atenção adotado pelas instituições psiquiátricas, bem como uma reorientação deste modelo de atenção enfatizando o território como o lugar privilegiado do cuidado. Influenciou, e tem como constituição, movimentos reformistas como a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (Fontgalland et al., 2022; Souza et al., 2019; Almeida & Campos, 2019).

² O Projeto Terapêutico Singular (PTS) “(...) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas.” (Brasil, 2019)

Os impactos da compreensão do território como afetivo-existencial recai na atenção operacionalizada, de tal maneira que se cria uma abertura de possibilidades para ressignificar a loucura e o sofrimento psíquico, amplia a produção do cuidado, propicia encontros, afecções e afetos que podem gerar mudanças significativas nas subjetividades dos usuários em seu cotidiano, dos trabalhadores dos serviços, das lógicas e práticas institucionais, bem como um novo modelo de pensar e produzir saúde na nossa sociedade.

Por sua vez, o artigo “Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território” (2021), traz uma compreensão de território explícita, como espaço social da experiência-sofrimento, cenário de práticas de saúde e produção do cuidado. Lugar onde deve-se basear as intervenções terapêuticas levando em consideração os modos singulares de existir e andar na vida. Uma compreensão que transcende a abrangência geográfica e institucional e incorpora a noção de “território vivo”, entendido como um processo e produto das relações sociais, lugar de experiências e subjetivações que se realizam enquanto uma instância social e afetiva.

Esta noção de território impacta diretamente a Política, de modo especial nas estratégias adotadas pela Equipe Multiprofissional no planejamento e operacionalização da atenção psicossocial às pessoas com sofrimento psíquico. Permite a construção de dispositivos e realiza ações que visam ampliar os espaços de circulação dos usuários, a participação social, e com isso, intervenções que materializam ações desinstitucionalizantes, não culpabilísticas ou excludentes, nem estereotipadas e preconceituosas. Favorece o reconhecimento da realidade da população, a construção de vínculos, autonomia, contratualidade social do usuário, a transformação sociocultural, a corresponsabilização e a intersetorialidade.

Sua compreensão constitui um ponto central para efetivação das diretrizes da RAPS, que por sua vez tem inspiração e fez parte do movimento da Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito às esferas teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Em seus resultados encontrou, no plano discursivo dos trabalhadores técnicos entrevistados (2 enfermeiras e 2 assistentes sociais), uma compreensão de território como espaço de intervenções psicossociais, para além do espaço adscrito e jurídico de uma unidade geográfica. Emerge nas falas, articulado ao tema do acesso, da organização da rede de atenção à saúde e nos planejamentos das práticas de cuidado, como em construções de propostas terapêuticas em rede que levam em consideração a identificação (mapeamento), as potencialidades e os recursos materiais e subjetivos disponíveis no território. A este movimento, de conhecer a rede como um todo no território, tanto o autor como os participantes da pesquisa, dão o nome de “territorialização”.

O autor também traz o termo “cuidado territorial” para designar este tipo de atenção com e no território. É possível perceber, de fundo, uma compreensão de território, que mesmo determinado pelo espaço adscrito e jurídico do CAPS, aponta para a cidade e para o direito cidadão à cidade.

Com o título “Retratos, relatos e impressões de crianças moradoras da periferia de São Paulo sobre a cidade” (2021), a pesquisa traz duas compreensões explícitas de território, uma geográfica e uma afetiva existencial. Em sua maior parte, os autores utilizaram o termo “território” como um espaço físico-geográfico. Quando tratam de uma compreensão de território que é mais do que espaços geográficos, utilizam termos como “territórios de vida”, “território existencial”, “território afetivo e existencial” para dizer de uma noção que compreende lugares da existência humana particular construída historicamente, com relações culturais e

socioeconômicas em que se realizam trocas sociais possíveis. Dito de outra maneira, são lugares em que se habita, que se apropriam material e emocionalmente dos seus corpos, objetos e espaços, interagindo afetivamente com os mesmos e com as pessoas do entorno.

Mesmo que o texto não trate exatamente sobre o território enquanto estratégia política para operacionalizar a atenção de pessoas com sofrimento mental, é possível perceber que, de fundo, há a compreensão de cuidado em território que encontramos nas diretrizes da RAPS, na proposta e na execução da pesquisa realizada, um cuidado que inclui o território, a comunidade e os espaços de circulação existencial e afetivo.

A pesquisa “Práticas de cuidado extramuros nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: a ocupação cidadã” (2021) encontrou uma compreensão explícita de território que vai além dos limites das instituições. Os autores trazem uma ideia de território na Saúde Mental ligada a uma relação de dentro e fora. Explicam, trabalhar no território seria realizar ações fora de instituições, nas ruas. São “ações territoriais” que envolvem usuários do serviço, profissionais de outras áreas, articulações intersetoriais, a família e a sociedade.

Na narrativa dos trabalhadores, perceberam uma congruência com a noção acima descrita de território. Entretanto averiguou-se que na prática a noção que se opera prevalentemente é a de território institucional.

O impacto desta noção na operação do cuidado pelos trabalhadores atinge diretamente na relação com a reinserção social do usuário, consequentemente, na autonomia, desconstrução de preconceitos, segregação e outros fatores que as diretrizes da RAPS, com a noção de território como “extramuros”, tentou combater.

Com o título “Gente é mais que homem”: gênero e cuidados em álcool e outras drogas” (2020), o relato de pesquisa mostra que não há uma definição de “território” no texto, porém se

deixa entrever uma noção de lugar de acontecimento, de relações e de organização de corpos. Por exemplo, o CAPS é visto como um território de ensino que tem por finalidade formatar corpos. Um lugar onde as práticas institucionais e terapêuticas funcionam como pedagogias corporais, mesmo sendo elas praticadas fora dos muros institucionais.

Sendo assim, a noção que se tem por território no texto é a de um “território de existência”. A palavra território aqui não está relacionada ao uso que lhe é dada nas Diretrizes da RAPS, porém se vê nas narrativas dos autores que estão alinhados com a noção de território lá encontrada. “(...) práticas de cuidado que se tecem nas passagens, que se fazem sem local fixo, settings volantes. Uma clínica afeita aos encontros (...)” nas singularidades e na afetação entre corpos.

A consequência desta noção impacta diretamente na relação político-ética dos corpos, estimulando as resistências destas pedagogias em prol das invenções de outros modos de existir que se abrem para outras práticas de si, práticas de liberdade, que não são pautadas pela sujeição às formas subjetivas prescritas por tais pedagogias.

No texto é possível perceber que os autores colocam a narrativa dos trabalhadores na pesquisa como participantes ativos e passivos dessa dinâmica pedagógica. Encontrando, ao mesmo tempo, na operacionalização acontecimentos que tem por finalidade formatar corpos (tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado), mas também encontra espaços para acontecimentos que promovam práticas de liberdade.

Já no artigo intitulado “Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios” (2020), não há nenhuma concepção de “território” explícita. A palavra é citada apenas uma vez no texto, especificamente no resumo: “circulação no território”.

Levando em consideração o texto por completo, dá-se a entender que este único uso da categoria território, esteja relacionado com circulação e ocupação de espaços sociais, espaços da vida cotidiana, que acontecem fora do CAPS.

Esse tipo de compreensão determina a operacionalização da atenção com ações que visam estabelecer uma rede de cuidado com um foco na “reabilitação psicossocial e inclusão social”.

Ainda que os autores não desenvolvam o território enquanto tema, é perceptível no texto uma compreensão do modelo assistencial condizente com as diretrizes da RAPS que, por sua vez, tem o território como orientação.

Quanto à narrativa dos trabalhadores, o que se tem, são apenas relatos que condizem com a compreensão de território no texto. Falas que a confirmam. Sua construção é de tal maneira que não há nenhuma menção ou tensão apontada para um questionamento quanto a operacionalização destes trabalhadores estarem alinhados com uma compreensão de território envolvida.

O texto sobre “Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território” (2020), também não apresenta uma concepção explícita de território, porém a compreensão que se tem é de além do espaço físico-geográfico: são espaços e percursos que compõem a vida das pessoas. Engloba o cotidiano das pessoas, as relações, afetos, instituições e aparelhos sociais da comunidade. Os autores usam termos como “serviços territoriais”, “cuidado territorial” e “rede territorial” para designar o território como o lócus privilegiado do cuidado.

Em sua pesquisa nas narrativas dos entrevistados (todos gestores) há uma concordância com a compreensão acima. Compreendem o território como uma rede potente de recursos e suporte, o local onde se deve investir as ações de cuidado da Atenção Especializada e da Atenção

Básica. Não à toa enfatizam o tema da acessibilidade aos serviços, da rede de serviços especializados, não especializados e de aparelhos sociais para ampliação dos espaços de cuidado no território. A noção de território aqui está muito ligada à comunidade local.

Isso impacta diretamente no planejamento e na política da atenção à saúde mental, nas formas de cuidado, visando a autonomia, a cidadania, a solidariedade, a participação ativa da comunidade e dos usuários nos processos de trocas sociais na cidade, transformando assim as relações da sociedade com a loucura na construção de redes efetivas e afetivas que levam em consideração os recursos do território e têm ele como referência para construir territórios que garantem a coexistência da diferença.

Muito embora não haja uma compreensão de território explícita no texto “Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações” (2019), deixa ver, de forma indireta, como uma noção de extensão do cuidado que ocorre dentro das instituições. Incluindo com isso um cuidado continuado no território, contando com ações e suporte intra e intersetoriais.

Encontrou nas narrativas dos trabalhadores denúncias de que a operacionalização da atenção não está pautada na noção de cuidado em território continuado em rede, mas sim em resquícios do modelo institucionalizante, medicamentoso, que são impostas por barreiras burocráticas da própria instituição e precariedades diversas. Em algumas falas dos entrevistados se vê tais resquícios, por exemplo, na falta de acolhimento ao usuário com sofrimento mental que nem chega a ser atendido, acolhido, quando chega na Atenção Básica e já encaminham para o CAPS. Demonstrando assim uma compreensão de território como adscrição de clientela³, operacionalizado de forma compartimentada que não se comunica entre si.

³ Entende-se por adscrição de clientela a demarcação de um território ou população sob responsabilidade de uma equipe (um serviço).

A consequência disto resulta em uma falta de compartilhamento do cuidado, do cuidado em rede, ou seja, da livre circulação do usuário pelos serviços da rede com potencialização de outros espaços de cuidado. Dificultando, dessa maneira, o acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento, além de reforçar práticas de cuidado institucionalizadas, fragmentadas, segregadoras, excludentes e não inclusivas.

Considerações Finais

Dos 9 artigos analisados, em 5 deles não há uma definição explícita de território. Nos 4 artigos em que há uma definição explícita, 3 o definem como um espaço social relacional privilegiando a dimensão afetiva e existencial, enquanto 1 traz uma compreensão que dá ênfase nas ações fora da instituição, nas ruas, na família, na sociedade, valorizando a intersectorialidade.

De maneira geral, todos compreendem o território como algo que transborda o sentido puramente físico, geográfico e institucional. Cada um a seu modo, com noções de cotidianidade, existência, afetação, circulação, ocupação de espaços sociais, comunidade, intersectorialidade, apontam para a superação do modelo manicomial, asilar, institucionalizante do cuidado e atenção às pessoas com sofrimento psíquico. Indicando e incorporando uma noção de território que é processo e produto das relações sociais, lugar de experiências, convivências e subjetivações. Trazem na compreensão de território a pedra angular de orientação para a operacionalização da atenção com práticas desinstitucionalizantes.

Entretanto, quando se trata da atenção em saúde mental, parece ser que as práticas de cuidado estão sendo operadas a partir de uma outra compreensão, não claramente explicitada. Dos 8 artigos que versavam sobre a operacionalização de tais práticas, 1 não toca o tema, 6 encontraram uma ambiguidade na coerência da compreensão operada nas narrativas e nas práticas. A compreensão operada nas práticas de atenção encontradas nos textos, em sua maioria,

não condiz com a compreensão narrada. Foram destacadas compreensões operacionalizadas de território institucional, de adscrição de clientela, jurídico e de unidade geográfica.

