

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

JAQUELINE DO NASCIMENTO CRUZ PIMENTEL

**PERSPECTIVAS INTERPROFISSIONAIS DE TERRITÓRIO NA ATENÇÃO À
SAÚDE MENTAL: um estudo na alta complexidade**

BELÉM/PA

2022

JAQUELINE DO NASCIMENTO CRUZ PIMENTEL

**PERSPECTIVAS INTERPROFISSIONAIS DE TERRITÓRIO NA ATENÇÃO À
SAÚDE MENTAL: um estudo na alta complexidade**

Artigo apresentado à banca de defesa de Trabalho de Conclusão de Residência como requisito para obtenção de título de especialista em Saúde Mental por meio do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará. Orientado pela Profa. Msc. Andrea Ferreira Lima da Silva.

BELÉM/PA

2022

**PERSPECTIVAS INTERPROFISSIONAIS DE TERRITÓRIO NA ATENÇÃO À
SAÚDE MENTAL: um estudo na alta complexidade**

JAQUELINE DO NASCIMENTO CRUZ PIMENTEL

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará associada à Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Msc. Andréa Ferreira Lima da Silva – Orientadora
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II / Parauapebas (PA)
Universidade Federal do Pará - UFPA

Esp. Gisele Maria Corrêa Soares – Coorientadora
Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna - FHCGV

Msc. Rodolfo Valentim Carvalho do Nascimento – Examinador Interno
Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna - FHCGV

Esp. Samuel Freire Furtado – Examinador Externo
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Alcool e Drogas

Conceito: _____
Belém, _____ de _____ de _____.

PERSPECTIVAS INTERPROFISSIONAIS DE TERRITÓRIO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: um estudo na alta complexidade

RESUMO: Este estudo objetiva discutir sobre as perspectivas e abordagens de território na atenção à saúde mental por parte de profissionais do Setor de Internação Breve de uma Emergência Psiquiátrica no estado do Pará, caracterizada como atenção hospitalar. Como metodologia, utilizou-se o método crítico dialético de abordagem quanti-qualitativa, onde utilizou-se o levantamento bibliográfico e pesquisa de campo com entrevistas semiestruturadas com 13 profissionais de diferentes categorias. Dentre os resultados obtidos, identificaram-se perspectivas de território alinhadas com conceitos de família, rede psicossocial e cultura como elementos basilares na saúde mental. Além disso, as concepções de território nas narrativas acionaram apenas um dispositivo da rede de atenção psicossocial, onde identificaram-se lacunas quanto ao conhecimento ampliado dos serviços desta rede.

PALAVRAS-CHAVE: Território. Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial. Atenção Hospitalar.

ABSTRACT: This study aims to discuss the perspectives and approaches of territory in mental health care by professionals from the Brief Hospitalization Sector of a Psychiatric Emergency in the state of Pará, characterized as hospital care. As a methodology, the critical dialectical method of quantitative and qualitative approach was used, where bibliographic survey and field research with semi-structured interviews with 13 professionals from different categories were used. Among the results obtained, perspectives of territory aligned with concepts of family, psychosocial network and culture were identified as basic elements in mental health. In addition, the conceptions of territory in the narratives triggered only one device of the psychosocial care network, where gaps were identified regarding the expanded knowledge of the services of this network.

KEYWORDS: Territory. Mental health. Psychosocial Care Network. Hospital Care.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta resultados de uma pesquisa realizada em julho e outubro de 2022 em um Setor de Internação Breve de uma Emergência Psiquiátrica da Região Amazônica. Buscou-se analisar as concepções de território e as interfaces com a saúde mental por parte dos/das profissionais da atenção hospitalar. O interesse pela pesquisa surgiu a partir da aproximação com temas envolvendo território, territorialidades e direitos sociais e a interlocução com a saúde mental. Além disso, os diálogos com as (os) usuárias(os), as reflexões interprofissionais empreendidas no cotidiano da alta complexidade produziram inquietações sobre o sentido do território e sua importância na vida de usuárias (os) que atravessam internações hospitalares na clínica.

A Reforma Psiquiátrica foi um marco histórico representado por mudanças empreendidas no modelo assistencial em saúde mental, que rompeu legalmente com as práticas manicomiais e asilares e reformulou os processos de cuidado e assistência a partir de serviços substitutivos em contexto familiar e comunitário. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, pode afirmar:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: **I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.** (LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001). (grifo nosso).

Estabelecer a reinserção na convivência familiar, comunitária e no trabalho, práticas que são estabelecidas diante de um contexto territorial é um dentre tantos pontos pretendidos na lei. Em conformidade com as diretrizes do SUS no que tange a territorialização na organização dos serviços de saúde, a portaria de Nº 336/02 que institui os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, preconiza que este equipamento deve “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território bem como “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial”. Percebe-se que a perspectiva de território é claramente enunciada nas políticas, documentos e na organização dos serviços, em particular na atenção primária e secundária.

Segundo Furtado et.al (2016) “a 'lógica do território' é uma ideia central, norteadora das ações a serem engendradas pelos serviços, de forma intrinsecamente associada ao tempo e ao lugar em que as ações são elaboradas e realizadas.”

Importante entender que território é um conceito amplamente relacional e abrangente: a partir dele constroem-se as relações sociais, vínculos familiares e comunitários e organizam-se as políticas públicas como a saúde, que, especificamente no campo da saúde mental apresenta notoriedade no que tange à organização dos serviços.