Isso significa que, a depender da compreensão de território operada, a atenção em saúde mental, nas suas distintas estratégias, pode variar de qualidade, intensidade e efetividade.

Ainda há resquícios do modelo manicomial, asilar e segregador nas instituições, na comunidade e na cultura. Sua aparição não se dá nas narrativas, tampouco nas diretrizes, mas se decanta nas práticas de atenção.

Sendo assim, torna-se necessária pesquisas e dispositivos de avaliação da operacionalidade das práticas de atenção em saúde mental.

Referências Bibliográficas

- Almeida, I. S. de ., & Campos, G. W. de S.. (2019). Análise sobre a constituição de uma rede de Saúde Mental em uma cidade de grande porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7), 2715–2726. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.20122017>
- Bertagnoni, L., & Galheigo, S. M.. (2021). Retratos, relatos e impressões de crianças moradoras da periferia de São Paulo sobre a cidade. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 29, e2803. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2120>
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a criação de redes de atenção psicossocial. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- _____. (2019). *Clínica ampliada: Uma abordagem para o cuidado integral* (2ª ed.). Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

- Chiabotto, C. da C., & Robinson, P. G.. (2023). Cartografia das tensões no cuidado em saúde mental a partir da ferramenta analisadora “usuário-guia”. *Trabalho, Educação E Saúde*, 21, e02228218. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2228>
- Fonseca, R. M. A. M., & Gallassi, A. D.. (2021). Práticas de cuidado extramuros nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: a ocupação cidadã. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200369. <https://doi.org/10.1590/interface.200369>
- Fontgalland, R. C., Melo, C. de F., Mello, A. V. R. G., & Ferreira, M. P. A. (2022). A Prática dos Psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial em diferentes estados brasileiros. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(2), 45-71. Epub 31 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.26864/pcs.v12.n2.3>
- Lima, D. K. R. R., & Guimarães, J.. (2019). Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 29(3), e290310. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>
- Morais, A. P. P., Guimarães, J. M. X., Alves, L. V. C., & Monteiro, A. R. M.. (2021). Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 1163–1172. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>
- Oliveira, I. L. de, Sampaio, J., Ferreira, T. P. da S., Gomes, L. B. ., & Araújo, J. R. M. de. (2022). Repetir, repetir – até ficar diferente: cartografia de um cuidado. *Fractal: Revista De Psicologia*, 34, Publicado em 05/12/2022. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/29080>

- Sanches, L. R., & Vecchia, M. D.. (2020). Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios . *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e200239.
<https://doi.org/10.1590/interface.200239>
- Souza, Â. C. de ., Amarante, P. D., & Abrahão, A. L.. (2019). Inclusion of mental health in primary health care: care strategy in the territory. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(6), 1677–1682. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>
- Vasconcelos, M. de F. F. de ., Seffner, F., & Melo, M. R. de .. (2020). “*Gente é mais que homem*”: gênero e cuidados em álcool e outras drogas. *Educar Em Revista*, 36, e75406.
<https://doi.org/10.1590/0104-4060.75406>

**COMPREENSÃO DE TERRITÓRIO NOS DOCUMENTOS DA POLÍTICA
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DA POLÍTICA À LITERATURA
CIENTÍFICA**

Introdução

A Constituição Federal do Brasil criou os direitos sociais, um feito que, por si só, representa um avanço substantivo na cultura democrática do país, levando à consequente criação de políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos inerentes à cidadania (Brasil, 1988).

Neste contexto de aprimoramento institucional do Estado brasileiro, é possível encontrar o direito social à saúde e a sua respectiva política pública. A criação de um direito dessa natureza, traz consigo uma série de desafios, principalmente a sua regulamentação e implementação na forma de estratégias de atenção e proteção à saúde.

Dentre as muitas questões relevantes que atravessam a política pública de saúde está aquela que interroga sobre a forma como a atenção e a proteção serão viabilizadas e operacionalizadas para benefício direto da cidadania. Pensar a forma estratégica de como realizar a entrega do direito à saúde, de forma a atender a demanda dos usuários do serviço, é um desafio de primeira grandeza para a União, Estados e Municípios.

Quando se pensa em questões relacionadas à entrega de um serviço, o tema da gestão estratégica emerge com toda a sua relevância. Sem um adequado desenho da estratégia de entrega da atenção e da proteção à saúde, a população continuará desatendida e desprotegida.

Um dos elementos que constituem a estratégia é a definição e delimitação das responsabilidades de gestão e sua abrangência. Seguindo a tradição político-geográfica de organização do espaço pela mediação da noção de fronteiras, a estratégia de atenção em saúde termina também sendo organizada territorialmente, isto é, em um espaço definido pelas suas zonas limítrofes, no interior do qual se desenvolveria a organização e a execução institucional da atenção e da proteção em saúde.

A noção de território não resolve, por si só, todas as demandas de implementação de um serviço à cidadania. Outro aspecto de fundamental importância é a institucionalização, que se dá na forma de sistema, no caso específico da política pública de saúde, na forma de Sistema Único de Saúde (SUS). No interior do sistema operam um conjunto de redes de atenção, proteção e saúde, entre elas a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde (RAPS), que articula os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades responsáveis pela atenção e proteção à saúde mental nos Municípios.

É a partir da instituição da RAPS que se passa a dar outros contornos à organização e à noção territorial. Mais do que um espaço definido pelas suas zonas limítrofes, traz uma noção de território mais complexo, vivo, dinâmico e com aspectos socioculturais.

A saúde mental passou a ser pensada e priorizada na comunidade, em equipamentos territorializados⁴, através de estratégias e dispositivos de atenção e cuidado substitutivos aos hospitais psiquiátricos, capazes de atender à multidimensionalidade das pessoas, bem como a complexidade deste processo de cuidado. (Fontgalland et al., 2022; Morais et al., 2021; Pereira Neto et al., 2020; Sanches & Vecchia, 2020).

Instituiu-se pela Portaria n. 3.088, em 2011, o estabelecimento de estratégias, dispositivos e tecnologias de intervenção que potencializam a integração e articulação dos serviços de saúde mental com os diversos equipamentos sociais e de saúde presentes no território. Visando assim ampliar os espaços de circulação, inclusão, participação e promoção da autonomia dos usuários e familiares atendidos, na dinâmica social (Brasil, 2011).

Neste modelo de atenção psicossocial marcadamente caracterizado por um cuidado baseado em intervenções terapêuticas no território, traz consigo a proposta de uma ampliação do

⁴ Serviços ou unidades de atendimentos que estão integrados ao território e a comunidade.

conceito de saúde, levando em consideração a construção histórica do usuário não separado do território em que vive e que é, portanto, cenário das práticas de saúde voltadas ao mesmo. Ou seja, isto trouxe e traz como consequência um compromisso com o campo epistemológico, as produções de saberes, e as intervenções políticas, jurídicas, e socioculturais em relação a este que se apresenta em sofrimento psíquico e à loucura (Moraes et al., 2021; Lima & Guimarães, 2019).

Entender a compreensão de território nela operada é o divisor que definirá como será a entrega e a efetividade de fato da atenção e da proteção da saúde, do direito à saúde.

Território na política pública de assistência à saúde mental

A compreensão de território que encontramos nas diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída através da Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, é a de local, espaço geográfico. Entretanto, essa compreensão também considera particularidades do local, como a comunidade, pontos de atenção da rede de saúde, a cultura, o trabalho e a renda. Utilizam o termo “território” e “territorial” para designar uma ação que considera variados recursos disponíveis no espaço geográfico a fim de garantir uma melhoria das condições concretas de vida dos usuários e seus familiares, aspirando ampliar a autonomia e a contratualidade social destes (Brasil, 2011).

É possível percebê-lo no Artigo 2 das diretrizes que versa sobre o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, em especial nos incisos VII e IX:

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; (...) IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. (Brasil, 2011)

E também no segundo parágrafo do artigo 12, que trata sobre o componente Reabilitação Social da Rede em que é composto por iniciativas de geração de renda e trabalhos solidários:

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

(Brasil, 2011)

Por um lado, há uma compreensão de território como delimitação, adscrição, trazendo uma lógica de organização de redes de serviços hierarquizados, por outro lado, ao orientar suas atividades no território e na comunidade, traz consigo um território que é vivo - estas características são resquícios que vem desde a Constituição Federal de 1988 que abordaremos a seguir.

Apesar de não haver uma compreensão explícita de território nos textos das diretrizes da RAPS, sua orientação associada à participação da comunidade faz com que se perceba, de fundo, uma compreensão de território que é vivo.

O refinamento dessa compreensão advém de um percurso que se iniciou na Constituição Federal de 1988, passando pelas Portarias que criaram e regulamentaram o Sistema Único de Saúde e suas Estratégias de Saúde. Vejamos um pouco como isso se deu.

Na SEÇÃO II da Constituição Federal de 1988, intitulada “DA SAÚDE”, cria-se, do artigo 196 ao 200, o direito universal social à saúde. Neles, em nenhum momento é citado a palavra “território”. Entretanto, é no artigo número 198, e no inciso III deste, que encontramos o que nos parece ser a base que se decantou na RAPS. “Art. 198. As ações e serviços públicos de

saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:”, inciso “III - participação da comunidade” (Brasil, 2016).

Podemos perceber que, de fundo, encontramos uma noção de regionalização, algo que remete a uma noção de espaço geográfico. Esta noção parece ser o meio pelo qual as ações e os serviços públicos se organizam para viabilizar o Sistema Único de Saúde nas suas esferas hierárquicas político-administrativas. Porém, é no inciso III que vemos uma orientação desta regionalização que não deixa ser compreendida unicamente como compreensão geográfica-político-administrativa. É através da participação da comunidade como diretriz que a Constituição inclui uma compreensão de um espaço geográfico que é vivo, dinâmico, e peculiar em cada regionalidade.

Vemos isto ser herdado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), que institui o Sistema Único de Saúde. Nela é possível perceber, igualmente, que a compreensão que se tem de território operado é a de espaço geográfico. Porém, tal como na Constituição, é através de um artigo - do Capítulo II, Dos Princípios e Diretrizes, o sétimo -, que encontramos a participação da comunidade como seu princípio de ações que faz com que possa ser pensado como uma ampliação ao condicionar tal noção. Mais especificamente em seu inciso VIII, como vemos:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: (...) VIII - participação da comunidade. (Brasil, 1990)

Seguindo esta esteira, é possível observar esta mesma lógica decantada na Portaria N° 336, de 19 de fevereiro de 2002, que versa sobre a regulamentação do CAPS, suas modalidades, organização e funcionamento (Brasil, 2002).

A compreensão de território nela encontrada é a de um território adscrito. Uma compreensão adscritiva que se faz entender território como uma circunscrição de uma região responsável legalmente por uma instituição que, por sua vez, está ligada a uma Rede de cuidados, serviços e assistência em saúde mental. Porém, tal como encontrado nas Diretrizes da RAPS, o conjunto do texto aponta para a participação da comunidade e da inclusão social dos usuários como fatores basilares em suas ações. Tornando assim a noção de território, ainda que adscritiva, forçada a ser pensada e trabalhada fora dela. Vejamos: “4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades: (...) f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social” (Brasil, 2002).

Isso se repete na descrição da assistência ao CAPS I, II, III, i, e AD. Com um adicional no CAPS i, dando enfoque a integração das crianças e adolescentes na família, na comunidade, na escola, ou quaisquer outras formas de inserção social.

Ora, percebemos então que a noção de território nestes textos da política, desde quando usada pela primeira vez na constituição do SUS até as portarias que a sucederam, se dá como uma noção de espaço geográfico politicamente circunscrito e de maneira não explícita.

Contudo nota-se, aqui de maneira explícita, que há um apelo à comunidade como tentativa de abarcar, balizar e acessar a vida que existe para além das determinações ficcionais adscritivas.

Este apelo nos faz refletir que a compreensão em questão não se trata de uma lógica de conjuntos em que, ao propor abarcar um fenômeno vivo e em movimento, a comunidade está

contida no território circunscrito politicamente. Pelo contrário, destaca-se assim uma característica relacional desta compreensão que torna este território vivo.

É na relação do território com a comunidade, com a rede de atenção, com a cultura, com o trabalho e com a renda, que se aposta, como elemento fundamental, para conseguir de fato assistir, atender e proteger o cidadão e a comunidade.

Dito de outra maneira, colocar o território em tensão com todos esses elementos, que são co-constitutivos, parece ser, não apenas o fundamento que dá esta compreensão, uma noção de território que tensiona e vai além das determinações ficcionais adscritivas, mas aquilo que passa a ser o centro das preocupações clínicas.

Entretanto, a falta de uma compreensão explícita de território nestes textos, ou até mesmo não as levar em consideração adequadamente, faz com que se tornem instituições fragilizadas. Podendo ter como consequência o risco de ser mal compreendido por gestores e operadores da política, por exemplo. Isso significa que, dependendo da compreensão de território operada, a atenção em saúde mental, nas suas diversas estratégias, pode variar de qualidade e efetividade.

Furtado (2016) chegou a esta conclusão em seu artigo no qual buscou compreender como o termo território vem sendo utilizado e considerado nos seus diversos usos em artigos, estudos e documentos oficiais (leis, portarias, relatórios, guias e orientações normativas e técnicas do Ministério da Saúde) sobre a reforma psiquiátrica brasileira, e sua efetivação de fato. Percebeu que, na busca por reinserção social de pessoas com sofrimento mental grave nos documentos oficiais, há uma evidente ideia simplista e administrável da noção de território lá encontrada, diferente do que aparecem no conjunto (não de todos) dos textos científicos.

O autor afirma que, nestes documentos, o que prevalece é uma noção frágil e inocente de território, que não abarca a complexidade e dificuldade do processo de reabilitação psicossocial e

inserção social de pessoas com transtorno mental grave. Encontrando neles uma noção de território que compreende um espaço físico e social preparado para dar início a tal processo. Entretanto, ignora-se o fato de que nestes territórios são locais em que se exercem e disputam poderes, resistências, das mais variadas ordens - da comunidade, das burocracias, dos controles da instituição, e da política. Trazendo consequências graves e sofrimentos àqueles que são centrais nesta empreitada inclusiva (Furtado, 2016).

Dutra e Oliveira (2015), assim como Furtado (2016), compartilham da mesma conclusão, a saber, de que apesar do termo “território” ter sido incorporado ao vocabulário da Saúde Mental, não corresponde a um conceito e modo de operar compartilhado por todos os agentes, tornando assim uma noção imprecisa. Sendo fundamentado de forma híbrida entre referenciais teóricos ou não, ademais, sempre colocado como alusões de um “ideário avançado, sem que necessariamente se enfrentem às respectivas implicações políticas e sociais” (Furtado, 2016).

As consequências da abstração da noção de território das relações de poder e resistências em jogo, alerta o autor em tela, é o risco entre uma verdadeira inserção no território e uma transinstitucionalização⁵.

Ou seja, além de não concretizar o que preconiza a política, tanto o campo científico quanto o burocrático, tornam ainda mais vulneráveis e fragilizados tanto os trabalhadores da saúde mental quanto os usuários.

⁵ O autor faz referência ao artigo “Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países” de Bandeira M. (2012). Uma revisão das principais dificuldades que outros países tiveram no processo de desinstitucionalização, a fim de obter “(...) lições a serem retiradas das tentativas feitas por outros países, de colocar em prática e tornar cada vez mais viáveis as conquistas do movimento de saúde mental comunitária.” (Bandeira M, 2012, p.180)

Seu alerta visa tornar figura a dificuldade real da dimensão política e social encontrada na prática dos trabalhadores da rede de saúde mental e dos usuários atendidos, muitas vezes, não problematizada pelos documentos oficiais e artigos da própria área da saúde mental.

Não à toa encontramos autores como Oliveira et al. (2022), Moraes et al. (2021), Fonseca e Gallassi (2021), Cardoso et al. (2020), Azambuja e Ferreira (2019), Ferreira et al. (2017) e Furtado (2016), para citar alguns, que defendem uma leitura da compreensão de território nos textos da política, em especial da RAPS, como algo que transborda a noção de território puramente geográfico, ampliando sua noção como espaço social da experiência-sofrimento e de lugar privilegiado de produção do cuidado, ligada à realização de ações nas ruas, na cidade, no cotidiano das pessoas, enfim, fora das instituições.

Segundo Ferreira et al. (2017), compreender território como algo além da noção de espaço geográfico (paisagem e ambiente fixo), é considerar a capacidade de produção de vínculos não apenas com os serviços da rede, mas principalmente com a comunidade. Dessa maneira, “ser de base comunitária implica trabalhar no e com o território existencial de cada indivíduo, ou seja, com seu modo de produção de vida, costurando redes de cuidado, a partir dos recursos disponíveis na vida cotidiana de cada usuário” (Ferreira et al., 2017).

Por esta perspectiva, território é espaço social, lugar da experiência-sofrimento e dos modos singulares de existir da vida. Passa-se a entender a existência, a vida cotidiana e os espaços de circulação desta, como tecnologia potente de produção do cuidado e de vida.

Compreender território como território existencial, segundo Ferreira et al. (2017), é reconhecer suas redes vivas de cuidado e descuidado, suas linhas de fuga possíveis na sua produção de (novos) modos de subjetivação.

É na interação, na construção de vínculos, nas conexões relacionais que acontecem no território - na comunidade, entre as pessoas, na família, nas redes institucionais de cuidado com as equipes cuidadoras, nos aparelhos sociais e comunitários -, que se entende como produtoras de vida.

Essa compreensão abre para a dimensão cultural da existência humana que a própria RAPS, no inciso III do artigo 2, traz o “combate a estigmas e preconceitos” como diretriz constituinte de funcionamento. Este inciso está intimamente ligado aos incisos VII e IX, já citados aqui⁶, que enfatizam o estabelecimento de serviços de base territorial e comunitária, com desenvolvimento de atividades no território a fim de favorecer a inclusão social, a autonomia, ao exercício da cidadania e participação dos usuários e de seus familiares. (Brasil, 2011)

Compreender território para além da dimensão física, geográfica e político-administrativa, é visar atingir uma mudança também na dimensão cultural, no valor social da loucura.

Morais et al. (2021) destacam que a interdisciplinaridade e o território são pedras angulares para se criarem estratégias que promovam o empoderamento, a emancipação e a construção de novas relações da sociedade com a loucura baseadas no acolhimento e respeito às diferenças. Ademais, tomá-las como orientação é propor práticas potencialmente desinstitucionalizantes, não estigmatizantes, nem excludentes, mas que visam uma transformação sociocultural, uma construção de autonomia e de poder contratual do usuário.

Ora, entendendo que as produções de vida são operadas cotidianamente nos territórios, nas comunidades, pelos trabalhadores da saúde mental e pelos cidadãos, trazer os usuários com

⁶ “VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; (...) IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;” (Brasil, 2011)

as suas percepções, vivências e multidimensionalidades - como os vínculos que são vividos no território existencial de cada indivíduo - é dar protagonismo e participação cidadã na comunidade em que eles pertencem. É tentar ampliar as possibilidades de produção de redes de apoio social, produzir vida na vida (Ferreira et al., 2017).

Dentre as possibilidades de compreensões de territórios que encontramos na literatura sobre saúde mental destacamos uma noção de território sugerida por Azambuja e Ferreira (2019) e Furtado (2016) que tem como inspiração uma noção de território trabalhado na Geografia Crítica por Rogério Haesbaert, assinalada como multiterritorialidade.

Um conceito que compreende território de maneira ampla⁷, além da noção de espaço como algo concretamente percebido e objetivado, como um desdobramento de um longo continuum que perpassa a dominação político-econômica concreta e funcional, um espaço delimitado que se exerce poder, relações de poder, e que essa operação se dá por meio dele (do espaço), até a apropriação subjetiva cultural e simbólica.

Nas palavras de Haesbaert:

Mais do que de “território” unitário como estado ou condição clara e estaticamente definida, devemos priorizar assim a dinâmica combinada de múltiplos territórios ou “multiterritorialidade”, melhor expressa pelas concepções de territorialização e desterritorialização, principalmente agora que a(s) mobilidade(s) domina(m) nossas relações com o espaço. Essas dinâmicas se desdobram num *continuum* que vai do caráter

⁷ Sua definição de território é “(...) a partir da concepção de espaço como um híbrido - híbrido entre sociedade e natureza, entre política, economia e cultura, e entre materialidade e "idealidade", numa complexa interação tempo - espaço, como nos induzem a pensar geógrafos como Jean Gottman e Milton Santos, na indissociação entre movimento e (relativa) estabilidade - recebamos estes os nomes de fixos e fluxos, circulação e "iconografias" [na aceção de Jean Gottman], ou o que melhor nos aprouver. (...) o território pode ser concebido a partir da imbricação de múltiplas relações de poder, do poder mais material das relações econômico-políticas ao poder mais simbólico das relações de ordem mais estritamente cultural.” (Haesbaert, 2007, p.79)

mais concreto ao mais simbólico, sem que um esteja dicotomicamente separado do outro. No caso de um indivíduo e/ou grupo social mais coeso, podemos dizer que eles constroem seus (multi)territórios integrando, de alguma forma, num mesmo conjunto, sua experiência cultural, econômica e política em relação ao espaço. (Haesbaert, 2007, p.341)

A multiterritorialidade é para Haesbaert uma alternativa conceitual do que muitos autores denominaram de desterritorialização. Categoria que o inspira a refletir e escrever sobre em sua obra principal: “O Mito da Desterritorialização: do “Fim dos Territórios” à Multiterritorialidade”, de 2007.

Nela, chega à conclusão que, conforme descreve em um artigo, muito mais do que simplesmente perder ou destruir nossos territórios - discussão que está em torno da desterritorialização -, ou nossos processos de territorialização (entendido enquanto processo, ação, movimento, dinâmica), “estamos na maior parte das vezes vivenciando a intensificação e complexificação de um processo de (re)territorialização muito mais múltiplo, "multiterritorial"” (Haesbaert, 2010, p.19).

A multiterritorialização (enquanto ação ou processo), ou a multiterritorialidade, é resultado não apenas da sobreposição ou ligações entre múltiplos tipos territoriais⁸, mas das condições que permitem a sua realização, que incluiria uma maior diversidade territorial. Sua efetividade, sua construção e usufruto, vai depender das condições de possibilidades como a disponibilidade ou facilidade de acesso à redes-conexões (ou seja, uma maior fluidez no espaço), sua natureza rizomática, descentralizada, o contexto socioeconômico, a condição de liberdade (individual ou coletiva), e a cultura (Haesbaert, 2007).

⁸ Para uma distinção e aprofundamento pormenorizado dos tipos de compreensões de território, territorialidade, territorialização reterritorialização e desterritorialização na literatura científica, além de sua principal obra “O Mito da Desterritorialização: do “Fim dos Territórios” à Multiterritorialidade”, de 2007, vide o artigo Território e Multiterritorialidade: um debate, de Haesbaert (2010).

Explica o autor que há dois tipos de leituras da multiterritorialização, uma sendo de maneira zonal, de territórios de rede geralmente hierarquizada, sobreposta e com ligação na forma de uma rede territórios-zona. Casos de organizações político-administrativas, múltiplas jurisdições territoriais, como constituições políticas do Estado, municipalidades chegando até as políticas públicas da saúde, como no caso de nossa discussão, na constituição do SUS e nas Diretrizes da RAPS.

A outra diz respeito a um território-rede, ou rede-território, que não é possível mensurar ou distinguir um começo nem um fim, tampouco onde irá eclodir tal formação, podendo ser também rizomáticas.

O processo de territorialização se dá a nível individual ou em grupos, em suas relações sociais de poder, sempre implicando uma interação territorial e um entrecruzamento diverso destes.