Embora os equipamentos e serviços da Rede de Atenção Psicossocial especialmente os da atenção primária e especializada (secundária) entendam o território como elemento basilar da organização dos serviços de saúde, bem como o próprio Sistema Único de Saúde preconiza na atenção à saúde como um todo, o território enquanto categoria ontológica, de produção do ser social e das relações sociais existentes também configura-se como elemento importante na compreensão para as práticas na alta complexidade. Embora a atenção hospitalar enfatize a brevidade na permanência dos usuários, de acordo com os preceitos da reforma psiquiátrica, o cuidado em saúde mental deve se estabelecer na perspectiva da integralidade e da continuidade da atenção à saúde do usuário. Assim, compreender as relações entre atenção a saúde mental e território no contexto da atenção hospitalar pode contribuir para maior efetividade do serviço e reabilitação da saúde.

Nessa direção, os/as interlocutores/as da pesquisa foram profissionais do Setor de Internação Breve da Emergência Psiquiátrica, entendida como Serviço Hospitalar de Referência na Rede de Atenção Psicossocial.

Com base nestes pressupostos iniciais, serão apresentados os percursos metodológicos da pesquisa, seguidos dos seus principais resultados onde será situado o conceito de território e suas principais interfaces com a saúde mental em paralelo às concepções dos/das profissionais entrevistados/as.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada a partir de abordagem quali-quantitativa. Os procedimentos de constituição de dados incluíram o levantamento bibliográfico a partir de livros e revistas

indexadas da área da saúde (de abordagem interdisciplinar), geografia, serviço social e ciências sociais. Além disso, realizou-se pesquisa de campo com treze (13) profissionais de diferentes categorias do Setor de Internação Breve da Emergência Psiquiátrica de um Hospital de Referência no Estado do Pará. Este quantitativo corresponde a 25% do total de profissionais atuantes.

Utilizou-se como critério de inclusão a atuação efetiva na clínica psiquiátrica, isto é, profissionais lotados no setor. A pesquisa de campo foi realizada durante dois meses, em turnos distintos sem limite de tempo para a sua realização, porém, respeitando a disponibilidade de tempo dos/as profissionais. Os instrumentos de coleta de dados incluíram roteiro de entrevista semiestruturada e utilização de gravador de voz, mediante solicitação da pesquisadora e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ademais, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição envolvida (parecer nº 5. 499.711), obedecendo aos princípios éticos conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Desta feita, os dados nominais foram protegidos como forma de resguardar a confidencialidade, sendo utilizados nomes fictícios em combinações alfanuméricas (exemplo: P1, P2, P3).

A análise e interpretação dos resultados da pesquisa de campo constituiu-se a partir da técnica de análise de conteúdo através da qual foi possível compreender os significados, vivências e as relações que se estabeleceram além das falas, conforme Minayo (2007). Além disso, utilizou-se tabelas e quadros de forma a caracterizar dados quantitativos e objetivos, como o perfil dos/as participantes da pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1. Psiquiatria e desinstitucionalização: bases para entender o território

O debate em torno da saúde mental assim como de outros temas que envolvem direta ou indiretamente as ciências sociais, é circunscrito de disputas não só políticas como já visto no âmbito do Estado, como também epistemológicas. Assim, compreender que no campo da ciência, existem interesses, ideologias e perspectivas distintas, ou seja, não há neutralidade, é

que a escolha pelo método de análise percorre a perspectiva crítica proposta pelo materialismo histórico dialético, por entender que a realidade é contraditória e que a pesquisa deve apresentar um compromisso ético- político com os seres sociais e com a sociedade. Neste sentido, as bases teóricas de análise compreendem as contradições históricas presentes no desenvolver da psiquiatria (como área de estudo da loucura) e da desinstitucionalização.

Alguns teóricos ajudam a compreender as conformações históricas da loucura e da psiquiatria, como Paulo Amarante, pesquisador e um dos percussores da luta antimanicomial no Brasil e defensor da reforma psiquiátrica, que para além do contexto brasileiro, corrobora para a compreensão do processo de crítica ao modelo asilar cunhado ainda na Europa, especificamente na Itália que impulsionou as reformas psiquiátricas e um novo modelo de assistência.

A forma de observar e entender a loucura acompanha o próprio curso da história e das sociedades. A priori, a loucura era agenciada pela igreja na sociedade medieval, através de um caráter moral e religioso, já que os “loucos”, configuravam um grupo de conduta errante e inadequada (FOCAULT, 1978).

A tentativa de explicação da Loucura acompanhou o movimento de transição entre a sociedade medieval e idade moderna, na qual o privilégio da racionalidade instrumental aliada ao Iluminismo remontou um caráter científico. Cabe considerar que esse período de transição entre as sociedades não limou por completo a forma de conceber a loucura, que ainda tinha traços de tratamento moral e religioso. Assim foi com Philippe Pinel, que concebia a Loucura como Alienação Mental em um contexto de amadurecimento de seus métodos de investigação anteriores ao surgimento da psiquiatria moderna, da qual foi fundador.