A multiterritorialidade, ou a possibilidade de acessar e conectar-se a diversos territórios, diz o autor, se dá tanto através de uma mobilidade concreta em um meio físico quanto no virtual - sem deslocamentos no meio físico como as experiências proporcionadas pelo ciberespaço.

Os diferentes territórios que conseguimos mobilizar, transitar, são experiências sempre novas, flexíveis e mutáveis. Não se trata de uma reunião ou justaposição de múltiplos territórios, mas sim de uma multiterritorialidade. Portanto, para tal, é importante que se tenha mais alternativas territoriais, facilidades de acesso e velocidade de mudança. Porém, não se trata apenas de acessibilidade, de acessar diferentes territórios, mas sim de vivenciá-los simultaneamente e/ou sucessivamente, em conjunto (Haesbaert, 2007).

Sempre salvaguardando “(...) que se trata de uma experiência moldada pelas distintas “geometrias de poder” em que estamos mergulhados, ou seja, profundamente diferenciada de acordo com as classes sociais e os grupos culturais a que pertencemos” (Haesbaert, 2007, p.345).

A depender das possibilidades e potencialidades multiterritoriais, como a condição econômico-política e da pré-disposição cultural do indivíduo ou grupo nessa vivência multiterritorial, nossa construção territorial (ou multiterritorial) se dá “através das funções que desempenhamos e das significações que propomos através de nossos movimentos no interior dos espaços urbanos” (p.350).

Ou seja, como dito anteriormente, a depender do contexto social, de ordem econômica, político, cultural e identitária que estamos situados, definem a maior ou menor intensidade de nossa multiterritorialidade.

Isso significa que temos como possibilidade a vivência de múltiplos territórios em simultâneo, combinando-se e construindo-se em uma espécie de território-rede. Porém, ao mesmo tempo, isto pode ser um problema para algumas pessoas que se encontram em condições de possibilidades de menor intensidade multiterritorial. Nas palavras do autor: “Este movimento significa possibilidades, acesso, abertura, mas também, ao mesmo tempo, significa exclusão, grandes exclusões espaciais de vastas áreas e, assim, de mobilidade e relacionamento humano através da cidade” (Haesbaert, 2007, p.352).

Acrescentamos aqui, além do contexto social, econômico, político, cultural e identitário apontados pelo autor, a condição e o estado de saúde das pessoas. É o caso das pessoas com sofrimento mental quando não incluídas na sociedade e na circulação desta. A operacionalização da atenção, do ponto de vista de um cuidado territorial que se compreende a partir de um local fixo, uma circunscrição delimitada politicamente, se torna institucionalizadora - como já alertado

anteriormente por Furtado (2016) e Bandeira M. (2012). Faz o contrário do que é proposto na política, a saber: a contratualidade e inclusão social, a participação e autonomia, e o exercício de cidadania.

Mais do que uma simples forma de compreender uma palavra, o que se coloca em jogo é a vida das pessoas atendidas, a produção de saúde e de vida destas. A depender da compreensão que se opera de território poderá produzir liberdade ou exclusão. Nesse sentido, a compreensão de multiterritorialidade parece nos possibilitar uma maior produção de e em liberdade:

A um nível mais pessoal, talvez a multiterritorialidade, estritamente falando, seja uma condição durante a qual nos encontramos realmente capacitados e somos livres não somente para viver territórios profundamente distintos, entrando e saindo deles quando quisermos, mas, sobretudo, para construir outros, fruto de uma articulação pessoal, produzindo, assim, mais múltiplos e “únicos” territórios - únicos, aqui, no sentido da articulação ou da combinação singular que eles promovem. (Haesbaert, 2007, p.360 e 361)

Tanto Azambuja e Ferreira (2019) quanto Furtado (2016) utilizam a noção de multiterritorialidade proposta pelo geógrafo Haesbaert aplicando-a à vida cotidiana, entendendo que atravessamos e vivemos diariamente vários territórios (familiar, do trabalho, da escola, etc). Portanto, nas nossas experiências temos como possibilidade a multiterritorialidade, territorializamos e desterritorializamos a todo tempo e até mesmo ao mesmo tempo. Atualizamos constantemente o nosso território reconstruindo-o assim. E dessa mesma forma deve ser entendida a reinserção social do usuário, deve-se trabalhar com sua multiterritorialidade - juntamente com as suas dimensões restritivas -, e não apenas o território restrito à sua moradia

ou bairro, por exemplo. É preciso ampliar o gradiente de multiterritorialidade dos usuários, garantindo seu livre trânsito e direito à cidade multiterritorial.

Lembrando Haesbaert (2007):

Mais do que novas “formas”, o que interessa são as novas relações que estes múltiplos espaços permitem construir. Nunca é demais lembrar o pressuposto básico de que o território, no sentido relacional com que trabalhamos, não é simplesmente uma “coisa” que se possui ou uma forma que se constrói, mas sobretudo uma relação social mediada e moldada na/pela materialidade do espaço. Assim, mais importante do que as formas concretas que construímos são as relações com as quais nós significamos e “funcionalizamos” o espaço, ainda que num nível mais individual. (p.350)

Sendo assim, a conclusão a que chegamos é a de que a possibilidade de uma maior aproximação da entrega da atenção e da proteção à saúde para as pessoas em sofrimento mental, parece se dar através de compreensões como a multiterritorialidade. Somente uma noção de território complexa, vivo e dinâmico, que abarca as diversas dimensões do usuário, e levando em consideração as relações e disputas de poder existentes em jogo, é a que parece poder efetivamente se aproximar do que preconiza desde a Constituição, respeitando o direito de ir e vir, até às Diretrizes da RAPS, que busca a operacionalização de um atenção territorial, comunitária, com protagonismo social, reinserção social, cidadania, e combate ativo à exclusão social e ao estigma.

Não se trata de adequar a operacionalização à letra posta pelas leis, mas da busca tanto das leis quanto das compreensões para abarcar a vida em movimento que se manifesta em corpos afetivos livres. Compreender e buscar operar a atenção segundo uma ou outra compreensão de território definirá a qualidade e a efetividade da sua entrega à população.

Referências Bibliográficas

- Azambuja, M. A. de ., & Ferreira Neto, J. L.. (2019). Do Território à Multiterritorialidade entre Usuários, Trabalhadores e Pesquisadores em Saúde Mental. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 39(spe2), e226200. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003226200>
- Bandeira, M. (2012). Desinstitucionalização ou transinstitucionalização:: lições de alguns países. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 6(2), 171–182. Recuperado de <https://periodicos.unb.br/index.php/revistatp/article/view/17092>
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- _____. (1990). Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- _____. (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a criação de redes de atenção psicossocial. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- _____. (2002). Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as diretrizes de organização dos CAPS. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Cardoso, C. de S., Coimbra, V. C. C., Andrade, A. P. M. de ., Martins, M. de F. D., Guedes, A. da C., & Pereira, V. R.. (2020). Therapeutic trajectories of children attending a Children Psychosocial Care Center. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 41, e20190166. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190166>

- Dutra, V. F. D., & Oliveira, R. M. P. (2015). Revisão Integrativa: As práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aquichan*, 15(4). Recuperado a partir de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3756>
- Ferreira, T. P. da S., Sampaio, J., Souza, A. C. do N., Oliveira, D. L. de ., & Gomes, L. B.. (2017). Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 373–384. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>
- Fonseca, R. M. A. M., & Gallassi, A. D.. (2021). Práticas de cuidado extramuros nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: a ocupação cidadã. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200369. <https://doi.org/10.1590/interface.200369>
- Fontgalland, R. C., Melo, C. de F., Mello, A. V. R. G., & Ferreira, M. P. A. (2022). A Prática dos Psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial em diferentes estados brasileiros. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(2), 45-71. Epub 31 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.26864/pcs.v12.n2.3>
- Furtado, J. P., Oda, W. Y., Borysow, I. da C., & Kapp, S.. (2016). A concepção de território na Saúde Mental. *Cadernos De Saúde Pública*, 32(9), e00059116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>
- Haesbaert, R. (2007). *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. – (3a. ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Haesbaert, R. (2010). Território e multiterritorialidade: um debate. *GEOgraphia*, 9(17). <https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2007.v9i17.a13531>
- Lima, D. K. R. R., & Guimarães, J.. (2019). Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis*:

Revista De Saúde Coletiva, 29(3), e290310. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>

Morais, A. P. P., Guimarães, J. M. X., Alves, L. V. C., & Monteiro, A. R. M.. (2021). Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 1163–1172. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>

Oliveira, I. L. de, Sampaio, J., Ferreira, T. P. da S., Gomes, L. B. ., & Araújo, J. R. M. de. (2022). Repetir, repetir – até ficar diferente: cartografia de um cuidado. *Fractal: Revista De Psicologia*, 34, Publicado em 05/12/2022. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/29080>

Pereira Neto, A., Ribeiro, B. D., Guljor, A. P. F., Barbosa, L., Sampaio, C. M. A., Castro, C. A. de ., & Amarante, P.. (2020). Eu quero entrar na rede: análise de uma experiência de inclusão digital com usuários do Caps. *Saúde Em Debate*, 44(spe3), 58–69. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E307>

Sanches, L. R., & Vecchia, M. D.. (2020). Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios . *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e200239. <https://doi.org/10.1590/interface.200239>

**COMPREENSÃO DE TERRITÓRIO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL - CAPS III**

Introdução

A atenção psicossocial em saúde é marco e divisor de águas na forma como se realiza a atenção em saúde mental pelas políticas públicas brasileiras. As estratégias de atenção estão organizadas e desenvolvem, ao menos em tese, suas ações dentro de territórios compartilhados por pessoas e por outras políticas.

Conforme estabelecem as diretrizes da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), a atenção deverá ser de base territorial e comunitária.

Isso significa que o foco da atenção em saúde mental deve estar centrado na comunidade e no território onde as pessoas vivem. Implicando assim em algumas diretrizes importantes: como a atenção localizada, que deve ser oferecida o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem, trabalham ou estudam; o conhecimento do contexto e população local, em que os operadores precisam conhecer e buscar entender o funcionamento da comunidade, da cultura local, e suas necessidades específicas; envolver a comunidade no processo de planejamento e implementação dos serviços de saúde mental; e, a integração com outros serviços sociais e de saúde da comunidade (Brasil, 2011).

Esse modelo de atenção busca reduzir a institucionalização e hospitalização desnecessária; promover a inclusão social, a autonomia das pessoas, a participação do usuário e da família no tratamento; fortalecer a rede de apoio social; desconstruir preconceitos; humanizar e democratizar o acesso à saúde mental, tornando-a mais acessível e efetiva (Brasil, 2011).

Um dos principais instrumentos da RAPS é o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um serviço de atenção contínua em saúde mental de porta aberta, acessível para a comunidade, de funcionamento 24 horas, que conta com uma equipe multidisciplinar e atende prioritariamente pessoas que se encontram em intenso sofrimento psíquico por consequência de problemas

mentais graves e persistentes, estando incluído também aqueles relacionados ao uso advindo de álcool e outras drogas, bem como outras situações clínicas que impossibilitem ou dificultem estabelecimento de laços sociais e realizações de projetos de vida. A depender da quantidade da população atendida, será definido, de maneira crescente, em CAPS I, II, III ou IV (Brasil, s.d.).

Nesse contexto, este artigo pretendeu estudar a questão da territorialidade na atenção psicossocial em saúde, focando um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) e seu respectivo território.

Para ser mais específico, trata-se de um estudo de caso que buscou discutir o tipo de compreensão de território que orienta a atenção psicossocial em saúde mental em um CAPS III do Município de Campo Grande - MS, bem como se essa compreensão condiz com a compreensão de território proposta pelas diretrizes da RAPS e pelas falas dos participantes.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com seis participantes operadores da política neste CAPS⁹. Após transcrições, tratamento e análise dos dados segundo o método de análise do conteúdo, se chegou a algumas unidades de análise que permitem uma adequada discussão temática da questão do território. São elas: TERRITÓRIO COMO ADSCRIÇÃO DE CLIENTELA OPERANDO NA RECEPÇÃO E NO 1º ACOLHIMENTO; TERRITÓRIO COMO ADSCRIÇÃO DE CLIENTELA OPERANDO NO ATENDIMENTO; OUTRAS FACETAS DA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO QUE CONSIDERAM O TERRITÓRIO: QUE TIPO DE TERRITÓRIO?