Importante lembrar que o mesmo contexto que marca a modernidade, também é incursionado pelas transformações societárias que (re) determinam as classes sociais, e que fazem surgir novas questões. Assim, vale refletir sobre o termo alienação mental proposto por Pinel que constituía, no campo psíquico, “como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia entre a mente e na possibilidade de o indivíduo perceber a realidade” ou “estar fora da realidade, fora de si, sem controle de suas próprias vontades e desejos” (AMARANTE, 2007, p. 27). De modo similar, Marx e Engels em “A ideologia alemã” asseveram sobre o termo alienação no contexto do modo de produção capitalista em que o trabalhador é expropriado dos próprios meios de produção pela burguesia moderna. Estas

considerações acerca da alienação mental bem como sobre alienação social do trabalho, são atreladas a uma mesma raiz, qual seja, a modernidade.

A psiquiatria moderna seguiu em expansão, de modo a dominar as compreensões acerca da loucura como doença mental, isto é, houve uma ampliação do território psiquiátrico e dos manicômios, o que restringiu a loucura ao saber médico, às rígidas disciplinas hospitalares e controle de corpos mediados por “instrumentos tecnocientíficos do poder” (FOCAULT apud AMARANTE, idem, p. 62). Nessa direção, as críticas ao fazer médico-psiquiátrico foram além do avanço da técnica, mas também a nível epistemológico e ideológico.

Paulo Amarante, na obra intitulada “O homem e a serpente” dedica-se a descrever e analisar a trajetória da desinstitucionalização, que teve seus primeiros passos na Itália com o médico psiquiatra Franco Basaglia que, ao adentrar em um manicômio na cidade de Gorizia, se viu impactado com as condições desumanas oferecidas aos pacientes. Suas aproximações não apenas com estudos sobre psiquiatria, mas sobre questões políticas, sociais e filosóficas principalmente de pensadores como Sartre, Heidegger, Husserl e Gramsci, levaram o médico a partir de um olhar diferenciado sobre o ser. Este contexto, marcado pelo final da Segunda Guerra Mundial, em que a sociedade passou a se preocupar com questões humanitárias, incidiu em mudanças práticas, inclusive nos manicômios, embora tais mudanças fossem tímidas se considerado o otimismo da vontade de Basaglia. Tais mudanças, ou reformas na psiquiatria italiana, como a psicoterapia institucional partiram da tentativa de garantir alternativas de melhoria da psiquiatria, porém sem mudar as bases de seu funcionamento, restrito a instituição hospitalar ou a ela vinculado. Algumas oposições à psiquiatria tradicional já haviam tomado corpo em países como Estados Unidos e Inglaterra com Psiquiatria Preventiva e a Antipsiquiatria diante das quais já se pensava em desinstitucionalização (AMARANTE, 1996, p. 45). Para Basaglia, era preciso desterritorializar a psiquiatria, já que qualquer mudança apenas dentro do hospital não significaria efetiva liberdade dos loucos. Serapione (2019, p. 08) relata que a sociedade conservadora e temerosa dos males associados ao projeto antipsiquiátrico de Basaglia que propunha uma comunidade terapêutica extra hospitalar, provocou muita resistência de modo que anos passaram até que se estabelecesse a sua proposta de desinstitucionalização.

Basaglia deixou Gorizia, mas conseguiu chamar a atenção da sociedade civil e da comunidade científica para um enorme problema humano e social: a persistência em hospitais psiquiátricos, na Itália e em muitos outros países, de uma realidade inaceitável e extremamente inquietante. Conseguiu mostrar que a instituição asilar

destrói a personalidade dos pacientes e torna diferentes mesmo as designadas “pessoas normais”, vítimas de depressões temporárias ou distúrbios comportamentais e que por isso são internadas em hospitais psiquiátricos. Mostrou também como nos manicômios eram regularmente internadas pessoas alcoólicas, protagonistas de conflitos familiares, portadores de deficiência intelectual e de doenças nervosas hereditárias. (SERAPIONE, 2019, p. 09)

Basaglia, assim como diversos defensores da desinstitucionalização, não acompanhou a hegemonia do saber médico-psiquiátrico mediada por uma racionalidade instrumental e técnica, ao contrário disso, foi um dos que demonstrou razão crítica e radical na forma de pensar a psiquiatria moderna. Os conceitos também atravessaram mudanças significativas, como o questionamento de anormalidade, desajustamento e disfunção. Apesar da promulgação da Lei 180 na Itália (lei basagliana) que promovia o fechamento dos hospitais psiquiátricos, alguns tensionamentos, inclusive contemporâneos, ainda vão de encontro à proposta de desinstitucionalização.

Amarante explica pelo menos três conceitos sobre o termo desinstitucionalização. O primeiro conceito é o de desinstitucionalização como desospitalização que faz uma crítica a assistência centrada no hospital e o longo tempo de permanência na instituição, mas não nega o saber que o institui. Além disso, o autor chama atenção para o aspecto racionador dos gastos dos cofres públicos com a assistência hospitalar. A segunda vertente é a desinstitucionalização como desassistência a partir da compreensão de que a saída do hospital seria o ponto final do tratamento psiquiátrico, sem considerar as políticas de desinstitucionalização de assistência fora do hospital. A terceira compreensão é a nível teórico-prático e epistemológico que a coloca como desconstrução do saber médico-psiquiátrico. Como desconstrução, a desinstitucionalização configura-se como uma das pautas dos principais movimentos pela reforma psiquiátrica no Brasil, mas também uma maneira de desconstruir os imaginários acerca da loucura. As primeiras experiências de desinstitucionalização se deram através dos CSM's (Centros de Saúde Mental), responsáveis pela regionalização e integralidade do cuidado em saúde mental em base territorial e que viriam a inspirar a implantação do primeiro NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) no Brasil (AMARANTE, 2007).