⁹ Por uma questão de sigilo e preservação de identidade optamos por não descrever detalhes sobre os participantes. Haja vista que na cidade em que se realizou este estudo possui poucos CAPS, consequentemente, poucos profissionais trabalhando nas unidades. Sendo assim, dar mais informações seria permitir a possibilidade de que tanto o local da pesquisa quanto os participantes pudessem ser identificados, o que fere o princípio fundamental da ética em pesquisa que é a privacidade e a confidencialidade dos dados do participante da pesquisa.

As unidades de análise, além de estarem referidas às falas dos participantes, refletem também conteúdos preconizados nos textos da política pública de saúde mental. É importante destacar que as unidades de análises, bem como as questões que delas emergem na discussão, não aparecem estanques nas narrativas dos participantes, são recursos teóricos e metodológicos para a análise e discussão da questão do território na atenção.

Sendo assim, será possível perceber que um ou mais temas, por exemplo, poderão facilmente atravessar várias unidades de análise. Temas como: acesso, vínculo, adesão, vulnerabilidade social e econômica.

O levantamento e coleta de dados referentes ao serviço de atenção em saúde mental no Município de Campo Grande, assim como a abrangência territorial do CAPS estudado, a geografia das condições de acesso e os textos da política Municipal, foram retirados dos sites da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU) e do Sistema Municipal de Indicadores de Campo Grande-MS (SISGRAN).

Neste artigo, não temos como objetivo abordar todas as questões relacionadas ao tema do território na atenção psicossocial em saúde mental. Na verdade, pretendemos provocar reflexões, a partir de questões provenientes do campo, bem como as consequências advindas das possíveis compreensões de território operadas pelos trabalhadores.

Acreditamos que assim desenvolvemos possíveis contribuições para a discussão das políticas públicas, como também do aperfeiçoamento da estratégia de atenção em relação ao seu respectivo território.

Território Como Adscrição De Clientela Operando Na Recepção E No 1º

Acolhimento

Conforme a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), § 2º do artigo 10, explicita que “no nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde” (Brasil, 1990).

Na sua esteira, a organização dos serviços de atenção à saúde mental, instituída pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, estabelece que seja de forma regionalizada e territorializada - “X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2011).

Com o objetivo de promover a integração regional das redes de atenção no Município, a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU), em seu Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025, propõe uma organização territorial através dos Distritos Sanitários - 7 Distritos que possuem em sua nomenclatura as regiões urbanas -, visando o reconhecimento das especificidades das diferentes bases regionais como: “a divisão territorial, os problemas ou práticas sanitárias e o processo de trabalho das unidades adscritas” (Sesau, 2021, p.26).

Estabelecida tal divisão territorial, os CAPS do Município estão distribuídos em um dos 7 Distritos, porém 3 deles estão responsáveis por atender 2 Distritos e 2 deles estão responsáveis por atender toda a demanda do Município - que é o caso do CAPS AD e do CAPS-IJ (Sesau, 2021).

Nesta configuração, a maneira na qual os CAPS - e outros dispositivos do SUS -, se organizam para entregar a atenção em saúde para os usuários se dá através de fluxos operacionais. Ao tratar de fluxos operacionais abre-nos questões a respeito do processo, por exemplo, de como isso acontece. É importante destacar que os operadores da política atuam e

organizam tais fluxos de maneira protocolar. Ou seja, determinam a cada novo acolhimento a repetição de uma certa forma de organização do processo que já está estabelecido na política.

Além de organizar, de maneira geral, dentre as possíveis características dos protocolos, destacamos duas funções. Por um lado, protege e ampara o profissional em seu fazer laboral. Haja vista que, ao se tratar de profissionais da atenção à saúde mental, suas ações e intervenções estão amparadas, por exemplo, na legislação que regula o exercício de sua profissão. Protegendo-o de possíveis reclamações e demandas dos usuários, de superiores e até da justiça. Por outro lado, tem como função proteger o usuário na medida em que serve para garantir que o mesmo receberá a atenção de maneira equitativa e segura - amparada nas legislações que regulam as profissões da saúde -, por exemplo, ao garantir que o mesmo não irá cometer abusos medicamentosos e acabar desenvolvendo outros problemas de saúde.

Ademais, a operacionalização de tais protocolos estabelecem com isso uma relação de atenção que traz subjacente uma compreensão de território.

Diante de tal compreensão de território, materializada em forma de fluxo de atenção pelos trabalhadores de um CAPS determinado por uma divisão territorial geográfica e responsável pela população de um ou mais Distritos Sanitários, torna-se possível perguntar se um tal fluxo, e uma tal operacionalização, condiz com a compreensão de território proposta pela política, em especial nas Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída através da Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011).

Aqui olharemos para uma das formas na qual este processo se inicia, a saber, o primeiro contato por demanda espontânea através da recepção, e conseqüentemente, primeiro acolhimento no CAPS.

Vejamos como isso acontece através da fala de um participante:

... porque quando a pessoa chega na recepção, o pessoal da recepção eles pede o cartão do SUS, o comprovante de residência e algum documento com foto. Aí eles preenche, ou atualiza.. no sistema. ... Só que somente a gente só atende os pacientes que são área da nossa área de abrangência, que é Aí quando é a paciente que não é da nossa área de abrangência, a gente atende e encaminha pro CAPS de referência. Por exemplo hoje, hoje eu fiz o atendimento de uma paciente que ela não é da nossa área de abrangência, ela mora no Aí eu fiz o atendimento dela, encaminhei pro CAPS de abrangência.

(Participante 2)

Como podemos perceber, o participante em tela simplesmente reproduz o protocolo. Cumprindo pontualmente, nesses casos, aquilo que está estabelecido protocolarmente na política, selecionando o usuário que está contido na área de abrangência, no(s) Distrito(s) Sanitário(s), do CAPS.

Na fala de outro participante vemos como isso se dá através do fluxo de acesso iniciado por um encaminhamento de uma Unidade Básica: “A.. se ele é referência das Unidades Básicas que a gente atende ... ele é nosso. Se ele não estiver dentro dessas áreas, ele vai se encaminhado pelo CAPS de referência” (Participante 6).

Dessa maneira, em ambas as situações, o operador não descreve apenas qual o tamanho da abrangência territorial, no sentido da adscrição de clientela¹⁰, do CAPS, mas também que a abrangência da atenção operada naquele CAPS tem, de maneira subjacente, uma compreensão de território como adscrição de clientela.

A atenção passa, assim, a ser fragmentada e impor uma compreensão de território operada diferente da operada pelo usuário.

¹⁰ Entende-se por adscrição de clientela a demarcação de um território ou população sob responsabilidade de uma equipe (um serviço).

Uma atenção que, ao ser operada baseada em uma compreensão de território como adscrição de clientela, acaba por atender o território distritalmente delimitado pelo texto da política, e não pelo território do usuário.

Mas então perguntamos: Qual é o tamanho do território do usuário? É o mesmo tamanho daquele estabelecido distritalmente pela política?

A resposta vem na continuação da fala de um participante.

A maioria não quer, porque é aqui perto Geralmente eles num num gostam de ir, pelo menos quando eu faço acolhimento, que é paciente que já conhece aqui, que já fez atendimento aqui, mas que mudou de outros bairros, que a gente não acompanha, eles não quer i.... Geralmente eles não gosta. (Participante 2)

O usuário oferece resistência à estreiteza do protocolo, que é calcado na abrangência e compreensão territorial como adscrição de clientela, por um simples motivo: ele está operando com uma outra compreensão de território. Uma compreensão que parece se dar através de outro tipo de vínculo que não é da ordem dos protocolos, mas sim da vida que se vive aí, em um território existencial.

Com todo o conjunto de coisas que podem estar envolvidas na busca do usuário por atendimento no CAPS mais próximo de sua casa, não se podem ignorar algumas questões como as de vulnerabilidade econômica e social, de segurança, de vínculo afetivo, e de distância. Estes elementos culminam em duas temáticas muito caras no que diz respeito à entrega da atenção e adesão ao tratamento em saúde mental, que são: o tema do acesso e o tema do vínculo.

Isso traz um problema para a efetividade da entrega da atenção e início do tratamento. Haja vista que em meio a esta operacionalização protocolar que possui, de maneira subjacente,

uma compreensão de território como adscrição de clientela não leva em consideração problemas reais de acesso dos usuários, tampouco o acompanha no fluxo de seu território existencial.

Uma das características que Ferreira et al. (2017) sugere como forma de compreensão de território nos textos da política é considerar a capacidade de produção de vida e de vínculos a partir dos recursos disponíveis que tornam possíveis a vida cotidiana do usuário, em seus espaços de circulação, em seu território existencial.

Isso não se aplica somente aos atendimentos de fato, mas também à forma como a política irá oferecer a atenção para que o usuário inicie o tratamento - os chamados: fluxos de acesso.

A resistência que apareceu na fala do participante acima não é isolada. Vejamos o relato de outro participante que toca nesta mesma questão e abre para outras:

Então às vezes uma rua impede que aquele paciente seja entendi.. atendido pela UBS ou pelo CAPS. Então, já aconteceu de paciente falar: “ai, nossa, mas na rua de cima o meu ful.. o meu colega é atendido lá no ...”. “Ah, tem um CAPS ... lá do lado da minha casa.” Aí eu me explico pra eles porque, né, eles têm que ser atendidos aqui. Porque existem questões de divisão de território.... Então eu acho isso.. eu entendo que alguém ia ser prejudicado, mas acaba que.. é.. eu acho pouco.. poucos CAPS pra atender tanta população. (Participante 5)

Aqui vemos novamente que, na prática, a assistência que deveria ser de base territorial está atravessada por linhas que delimitam administrativamente um território vivo de maneira mecânica - onde deveria ser orgânica. Demonstra um funcionamento operacional de um sistema que tem como proposta atender a população em seu território e na sua comunidade, mas que ao estabelecer seus contornos políticos desta maneira pode estar gerando resistências que podem

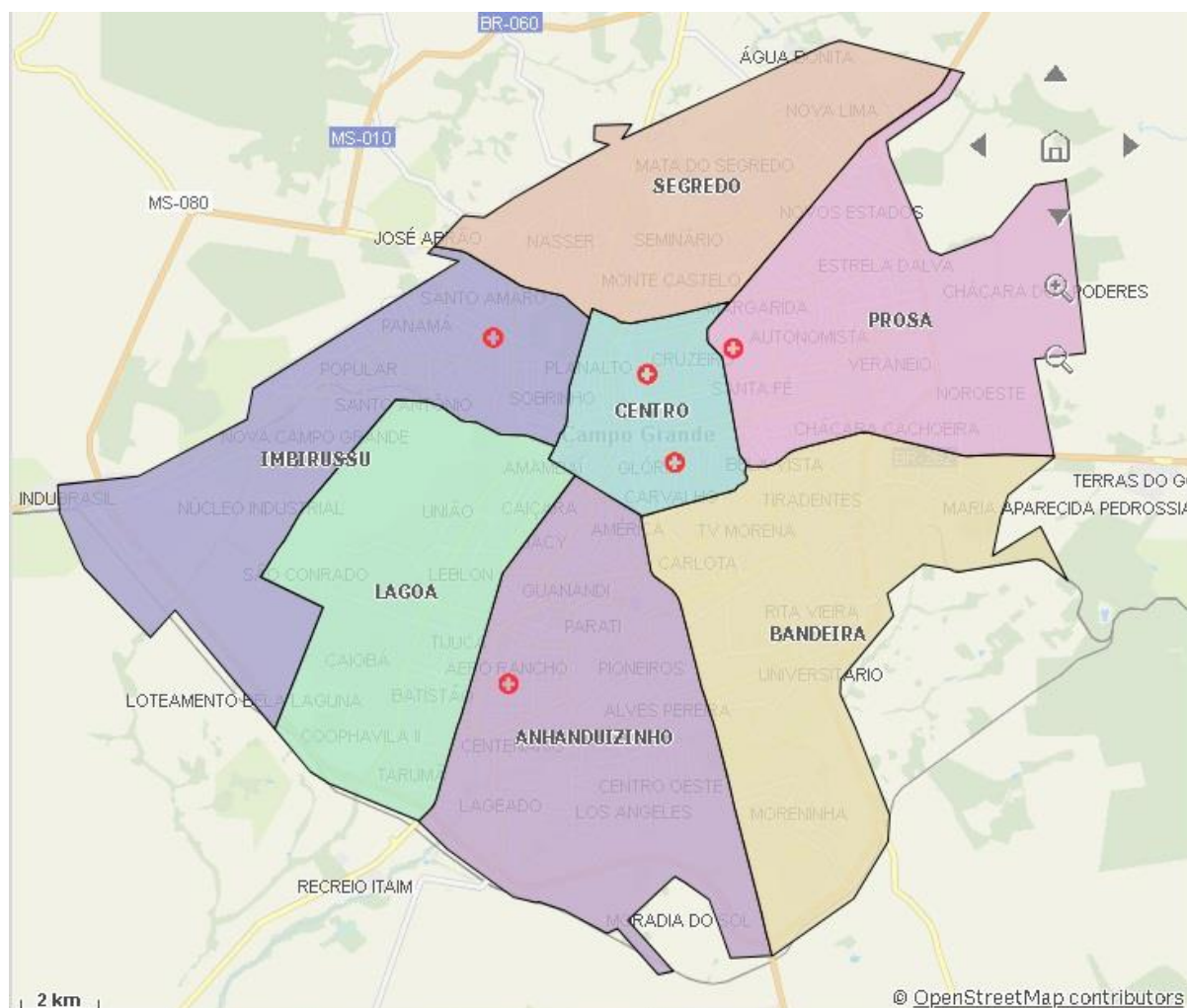
levar a desistências, abandonos e, conseqüentemente, não assistir ou dificultar o acesso à parte da população.

Portanto, aparecem-nos aqui, além da resistência do usuário à estreiteza do protocolo, algumas falas que nos mostram possíveis problemas a serem levados em consideração: é preciso colocar em questão a divisão territorial e distribuição dos Distritos Sanitários do Município, a quantidade de CAPS para o atendimento da população, e a localização destes em seus respectivos Distritos Sanitários.

Vejamos no mapa abaixo como está localizado e distribuído os CAPS nos 7 Distritos Sanitários do Município (Segredo, Prosa, Centro, Imbirussu, Lagoa, Anhanduizinho e Bandeira):

Figura 1

CAPS e Distritos Sanitários



Fonte: Sistema Municipal de Indicadores de Campo Grande (Sisgran, s.d.).

A rede de atenção psicossocial do Município de Campo Grande-MS, conforme pactuação do Plano de Ação Regional de 2019, conta com 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - AD IV, localizado no mapa acima no Distrito Centro no ponto mais abaixo, que atende todo o Município; 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil III, localizado no mapa no Distrito Centro no ponto mais acima, que atende todo o Município; 01 Centro de Atenção Psicossocial III Margarida, localizada no ponto do Distrito Prosa, que atende as Regiões de Saúde Prosa e Bandeira; 01 Centro de Atenção Psicossocial III Vila Almeida, localizada no ponto

do Distrito Imbirussu, que atende as Regiões de Saúde Imbirussu e Lagoa; 01 Centro de Atenção Psicossocial III Aero Rancho, localizada no ponto do Distrito Anhanduizinho, que atende toda a Região de Saúde Anhanduizinho; 01 Centro de Atenção Psicossocial III Afrodite Doris Contis, localizado no mapa no Distrito Centro no ponto mais acima (vizinho, ao lado, do CAPS IJ), atende as Regiões de Saúde Centro e Segredo (Sesau, 2021).

Como podemos perceber, a localização dos CAPS no mapa em que cobre a sua abrangência não favorece o acesso para quem mora nas extremidades do Distrito Sanitário. Outra questão é o fato de que essas linhas que dividem a abrangência dos CAPS acabam cortando bairros de uma tal maneira que ocorre a situação relatada pelo último participante. Em um único bairro, uma parte é coberta por um CAPS e outra parte (outra rua, como no relato) é coberta por outro CAPS. Fazendo assim com que pessoas que moram no mesmo bairro, mas que por suas residências estejam localizadas em Distritos Sanitários diferentes, tenham que se deslocar mais, ou menos, para receber atendimento no CAPS.

Os CAPS AD e IJ são dois casos à parte. Ambos têm como abrangência todo o Município, dificultando, igualmente, o acesso aos atendimentos das pessoas que moram nas extremidades dos distritos. Ainda que em seu bairro possua um CAPS próximo à sua casa, se for uma demanda de CAPS AD ou IJ ela será encaminhada pelo operador para o CAPS de referência, conforme o protocolo: “Então muitas vezes a pessoa procura pela proximidade, porém muitas vezes existe essa... procura pela proximidade, mas não é o CAPS de referência, entendeu?” (Participante 1).

Ainda que haja um acolhimento, e não se negue o atendimento, é preciso questionar quanto à efetividade de sua entrega e acesso, dada a maneira como está estabelecido os fluxos de acesso na política. A pessoa que é acolhida e encaminhada para outro CAPS, de fato dá

continuidade ao tratamento? Uma pessoa em sofrimento mental, uma família em sofrimento, que consegue buscar atendimento no CAPS mais próximo de sua residência, tem condições mínimas para se deslocar para outro CAPS em outra região? Uma família que, além da dificuldade do adoecimento mental, das dificuldades e consequências da dependência química, agora passa a ter que fazer a gestão desse deslocamento (tempo, dinheiro, planejamento, etc), terá condições de arcar com mais esta demanda?

A possibilidade de abandono e desistência aumenta ainda mais se essa pessoa e/ou família está em situação de vulnerabilidade social e econômica.

Há de se questionar também quanto a quantidade de CAPS existentes em funcionamento no Município, conseqüentemente, também dos recursos humanos. Aumentar a sua quantidade poderia resolver problemas como este do acesso e da distribuição deles nos Distritos Sanitários, bem como a sobrecarga de demanda que se encontra nos CAPS.

Queixas quanto à sobrecarga de trabalho foram pontuadas por todos os participantes.

A gravidade é tamanha que um participante, após estar desligado o gravador, relatou haver até reclamações de colegas quando algum operador sai de licença do trabalho.

Explicou que o motivo das reclamações se dá pelo fato de estarem com a equipe muito reduzida, com necessidade de haver mais contratos para se desafogar. (Registro de Diário de Campo do Pesquisador)

Demonstrando que a gestão política da estratégia, no que diz respeito à relação do número de operadores e a demanda dos usuários, agrava a precariedade, não apenas dos atendimentos, como também no tocante ao fluxo de acesso da atenção.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025, publicado em dezembro de 2021, o tempo de espera para uma consulta em psiquiatria no ambulatório do CAPS é de aproximadamente 3 meses (Sesau, 2021).

É possível visualizar o impacto deste agravante na fala de um participante que, indignado, relata o seu drama e de seus colegas ao ter que agendar uma consulta para um usuário com um tempo de espera de 3 meses.

Então o paciente vem, ele não é critério pra urgência, ele é critério pra ambulatório. Mas é um sofrimento, ao meu ver aquilo é um sofrimento. Mas dentro do protocolo não é critério pra urgência. E a gente tem que agendar a consulta, e aí quando você vai ver tem consulta pra daqui 3 meses! Como que espera, daqui 3 meses um paciente que tá em sofrimento? Tudo bem que não é um transtorno mental grave severo, naquele momento, mas é um sofrimento. Né? Então, eu tenho muita dificuldade nisso, assim, e eu vejo que não é só eu assim, é os meus colegas também. (Participante 5)

Não bastando o problema da distância para parte dos usuários, ainda há mais um agravante relacionado com a gestão política da estratégia.

Dado que a gestão do Município oferece um fluxo de acesso da atenção em saúde mental a partir de uma compreensão de território como adscrição de clientela, ao estabelecer uma divisão distrital com determinado número de população, se supõe o princípio lógico que se colocará nas unidades de saúde que atende aquela região o número de operadores que seja adequado para atender a demanda da população. Cada CAPS deveria ter os recursos humanos suficientes para atender de acordo com o tamanho de sua abrangência. Não é o que está acontecendo. Ou seja, a própria gestão política da estratégia não é operada de maneira coerente com a lógica da divisão territorial.

Ademais, operar nestas condições parece produzir sofrimento em todos: no usuário e familiares que precisam esperar 3 meses em sofrimento para serem atendidos, e no servidor que se vê operando em uma espécie de “necropolítica”, citando Mbembe (2018), por colocar o usuário em um tipo de “estado de exceção”, com a “vida nua”, através dos protocolos, para citar Agambem (2010).

Outra faceta que esta fala levanta é a da porta de entrada para os atendimentos. O fluxo de acesso aos serviços de atenção no CAPS é operado a partir de critérios de inclusão e exclusão. Conforme o Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025, serão atendidos pelo CAPS somente aqueles usuários que forem considerados casos graves, os demais casos deverão ser atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (Sesau, 2021).

Muito provavelmente estes critérios estariam amparados na Portaria N° 336, de 19 de fevereiro de 2002, art. 1, § 1º, que versa sobre a regulamentação do CAPS, suas modalidades, organização e funcionamento. Nela consta que os CAPS deverão estar capacitados “para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial” (GRIFO MEU). Chamamos a atenção para a palavra grifada “prioritariamente” que não significa exclusivamente (Brasil, 2002).

Ainda que, no § 2º, desta mesma portaria se enfatize que “Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”, a gestão política da estratégia deste Município decide por operar pela lógica do território da adscrição de clientela quando impõe ao usuário onde deverá realizar os seus atendimentos (Brasil, 2002).

Mesmo que tenha como objetivo a descentralização da oferta especializada em Psiquiatria para a Atenção Básica (Sesau, 2021), a desinstitucionalização da saúde mental como proposta de ação no território, ainda impõe ao usuário com quem ou onde irá receber o

atendimento, isto significa operar na lógica da compreensão de território como adscrição de clientela e não do território vivo dos usuários.

Agora, não bastando o usuário ter que cumprir com o requisito de estar residente na área de abrangência da unidade, ter que se deslocar muitas vezes para um CAPS distante, ele ainda deverá cumprir com outros critérios a serem avaliados pelo operador, e isso irá definir aquilo que abre ou fecha a possibilidade de atenção e a forma como a mesma acontece, ou não.

O estabelecimento destes protocolos e fluxos de acesso aos serviços de atenção em saúde mental, ao se pautar em uma compreensão de território como adscrição de clientela, podem estar produzindo exclusões, desistências e abandono.

Agora vejamos como podemos perceber qual é a compreensão de território operada nos atendimentos realizados no CAPS, naqueles que conseguiram cumprir com todos os critérios e superar todas as dificuldades de acesso, bem como suas consequências.

Território Como Adscrição De Clientela Operando No Atendimento

A resistência que se apresentou nas falas dos participantes no que diz respeito ao primeiro acolhimento, calcada na distribuição adscrita do CAPS e em protocolos, não aparece de maneira isolada. Ela aparece novamente nas falas dos mesmos ao tratar sobre os atendimentos aos usuários que, após terem passado pelo primeiro acolhimento e serem tidos como perfis de CAPS, são considerados como pacientes do CAPS em questão.

Vejamos como isso acontece: “Então, o território ... fica muito distante, né, da unidade física nossa.... Então, a gente vê que é um território extremamente, extremamente vulnerável. E as pessoas têm dificuldade de chegar no CAPS” (Participante 6).