As tensões políticas no Brasil ante os movimentos pela redemocratização depois do golpe de 1964, deixaram evidentes as críticas ao modelo de saúde e à saúde mental, que partia de uma lógica manicomial e eugênica, inclusive com aparato do poder público. Mesmo sob o contexto de uma cidadania regulada, o Brasil passou por mudanças através da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, apesar de que esta última representa melhor um ideal

emancipatório e de ampliação da cidadania (AMARANTE, 1996, p. 22) e possui um significado maior e mais amplo do que as normativas vindouras.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005, s.n).

Uma das conquistas advindas dessas mudanças foi a lei de autoria do deputado federal Paulo Delgado, tramitada a partir de 1989 e só sancionada em 2001 que instaurou processos de cuidado que rompem com o modelo manicomial e asilar, e que, segundo Furtado et.al (2016, p. 1) abrange um “marco ideário não hospitalocêntrico e potencialmente emancipatório” e incentiva criação de dispositivos substitutivos para a reabilitação no contexto comunitário e territorial. É no território que os sujeitos se constroem e que a partir de suas vivências, as práticas integradas de cuidado se estabelecem. É a partir desta noção que se abrem possibilidades de desterritorializar a loucura dos limites psiquiátricos e tornar o território um espaço de reabilitação e validação social dos sujeitos outrora excluídos.

3.2. Território: questões teórico-metodológicas

O marco da criação do Sistema Único de Saúde no Brasil reformulou a organização dos serviços no que tange ao planejamento, assistência e definições de funcionamento, como por exemplo, as Regiões de Saúde, Redes de Saúde e Mapa da saúde, elementos dispostos no Decreto 7.508/2011, onde destaca-se o espaço geográfico como protagonista e direcionador das ações em saúde.

I - Região de Saúde - **espaço geográfico** contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

V - Mapa da Saúde - **descrição geográfica** da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-

se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a **integralidade** da assistência à saúde;

Como pode ser observado nos recortes acima, conceitos da geografia são utilizados de modo a melhor organizar e distribuir os serviços de saúde. Entende-se que este uso, porém, tem um sentido institucional e normativo que garante o funcionamento destes serviços sob uma lógica operativa, mas limita uma compreensão da importância destes elementos como espaço e território nas relações sociais, como são acionados e quais as implicações na saúde.

Autores da Geografia Crítica¹ como Claude Raffestin entendem o espaço geográfico como algo que antecede o território; como base para as ações engendradas por atores sociais que conduzem a formação do território.

O território se forma a partir do espaço, é resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente (por exemplo, pela representação), o ator "territorializa" o espaço. [...] O espaço é, portanto, anterior, preexistente a qualquer ação. O espaço é, de certa forma, "dado" como, se fosse uma matéria-prima. Preexiste a qualquer ação. (RAFFESTIN, 1993, p. 143).

Nesta concepção, o território está para além de uma conotação de espaço genérico e natural, apesar de um não existir sem o outro. O território apresenta-se como "local" de possibilidades, de ações e transformações, ligações afetivas, identidade e cultura, porém, permeado por relações de poder em seu uso.

Noção que coaduna com Rogério Haesbaert, onde reafirma as relações de poder embutidas no território, mas também o relaciona às múltiplas manifestações dos atores sociais e sujeitos nele envolvidos.

Território, assim, em qualquer acepção, tem a ver com poder, mas não apenas ao tradicional "poder político". Ele diz respeito tanto ao poder no sentido mais concreto, de dominação, quanto ao poder no sentido mais simbólico, de apropriação. Lefebvre distingue apropriação de dominação ("possessão", "propriedade"), o primeiro sendo um processo muito mais simbólico, carregado das marcas do "vivido", do valor de uso, o segundo mais concreto, funcional e vinculado ao valor de troca.

¹ Vertente que corrobora com matriz materialista dialética

Todo território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exercemos domínio sobre o espaço tanto para realizar “funções” quanto para produzir “significados”. (HAESBAERT, 2004, p. 4).

A ideia de apropriação simbólica do território para Haesbaert, pode ser analisada como um lugar de abrigo, lar, onde se estabelece um processo de segurança afetiva e de identidade, sem no entanto, desconsiderar possíveis contradições existentes na construção destes significados. Desta feita, o autor chama atenção para a alusão do território como “enclausuramento disciplinar” na sociedade “disciplinar” moderna (até o Século XIX) (p. 5).

Em Marco Aurélio Saquet, a noção de território é produto de uma multiplicidade de fatores que inclui a indissociabilidade entre economia, política, cultura e natureza. Para ele o território “é produto e condição de ações históricas e multiescalares, com desigualdades, diferenças, ritmos e identidade(s). O território é processual e relacional, (i)material” (SAQUET, 2007, p. 73).

Para Milton Santos (1999), o território “é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência” (p. 07).