Aparece-nos aqui, mais uma vez, o que já havia apontado como resistência no primeiro acolhimento, a saber, o tema da acessibilidade e da vulnerabilidade social e econômica. Tanto na

análise do tópico anterior quanto neste, a dificuldade de acesso por conta da distribuição dos Distritos Sanitários e a localização da unidade em territórios extensos e distantes indicam escassez de condições para a locomoção por parte dos usuários.

É possível constatar que, agora que o usuário e a sua família estão recebendo a atenção de seu CAPS de referência, a dificuldade de locomoção até a unidade continua sendo um problema criado pela gestão política da estratégia que distribuiu as abrangências de maneira ineficiente no território. Provocando assim dificuldades tanto para o usuário em sua locomoção para receber o atendimento, quanto para o profissional desenvolver o seu trabalho com ele, sua família, e a comunidade em seu território.

Na fala a seguir encontramos este efeito:

Então, pra nós é difícil isso, porque às vezes você prevê um Projeto Terapêutico incluindo o paciente em oficinas aqui, mas aí quando ce... a família fala que não dá para trazer.

Entendeu? Então, a gente tem que ter parceria com quem tá lá. Né, a gente tem que ver o que é possível assim, que o paciente venha o mínimo possível de vezes no CAPS, porque ele não vai te. Não vai te, você vai... você vai marca a oficina com ele, ele não vai vir.

Você vai marca o atendimento com ele, ele não vem. (Participante 6)

Conforme pode ser percebido nesta fala, tem acontecido ausência e abandono do tratamento por parte do usuário. Isso acontece em virtude da ausência das condições adequadas de acesso para que o usuário possa participar das atividades inerentes ao Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹¹, que organiza e de fato realiza a atenção psicossocial em saúde, conforme a demanda de cada um. Não é difícil compreender que as dificuldades de acesso estão vinculadas,

¹¹ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas” (Brasil, 2019)

em muita medida, à organização como a distribuição territorial da adscrição de clientela da atenção está estipulada.

Já constatamos a mesma situação na etapa do processo inicial do fluxo de acesso da atenção em saúde mental nos CAPSs, porém agora temos um novo elemento: o tema da adesão.

Um tema extremamente importante e necessário para o tratamento e efetividade da entrega da atenção em saúde mental. O que vemos é que a adesão ao tratamento está sendo prejudicada pela gestão política da estratégia que não leva em consideração condições mínimas como a da vulnerabilidade socioeconômica.

No relato de um participante, o mesmo descreveu uma situação muito comum que acontece com usuários engajados em seus Projeto Terapêuticos Singulares (PTS) e que moram nas regiões mais distantes do Distrito de abrangência do CAPS. Relatou que as diversas reclamações e justificativas de faltas e abandonos do tratamento se dão pelo fato de terem que pegar até dois ônibus para chegar à unidade, levando horas de deslocamento, e também por não terem dinheiro para se deslocar. E que por ser um local muito longe deles, os operadores também não conseguem ter conhecimento do que está acontecendo nas áreas mais distantes do território.

A maneira como o CAPS está operando, a partir da compreensão de território como adscrição de clientela, com estas divisões distritais, está precarizando tanto o oferecimento da atenção para o usuário, quanto as condições de entrega do operador. Todos os participantes relataram, no tocante aos atendimentos dos pacientes já considerados do CAPS, a precariedade dos recursos humanos e materiais. Como, por exemplo, a disponibilidade de apenas um carro, em apenas um dia da semana, para realizarem as visitas domiciliares e demandas judiciais.

O que coloca, dessa maneira, em questão a efetividade da atenção. O tema da adesão é fundamental para a efetividade. Sem acesso não há adesão, e sem adesão não há efetividade. E se

não há efetividade, então a política da estratégia é ineficiente, não cumprindo aquilo que a política está preconizando.

Vemos assim, então, uma ineficiência que atinge parte dos usuários, tanto no fluxo de acesso, na recepção e no primeiro acolhimento, quanto no atendimento daqueles que estão sendo acompanhados pela unidade.

Uma outra situação que nos foi relatada, é o encaminhamento de pacientes que estão sendo atendidos pelo CAPS em questão, e que começam a ter problemas graves com dependência química. Contou-nos um participante que diante desta situação o protocolo a ser operado é desvinculá-lo e encaminhá-lo para o CAPS AD. Ou seja, há uma interrupção dos atendimentos dele no seu CAPS de origem, para continuar o tratamento em outro CAPS, em outra localização, com outros profissionais, em outra comunidade.

O que muitas vezes apresenta uma reação são pacientes que já estão vinculados no CAPS ... há bastante tempo e vem apresenta a dependência química.... Né, a gente tem caso de paciente que... que necessita, que atualmente a... a questão maior é a dependência. E aí necessita de fazer esse acompanhamento da dependência química, aí muitas vezes é difícil desvincular do CAPS ... pra ir pra outro CAPS. (Participante 1)

Ainda que esse procedimento seja encaminhado, comunicado e acordado na rede, desvincular um usuário que esteja em atendimento em um CAPS para outro CAPS de referência, seja por problemas com dependência química ou por ter mudado sua residência para outro bairro, por exemplo, sem levar em consideração o território vivo, existencial do usuário, é operar de forma literal uma compreensão de território como adscrição de clientela.

Abre-se aqui mais uma temática advinda do problema que se tem em operar sob essa forma de compreensão: o tema do vínculo. Algo tão caro, basilar e fundamental na construção e participação do usuário no seu tratamento.

É possível perceber que na temática do vínculo, no que diz respeito à atenção em saúde mental proposta pela RAPS, deve ser explorada de duas maneiras: uma, do vínculo que o usuário faz com os profissionais - consequentemente com a rede -, e a outra, o vínculo entre o usuário e a sociedade, a comunidade e os aparelhos sociais. Em ambas, o território é considerado como elemento fundamental e necessário para se chegar a objetivos como a desconstrução de preconceitos, inclusão social, respeito às diferenças, etc. Portanto, uma grande fatia do fazer dos operadores da política seria fazer essa mediação. E esta mediação deveria ser de acordo com o território do usuário, território de sua vida, de sua multiterritorialidade, e não de um território adscrito, operado e manifestado através dos protocolos pelos corpos dos trabalhadores, que dizem, neste caso, com quem ele deveria ter um vínculo ou não e onde ele deveria ter.

Isso sem falar nas problemáticas agravantes, já abordadas anteriormente no texto, da distância, das vulnerabilidades sociais e econômicas, e do sofrimento da dependência química que o usuário e a família podem se encontrar.

O tratamento ele acontece simultâneo até o momento que... que a droga não sobressai o tratamento da saúde mental. Quando a droga começa a atrapalhar, quando ele deixa de fazer o tratamento por conta da do uso de drogas, quando essa questão sobressai, aí é o CAPS AD.... Daí encaminha. (Participante 1)

Com o rompimento de vínculos através da operacionalização de protocolos, ainda que seja em nome de um tratamento especializado, faz-se necessário apontar, novamente, e reforçar para o resultado de uma gestão política da estratégia ineficiente e incoerente com o que

preconiza a política estabelecida pela RAPS.

O usuário precisa se adequar ao território do CAPS ou o CAPS precisa se adequar ao território do usuário em sofrimento?

Essa pergunta abre caminho para nossa última unidade de análise. Falaremos sobre outras facetas da atenção operada no CAPS, na busca por averiguar que tipo de compreensão de território traz tal atenção e, conseqüentemente, se ela está contribuindo para uma desinstitucionalização ou para uma “transinstitucionalização” - citando Bandeira M. (2012).

Outras Facetas Da Estratégia De Atenção Que Consideram O Território: Que Tipo De Território?

Neste momento iremos trazer e analisar algumas falas que remetem diretamente ao tema do território nos atendimentos. Instrumentos da operacionalização da atenção no CAPS como as oficinas, matriciamento¹², visitas domiciliares, relações intra e intersetoriais, as comunicações com as Unidades Básicas de Saúde, com os aparelhos sociais, e o conhecimento da comunidade em seu entorno.

É importante dizer que todos os participantes relataram realizar os seus atendimentos dentro do próprio CAPS, em salas individuais, de grupos, ou espaço de convivência. No tocante às oficinas, todos realizam, igualmente, dentro do CAPS. As atividades que aparecem realizadas fora do CAPS (físico) são as visitas domiciliares, as visitas institucionais, o matriciamento, e três oficinas que, diretamente ou indiretamente, interagem com o território.

Começando pelas oficinas, ainda que tenha todos os dias no CAPS, apenas três conseguem ampliar sua interação com a comunidade. Uma delas é a oficina de canto que virou

¹² Matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes criam, construindo de forma compartilhada, uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Servindo como suporte técnico especializado a uma equipe interdisciplinar de saúde, com o objetivo de qualificar as suas ações e ampliar seu campo de atuação. (Chiaverini, 2011)

um Coral, se apresenta em feiras, outros CAPSs, e eventos de saúde mental. Usuários, familiares, e servidores podem participar. Outra oficina é a de artesanato, que acontece no CAPS e, como a anterior, quando há oportunidade, o próprio usuário expõe e vende suas artes produzidas em feiras. “... toda feira da saúde mental a M. tá lá, né. Coloca os panos de prato dela pra vender” (Participante 6).

Ambas promovem uma interação com o território e a comunidade, ainda que realizadas dentro da instituição.

Uma terceira oficina é realizada por uma operadora, que não participou da pesquisa, que realiza caminhadas, com um número pequeno de usuários em condições para tal, até uma praça do bairro. No relato de um participante, ao falar sobre esta oficina, vemos aparecer algumas necessidades dos usuários.

Aí esse ano parece que ela tentou implementar algumas reflexões, assim. Aí chega lá, na praça, e eles discutem sobre um poema, algo assim. Mas parece que não deu muito certo. Porque realmente os pacientes querem ir, eles querem caminhar, eles querem trabalhar o físico, mesmo. Ela percebeu isso. Então a dela é a única que que é... que é que sai, né. (Participante 5)

Os pacientes querem caminhar! Ora, será que uma fala como esta não é um indício de que a operacionalização da atenção está em falta com atividades e ações no território? Não pode ser isto um sinal de uma atenção operada de maneira institucionalizante?

Fato é que, tanto os recursos materiais quanto os humanos, estão precarizados na unidade. Já abordamos isso acima. Mas agora poderemos ver como isso aparece de outras maneiras, em outras situações na unidade. Também como isso atinge o operador da política, o usuário, e a efetividade na entrega da atenção.

O excesso de demanda no CAPS, com a quantidade de operadores disponíveis, que não estão de licença, está sobrecarregando os trabalhadores e prejudicando a entrega da atenção: “... conforme vai diminuindo profissional, quantitativo de profissional, a gente também vai diminuindo as atividades né, porque não tem perna. Então, às vezes a gente quer fazer oficina.... Só que você não consegue ter um tempo pra fazer” (Participante 3).

Como uma das consequências disso, os usuários que conseguem ser atendidos, recebem uma atenção precarizada. Que não privilegia o território vivo, extra-muros, e tampouco encontram um mínimo de estrutura física e humana à disposição da atenção.

Muitas vezes, aqueles que estão abrigados na unidade acabam, segundo o relato de um participante, ficando muito tempo ociosos. Consequência das péssimas condições de trabalho dos operadores, como citado na última fala, sobrecarregados e limitados. Vejamos o exemplo de um caso, relatado, que aconteceu com um usuário internado nestas condições:

o Seu F., ele... ele gosta de fazer caminhada matinal, né? E aí ele acorda 4 da manhã e ele vai correr, ele vai andar aqui, aqui dentro, aqui... nesse quadrado aqui, das salas, ele fica caminhando, é... dando voltas.... ele falou que “ai, mas eu não tenho nada pra fazer aqui”.
(Participante 5)

O quadrado citado nesta fala é o corredor em volta da estrutura física interna e externa do CAPS, que o corta pelos fundos e pela parte de dentro onde ficam as salas de atendimento.

O participante em tela cita, ainda, a necessidade de outros profissionais para auxiliá-los e conseguir de fato atender aos abrigados. “... a gente sente muita falta de educador físico, T.O., é... até uma arteterapeuta” (Participante 5).

Diante de tal quadro exposto, no tocante às oficinas, nos parece ser possível afirmar que, com exceção das 3 oficinas citadas no início deste tópico, a atenção operada no CAPS em

questão traz, de fundo, uma compreensão de território institucionalizante.

O que deveria ser uma experiência com orientação desinstitucionalizante, conforme apontam as Diretrizes da RAPS, ao se encontrar com condições desfavoráveis e precarizantes, termina se convertendo em uma atenção transinstitucionalizada, conforme nos alerta Bandeira M. (2012). Se tornando, assim, uma atenção que opera com elementos manicomiais, que fracassa ao tentar desconstruir preconceitos, ao educar a sociedade para o convívio com a diferença, ao estabelecer e fortalecer vínculos, daqueles que sofrem com transtornos mentais, fora das instituições, e, ao trazer de volta a liberdade e a participação destes em seu próprio tratamento.

É unanimidade entre os participantes que o matriciamento e as visitas domiciliares sofrem da mesma precariedade de recursos materiais e humanos. Uma forma de conseguir realizá-los, com reduzidos recursos, foi usar a internet, com as estratégias de grupos do WhatsApp e videochamadas. Através destes recursos os operadores conseguem chegar até as Unidades Básicas de Saúde, realizar matriciamentos e se comunicar quando houver necessidade ou demanda.

Mesmo assim, a queixa de falta de comunicação com as UBSs foi prevacente nos relatos.

Essa comunicação não tem. Muitas das vezes vai ter quando tem uma demanda judicial, quando tem uma intercorrência grave, quando o paciente vai reclamar em algum lugar.... Mas isso não existe. É cada um no seu... no seu quadrado.... Aí vêm, assistência, saúde, vem todo mundo. Aí que a gente vem reconhecer. Aí como é... aí vem aqui o pessoal da Atenção Básica, “nossa, mas esse paciente é lá da minha área?”, “é, da sua área.” Então muitas das vezes mora do lado da unidade, e não sabe. Assim, a comunicação e a informação né, é zero. (Participante 3)

A falta de comunicação não acontece somente com as UBSs. Ocorre também com outros aparelhos da Rede de Atenção e aparelhos sociais que se encontram no território. Além disso, todos os participantes relataram não ter conhecimento do que acontecia no território de abrangência do CAPS. Desconhecimento de aparelhos sociais, grupos de convivência, cursos, igrejas, etc.

Acho que nossa comunicação com a UBS não é tão boa quanto deveria ser. Nossa comunicação com a UPA não é tão boa quanto deveria ser. Coisas como escolas, igrejas, centro comunitário. Nem sei se tem um centro comunitário no bairro, né? (Participante 4)

Um dado importante a ser registrado é o fato de que a existência de aparelhos sociais ou outras unidades das políticas sociais, além daquilo que acontece no território, não tenha sido tema de reunião da Equipe Multiprofissional. Se verificou também a inexistência de catálogo ou de mapeamento desses aparelhos sociais ou unidades parceiras disponíveis para os operadores. “Eu nem sei se tem CRAS aqui próximo. Nunca ouvi falar” (Participante 5).

Por fim, parece relevante destacar que a noção de território relatada explicitamente pelos participantes, majoritariamente, se funda em uma compreensão de território intrasetorial e intersetorial. Ou seja, continua sendo uma compreensão de território como adscrição de clientela, institucional.

No conjunto das falas e nas observações feitas pelo pesquisador, fica uma forte impressão de que o CAPS está isolado. Tentando sobreviver a uma condição de trabalho que é colocada por uma gestão política ineficiente da estratégia.

A gestão opera a política de atenção em saúde mental no Município a partir de uma compreensão de território como adscrição de clientela, cujas limitações terminam em ineficiência, ineficácia e inefetividade. O resultado não pode ser outro que a precariedade da

atenção e das condições de trabalho; os abandonos e as desistências do tratamento; recrudescimento das condições que geram o sofrimento e o adoecimento.

Considerações Finais

Constatou-se que a atenção operada pelos trabalhadores da política na atenção em saúde mental do CAPS pesquisado traz, de fundo, majoritariamente, uma compreensão de território como adscrição de clientela, institucional.

Compreensão esta que aparece como resultado do decantamento de uma gestão política da estratégia de atenção do Município que estabelece sua organização e protocolos a partir de uma compreensão, igualmente, de território como adscrição de clientela.

Dessa forma, tem acarretado em problemas de acesso, adesão, sobrecarga de trabalho, adoecimentos de operadores e usuários, agravamento das condições que geram o sofrimento, assim como também tem oferecido uma atenção, predominantemente, institucionalizante.

Tal gestão, da maneira como está, não está contribuindo em termos operacionais para a efetividade da entrega da atenção em saúde mental, de base territorial e comunitária, conforme preconizado pela política da RAPS.

Faz-se necessário, portanto, repensar a maneira como a divisão territorial política dos Distritos Sanitários do Município estão distribuídos entre os CAPSs, a quantidade de CAPS e operadores suficientes às demandas de cada área, bem como suas localizações em cada uma delas.

Assim, possivelmente, a gestão do Município poderá dar condições para que o trabalhador opere a política a partir de uma compreensão de território existencial e vivo. Uma compreensão que, ao trabalhar no e com o território do usuário, permite desconstruir preconceitos, educar a sociedade para o convívio com a diferença, estabelecer e fortalecer

vínculos entre os usuários e o seu entorno, e trazer uma maior possibilidade de participação, tanto do usuário quanto da sociedade, no tratamento.

Referências Bibliográficas

Agamben, G. (2010). *Homo sacer: O poder soberano e a vida nua I*. UFMG; Humanitas.

Bandeira, M. (2012). Desinstitucionalização ou transinstitucionalização:: lições de alguns países. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 6(2), 171–182. Recuperado de <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapt/article/view/17092>

Brasil. (1990). Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

_____. (2002). Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as diretrizes de organização dos CAPS. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

_____. (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a criação de redes de atenção psicossocial. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

_____. (s.d.) Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>

_____. (2019). *Clínica ampliada: Uma abordagem para o cuidado integral* (2ª ed.). Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

Chiaverini, D. H. (Org.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental* (pp. 1-236).

Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf

Ferreira, T. P. da S., Sampaio, J., Souza, A. C. do N., Oliveira, D. L. de., & Gomes, L. B..

(2017). Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 373–384.

<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>

Mbembe, A. (2018). *Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*

(R. Santini, Trad.). N-1 Edições.

Sesau. (2021). Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. PLANO MUNICIPAL DE

SAÚDE - 2022-2025. https://transparencia.campogrande.ms.gov.br/boas-praticas/plano-municipal-de-saude/?post_type=sec-downloads

Sisgran. (s.d.). Sistema Municipal de Indicadores de Campo Grande.

<https://sisgranmaps.campogrande.ms.gov.br>

CONCLUSÕES

No que diz respeito às produções científicas encontradas e selecionadas no primeiro artigo, de revisão integrativa de literatura científica, verificou-se que a maioria delas não possuem uma definição explícita de compreensão de território. Apesar de todos os artigos conceber território como algo que vai além de uma compreensão de adscrição e institucional, esta ausência de uma definição explícita parece apontar para uma certa lacuna nos textos da política, ao não explicitar de forma clara e distinta que tipo de compreensão de território está sendo preconizada, bem como qual deverá ser operada na entrega da atenção em saúde mental.

Apontamento este que já havia sido levantado por Dutra e Oliveira (2015) e Furtado (2016), citados no segundo artigo. Ambos concordam que, o termo “território”, além de encontrar-se de maneira imprecisa nos textos da política, também se encontra de maneira imprecisa, com fundamentações híbridas, entre referenciais teóricos na literatura científica da área.

Diante disso, no segundo artigo buscamos compreender como é que isso acontece, e se isso acontece, nos textos da política pública de saúde mental. Constatamos que de fato há uma imprecisão e falta de clareza na utilização do termo território nos textos da política. Quando aparecem, majoritariamente, diz respeito a uma noção de território como adscrição. Porém, conforme nossa análise, o conjunto dos textos sempre apontam para uma compreensão que traz, de fundo, uma noção de território vivo, existencial, cotidiano, comunitário.

Não à toa, os autores que foram trazidos neste mesmo artigo buscam problematizar esta lacuna e propor uma reflexão quanto ao tipo de compreensão de território que deve ser entendido e operacionalizado na política pública em saúde mental.

Destacamos dentre eles a noção de território existencial de Ferreira et al. (2017), e, principalmente, a compreensão da multiterritorialidade de Haesbaert (2007). As duas compreensões possibilitam um alinhamento com o que está sendo preconizado nas Diretrizes da RAPS. Ambas permitem uma operacionalização da política voltada à produção de saúde e de vida do usuário, liberdade, e não exclusão. Elementos como a contratualidade, a inclusão social, a participação, a autonomia, e o exercício de cidadania se vêem contemplados em uma política operada com estas compreensões, de fundo, de território.

Dependendo da compreensão de território operada na atenção em saúde mental, se definirá como será a entrega e a efetividade da atenção, do direito à saúde e da proteção à saúde para o usuário. Tal compreensão, de fundo, irá garantir o direito à cidade ou não. Em outras palavras, irá definir se a atenção realiza uma desinstitucionalização ou continua realizando uma institucionalização.

Dessa maneira, se faz necessário averiguar na atualidade e no campo, onde a política é operada e decantada, que tipo de compreensão de território é, de fundo, operado na atenção em saúde mental, bem como se esta compreensão condiz com as Diretrizes da RAPS, que propõe, no seu conjunto, um modo de operacionalizar a atenção de maneira desinstitucionalizante.

Ao analisarmos esta atenção, no terceiro artigo, vimos que, no CAPS estudado, o que prevalece é uma compreensão de território como adscrição de clientela e institucionalizante, de fundo.

Isso se deu em virtude da gestão política da estratégia no Município, que organiza e estabelece a atenção em saúde mental, seus protocolos, fluxos de acesso, que tem, de fundo, uma compreensão de território como adscrição.

Resultando em problemas de acesso e adesão, sobrecarga de trabalho, adoecimento tanto de operadores quanto de usuários, além de agravar as condições que geram sofrimento.

Ademais, a gestão política da estratégia, tal como se apresenta, precariza não apenas a efetividade da entrega da atenção conforme é preconizado nas Diretrizes da RAPS, mas também as condições de trabalho do operador em seu fazer laboral. Portanto, além da inefetividade, também é ineficiente e ineficaz.

A gestão política da estratégia, ao operar a partir de uma compreensão de território como adscrição, termina poder perder efetividade na entrega da atenção em saúde mental. O desafio consiste em organizar e estabelecer a gestão política baseada em uma compreensão de território existencial e multiterritorial, conforme nos indicam os estudos.

Além disso, nos faz ver como a compreensão de território que se opera, de fundo, na política é um fator, realmente, deveras importante e decisivo para sua efetividade. Fazendo-se necessário, assim, que continuem havendo estudos, reflexões e pesquisas que permitam aparecer as condições e os modos de compreensão de território operados pelos trabalhadores, desde técnicos até gestores, na busca por uma afinação e refinamento com as Diretrizes da RAPS.

Referências Gerais

Bardin L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a criação de redes de atenção psicossocial.

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

_____. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>

Dutra, V. F. D., & Oliveira, R. M. P. (2015). Revisão Integrativa: As práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aquichan*, 15(4). Recuperado a partir de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3756>

Ferreira, T. P. da S., Sampaio, J., Souza, A. C. do N., Oliveira, D. L. de ., & Gomes, L. B.. (2017). Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 373–384. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>

Furtado, J. P., Oda, W. Y., Borysow, I. da C., & Kapp, S.. (2016). A concepção de território na Saúde Mental. *Cadernos De Saúde Pública*, 32(9), e00059116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>

Haesbaert, R. (2007). *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. – (3a. ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Minayo, M. C. S. (Org.). (2001). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (18ª ed.). Vozes.

Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitativa: Estudando como as coisas funcionam* (K. Reis, Trad.; N. Jacks, Revisão técnica). Penso.