A compreensão dos autores parece corroborar que a perspectiva de território é um conceito complexo, com definições que transpassam a unidisciplinariedade, que remetem à dimensões ontológicas onde o território depende da manifestação de ações humanas. Apesar das concepções da Geografia acerca deste conceito, as dimensões socioculturais são aparentes e conseguem perpassar pelas ciências sociais. Parece desafiador articular, no entanto, os conceitos apresentados com a “área” da saúde, em específico a saúde mental, tendo em vista que as ciências sociais (e humanas) pouco se debruçaram sobre o tema, sendo a saúde mental mais apropriada pela psiquiatria e psicologia (NUNES, ALMEIDA, 2020, p.1).

Nas normativas da Reforma Psiquiátrica, o tratamento em saúde mental além de ser de base comunitária e territorial, deve ter garantida a atuação de multiprofissional. Sob esta ótica, faz-se importante destacar que a multiprofissionalidade guiada pela multidisciplinaridade caracteriza-se por uma “gama de disciplinas simultâneas, mas sem fazer aparecer as relações existentes entre elas. Seria uma multiprofissionalidade onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente” (VASCONCELOS, 2002 apud JORGE, 2016, p. 26). Há, ainda, a interdisciplinaridade, onde os campos de saberes articulam entre si, estabelecem uma comunicação “sugerem uma democratização do conhecimento que criam novos campos

teóricos e até mesmo novas disciplinas como a psicopedagogia, por exemplo” (JORGE, 2016, p. 25).

No campo da saúde mental, principalmente na atenção às urgências e emergências, hospitais gerais com leitos psiquiátricos, o trabalho interdisciplinar tem sido desafiador, a medida em que implica na brevidade de permanência dos sujeitos nos regimes de internação, muito embora a realidade, em muitos casos, se mostre contrária. Questões sociopolíticas, como a contrarreforma psiquiátrica, com redução significativa dos investimentos para a saúde mental, são uma parte dessa realidade. Além disso, os hospitais, pela própria complexificação que possui, apresenta uma dinâmica de operação diferente dos dispositivos de base comunitária e territorial, não sendo, portanto, acionados com o objetivo de incluir questões socioculturais nas suas diferentes abordagens.

3.3. Abordagens interprofissionais de território no campo da saúde mental

O quadro a seguir traça o perfil profissional dos/as participantes da pesquisa de campo.

Quadro 1: Perfil dos/as profissionais entrevistados

| NOME | IDADE | GÊNERO | PROFISSÃO | TEMPO DE FORMAÇÃO | TEMPO DE ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL | FORMAÇÃO CONTINUADA | ATUAÇÃO EM OUTROS PONTOS DA RAPS |
|-------------|--------------|---------------|-----------------------|--------------------------|---|-------------------------------------|---|
| P1 | 28 | Feminino | Nutricionista | 5 anos | 3 anos | Residência em saúde mental | Não |
| P2 | 35 | Feminino | Assistente Social | 11 anos | 5 anos | Residência em saúde mental | Sim |
| P3 | 65 | Feminino | Psicóloga | 42 anos | 30 anos | Mestrado | Sim |
| P4 | 53 | Feminino | Assistente Social | 25 anos | 3 anos | Não | Não |
| P5 | 54 | Masculino | Psicólogo | 33 anos | 28 anos | Esp. Saúde Mental e Justiça | Não |
| P6 | 39 | Feminino | Técnica de Enfermagem | 20 anos | 16 anos | Urg. Emerg. Psiquiátrica | Não |
| P7 | 38 | Feminino | Médica | 10 anos | 9 anos | Especialização Psiquiatria Infantil | Sim |
| P8 | 28 | Feminino | Enfermeira | 5 anos | 4 anos | Residência em saúde mental | Sim |
| P9 | 59 | Masculino | Enfermeiro | 32 anos | 17 anos | Esp. Saúde Mental e Justiça | Não |
| P10 | 26 | Masculino | Educador Físico | 5 anos | 4 anos | Residência em saúde mental | Sim |

| | | | | | | | |
|-----|----|-----------|-----------------------|---------|---------|---------------------------------------|-----|
| P11 | 49 | Feminino | Assistente Social | 24 anos | 18 anos | Esp. Políticas Públicas | Não |
| P12 | 30 | Feminino | Terapeuta Ocupacional | 8 anos | 4 anos | Residência Saúde Cardiovascular | Não |
| P13 | 47 | Masculino | Técnico de Enfermagem | 24 anos | 24 anos | Manejo ao paciente dependente químico | Sim |

Fonte: coleta de dados, 2022 / Elaboração: autoria própria

De acordo com as informações do quadro, foram observados os seguintes resultados:

- 69% se identificam com o gênero feminino²;
- Entre a maior idade e a menor idade, estima-se uma média de 42 anos;
- 46% possuem tempo de formação superior a 20 anos e 44% entre 5 a 20 anos;
- A média de tempo de atuação na saúde mental é 12 anos;
- 92% dos/das profissionais possuem formação continuada (pós-graduação e capacitação);
- 46% atuam ou já atuaram em outros pontos da rede de atenção psicossocial

Os resultados quantitativos revelam níveis de experiência satisfatórios dos/as profissionais na saúde mental no contexto da alta complexidade. Dentro de suas limitações e potencialidades, os/as participantes revelam as suas conceituações sobre o território no campo da saúde mental, sendo as respostas agrupadas por nível de similitudes, a fim de facilitar a análise e compreensão:

P5: Eu acho que território seria assim na minha concepção, seria a área de abrangência. Né? Uma forma de descentralização. Até do serviço em outros espaços, em outros locais onde o paciente reside, onde ele tá inserido.

P7: Eu penso em uma área no qual a gente tem a ação, tipo assim, é uma área de tantos até tantos quilômetros, [...] de abrangência. Eu sou “obrigado”, [...] faz parte da minha rede e eu vou fazer o atendimento daquelas pessoas. Então, como se cada pedacinho fosse gerenciado por um CAPS. Então, mais ou menos assim. Por exemplo, Mosqueiro, CAPS de Mosqueiro. Santa Bárbara já é outro local. Então, já não entraria na minha área de abrangência. Meu pensamento é esse.

P8: Eu entendo que é a parte da abrangência, né? São os pacientes que a gente atende daquele determinado local. Por exemplo, tem pacientes de Ananindeua, eles têm os CAPS deles, mas eles precisam ter o comprovante de residência de Belém (pra ser atendido em Belém). Eu entendo mais ou menos por isso de território.

² Não foram incluídos critérios de sexo/gênero na escolha de profissionais e sim a disponibilidade e atuação efetiva na clínica.

P9: Território é muito amplo, né? Território pode ser a área de abrangência de algum serviço ou os territórios na cidade que eu trabalho, o território como algo relacionado aos serviços que possam ter, que dão para a saúde mental.

Neste agrupamento, percebe-se que o território é compreendido a partir de uma matriz normativa e operativa dos serviços de saúde mental, na qual reitera-se a área de abrangência. Muito embora o hospital seja uma referência estadual em emergência psiquiátrica, atendendo a todos os territórios, os entrevistados fazem referência ao território como um eixo organizador dos serviços comunitários e de base territorial, como os CAPS. Esta compreensão é importante, a medida em que, de algum modo, explica a dinâmica de funcionamento disposta nas normatizações³, o que corrobora com o entrevistado P13, embora apresente suas críticas a esta dinâmica.

P13: Quando fala: “território”... o HC tem um território, HC abrange todos os territórios, né? É diferente do CAPS. Então acho que o território é só pra ter um matriciamento daquela área aonde tu vais fazer um acompanhamento mais eficaz. Do teu usuário, dos teus pacientes. Mas isso não quer dizer que fora do teu território tu não vai fazer o atendimento. Mas aí quando tu faz um atendimento fora do teu território é um atendimento que tu vai ter que passar pra aquela outra equipe que abrange o território. Porque depende da necessidade, né? Aí a gente já vai falar dos CAPS. Cada CAPS tem seu território de abrangência. É uma coisa meio complicada, porque eu não sou muito de acordo, né? Quando você fala em território você tem que ir só para aquele CAPS. Eu acho que ele poderia fazer tratamento em outro CAPS ou então aquele CAPS ele poderia estar bem estruturado pra receber toda aquela demanda do território dele, coisa que não acontece.

Este entendimento, no entanto, centraliza a atribuição do acompanhamento psicossocial no território em um dispositivo apenas, o que implica em certo desconhecimento das atribuições em outros pontos da rede de atenção como integrantes do processo de assistência. Apesar disto, as seguintes profissionais referem:

P4: O território na minha concepção é um organizador da rede. Eu vejo que a gente não trabalha de forma isolada, sempre estamos buscando recursos do território para atender os usuários, como os CAPS, CRAS, CREAS.

P2: A gente trabalha muito o território aqui no principalmente, né? Quando a gente precisa fazer articulação com serviços, a questão da **reinserção social**, a **promoção de cidadania**, **direitos**, então a gente trabalha essa questão de territórios, os serviços que estão inseridos que a gente pode fazer com que esse paciente, esse usuário tenha acesso.[...] A questão do dos atendimentos, na viabilização de consultas, medicamentos, eles dão apoio pra família nesse território.

P3: Olha pra mim território é tudo aquilo que envolve [não queria dizer que é o local, não é uma questão geográfica] tudo que tem a ver com onde ele se relaciona, né?

³ PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002

Então, por exemplo, [...] eu posso morar no bairro do Marco, mas eu moro também na cidade de Belém, né. E dentro da cidade de Belém, quer dizer que eu posso frequentar cinema, eu posso frequentar praças, eu posso frequentar clubes de lazer que não necessariamente está dentro do meu território geográfico do meu bairro. Mas está na minha cidade, no meu estado, entendeu? Então eu penso assim que território é tudo aquilo de que eu posso fazer uso, né? De que eu esteja frequentando e que me envolve até geograficamente muito mais do que o meu bairro onde eu moro, né? Eu tô pensando na questão do bairro porque a gente pensa muito assim ah qual é a abrangência do CAPS? Qual é o território, né? De abrangência? E aí eles tem como território a questão de bairros, né? Então o CAPS abrange tal território, tantos bairros. Então quando a gente pensa o território que é onde está aquele sujeito, ele pode ser pensado numa coisa muito maior se a gente for pensar daquilo que **ele pode fazer uso**, daquilo que ele pode garantir como como o **direito dele**, entendeu?

Os relatos das profissionais atravessam os limites da abordagem do território enquanto categoria geográfica, como também ressalta que existem outros dispositivos como pertencentes ao fazer da saúde, como o lazer e cultura, que podem estar fora de uma área delimitada e das quais os sujeitos podem fazer uso, para satisfação das necessidades ou para exercer seus direitos. Em primeiro lugar, essa perspectiva assevera, em partes, o pensamento de Rafestin (2003) presente em Saquet (2013, p. 150) ao explanar sobre o *território do cotidiano*: “Corresponde ao território de todos os dias”; “É um arquipélago de lugares isolados um dos outros. Esses lugares são espaços de mobilidade onde não moramos efetivamente”. Em segundo lugar, embora existam equipamentos de exercício de direitos sociais nos territórios (CRAS, CREAS, CAPS, UBS), o território como espaço ampliado de garantia de direitos e de proteção social, segundo Dirce Koga (2016) ainda carece de uma revisão sobre a centralização das ações e serviços nas grandes cidades.

Continuamos a indagar sobre as possibilidades do sistema de proteção social em contextos em que se tem privilegiado a lógica político- administrativa para determinação dos acessos aos direitos sociais, em detrimento às reais necessidades e dinâmicas societárias vivenciadas pelos cidadãos em seus territórios (KOGA, 2016, p. 18).

Uma das categorias acionadas nas concepções de território para os/as profissionais é a cultura como forma de retratar a diversidade regional de cada usuário/usuária na internação.

P10: A gente atende muito aqui Igarapé-Miri, Abaetetuba, Barcarena. **São culturas diferentes**, né? São territórios diferentes. Então eu gosto de ter esse diálogo com eles, uma questão cultural mesmo do açaí, peixes, da alimentação deles. Trazendo as histórias deles da região. Então isso tem a ver, né?

P11: Eu penso que tudo tá no SUS, né? Na Reforma Sanitária, na Reforma Psiquiátrica, a atenção é territorial. **A cultura.** Tudo está no território. Então a questão do território, a questão do entorno da área de abrangência tem muito a ver com isso. A rede de atenção ela é muito voltada pra aquilo que o usuário está precisando ali naquele entorno, naquele território, entendeu? E a política de saúde mental ela é voltada pra isso. Toda política tem que ser voltada pra isso, pra questão regional, daquela região da pessoa, território da pessoa, daquele entorno que a pessoa vive. É assim que eu entendo.

P12: Como funcionária da rede eu sei que o território é um direcionador do serviço, né? Então o usuário vai estar atuando em tal território e dentro desse território envolve a **cultura** desse território, né? Então esses pacientes, que estão aqui nesse ponto, por exemplo, no SIB tem que estar a par de todas as ferramentas que existem no território deles.

Percebe-se que, em que pese os/as profissionais trazerem questões normativas “tudo está no SUS”, território como “área de abrangência” e “direcionador do serviço”, há uma pontuação em retratar o território como singular, com realidades distintas, com significados materiais e simbólicos. Nessa direção, retomam-se as contribuições de Haesbaert (2010) na apropriação simbólica do território como também de Rafestin ao apresentar o *território de referência*: “É ao mesmo tempo material e imaterial, é histórico e imaginário, subjetivo (memória individual e/ou coletiva). Não é o que se habita, mas o que se habitou. São imagens que nutrem a identidade atual” (RAFESTIN 2003 apud SAQUET, 2013, p. 150) e aquilo que gera identificação e pertencimento.

P1: O território ah eu compreendo como a área em que o paciente convive, tem a sua interação social, né? A área que ele utiliza pra obter os recursos necessários. **Contexto de vida.**

P6: Eu entendo que o território, né.. É o lugar onde tu se identifica. A referência seria primeiro momento a tua moradia, né? Onde tu reside, a tua casa o teu bairro, a tua cidade, aquela comunidade que tu faz parte, né? A região e o lugar onde **os pacientes se identificam.**

As concepções discutidas não estão destituídas da compreensão sobre as interfaces que tal território produz com processos de adoecimento ou de recuperação da saúde mental. Ao serem indagados sobre isso, os/as profissionais asseveram:

P6: Às vezes eu vejo família dizer assim ah! A gente vem do interior, a gente vem do interior pra gente tratar dele aqui na capital. eu digo: não! não venha, não saia do interior, fique no interior! O interior ainda é o melhor lugar pra ele, porque é onde ele se reconhece, onde ele tem uma beira de rio pra tomar banho, onde ele tem uma canoa pra remar, onde ele tem uma mata que ele vai subir pra tirar açai. Ele vem pra capital, ele não vai se reconhecer aqui. Ele não vai se identificar com as coisas daqui (Região Metropolitana de Belém). Ele não vai querer ir pro cinema. Ele não vai querer ir pro shopping. Ele não vai querer ir pra praça. **Ele se identifica com aquilo que ele**

convivia lá no território dele que era no interior. Onde ele tinha canoa, onde ele tinha o açazeiro, onde ele tinha o a beira de rio, entendeu? **Eu acho que isso é saúde mental.** Então, eu sempre que eu posso digo ‘não’ e como eu já vi também gente adoecer, relato de pessoas que adoeceram porque tiveram que sair do seu território.

P1: O comportamento dele vai depender do território dele, que ele habita, né? Então até mesmo o tratamento dele também vai depender da situação em que ele se encontra, do território em que ele se encontra.

P10: dependendo do local que a gente esteja morando né, do conflito que ele esteja vivendo, questão socioeconômica, questão familiar, é diretamente ligado em como está a saúde mental deles. Se for questões desfavoráveis, provavelmente a saúde mental dele vai estar deficitária.

P13: Aí vem a questão familiar que tem a parte do familiar que trata bem, o familiar que não trata bem. Tem paciente nosso que hoje não se abriga. Prefere tá na rua do que tá em casa. Então aí esse usuário fica muito vulnerável na rua, né? Aí a rua quando ele está no bairro dele e ainda está um pouco mais protegido, mas quando ele sai de um bairro pro outro ele fica mais vulnerável.

Nestes trechos, é evidente que as relações produzidas no território e o que o envolve podem gerar ora processos de adoecimento, ora processos de bem-estar, saúde, estabilidade socioemocional, socioeconômica. No relato P6 é notório que o contexto socioterritorial de uma realidade regional específica, reflete na estabilidade da saúde mental dos usuários, que pode ser abalada à medida em que estes se “desterritorializam”. Nos termos de Saquet (2016, p. 152)⁴ “a identidade é territorial e significa além de pertencimento a um certo lugar, o resultado do processo de territorialização, com elementos de continuidade e estabilidade, unidade e diferencialidade”.

Em contrapartida, a desproteção social nos territórios, discutida anteriormente por Dirce Koga, também pode potencializar o sofrimento psíquico e gerar implicações nas relações familiares, afetivas e ocupacionais. Assim, nem sempre o território significa espaço de proteção, mas de desproteção e desvínculo, mediado por relações de poder “que estão nas famílias, no Estado em suas diferentes e complementares instâncias, nas fábricas, na igreja, enfim, em nossa vida cotidiana” (p. 25), questões reiteradas pela profissional P12:

P12: Na verdade as principais causas de transtorno mental e sofrimento psíquico ele surge no âmbito social e territorial. É lá que se forma esse adoecimento, né? Então é lá que a pessoa não tem oportunidade de emprego, é lá que a pessoa não consegue fazer suas compras, é lá que a pessoa não consegue exercer o seu papel ocupacional [...], né? Então, ele com as dificuldades, vai começar a gerar o sofrimento psíquico. E por consequência, ele, no andar pelo território, vai ter suas limitações. Então o

⁴ Revisando Dematteis e Governa (2005) e Governa (2003 e 2005)

território pode surgir com algo que gera esse sofrimento psíquico assim como algo que vai “curar” esse sofrimento em si. Que é o novo olhar da rede, né? Ele gera porque a sociedade está adoecida, os territórios estão adoecidos, né? Estão com falta de investimento. Não estão dando suporte que o ser humano precisa, mínimo, básico, né? Que é cultura, lazer, alimentação, tudo que ele tem direito no território dele.

Se as relações de poder estão em todo lugar, certamente também estão no contexto hospitalar, já que as dinâmicas de funcionamento, os atos de saúde produzidos e reproduzidos no hospital também conferem um grau de agenciamento de pessoas, ordenamento e disciplina na garantia de sua funcionalidade (FERREIRA, PENTEADO & JUNIOR, 2013, p. 806) ainda que esta funcionalidade, seja para promover processos salutares. Em saúde mental, o modelo biomédico ainda confere uma prevalência nas dinâmicas de funcionamento, por exemplo, a admissão, a medicalização e a alta hospitalar.

Os/as profissionais, quando indagados/as sobre qual a influência do ciclo hospitalar - caracterizado como internação – alta – reinternação - nos vínculos familiares, comunitários e socioterritoriais de usuários/as, refletem:

P1: Essa porta giratória mostra na verdade a fragilidade dos vínculos. Onde acaba que é muito mais fácil, em vez de tratar, tentar tratar aquele problema em casa, trazer aqui pro hospital que o paciente já conhece, já é familiarizado então a equipe já conhece a história também. Essa porta pra mim demonstra mais uma fragilidade tanto do sistema em si, da rede em si, quanto da questão dos vínculos familiares que também é uma coisa que a rede não trata, né? A gente às vezes só olha pro paciente e não olha pra família.[...] até a questão mesmo da fome já o escutei de muitos pacientes que preferem vir para cá, até mesmo induzindo a crise não tomando as medicações porque ele sabe que ele vai ter o que comer. Então muito melhor pra ele vir pra cá porque ele vai ter um teto, ele vai ter alimento, ele vai ter água. Então até pra ele as vezes esse ciclo acaba sendo uma forma de sobrevivência.

P2: A gente pode perceber que quando o paciente interna a primeira vez você ainda consegue observar o interesse, a disponibilidade, o apoio dos familiares nesse tratamento. Mas a partir do momento que sai de volta pra casa e não tem um suporte adequado da rede ou mesmo recusa dos pacientes em seguir o tratamento, as reinternações ficam mais recorrentes, né? E aí nesse processo de reinternação os pacientes vão cronificando ou apresentando piora e isso faz com que os familiares se afastem desse cuidado.

P5: De acordo com a reforma, o paciente só tem que ser internado só em último caso, em altos riscos, ele tem que permanecer em casa, na família, né? Só em último caso mesmo seria a internação, aí eu acho que ele reinternando frequentemente, né, ele acaba quebrando esse vínculo com a família, né? E com o seu território, com a comunidade, com as pessoas que convivem lá, né? E eu acho que isso também pode até trazer alguns estereótipos como: É doido, só vive sendo internado, não para aqui, aí aparece hospital como referência, aí acaba sendo assim sendo rotulado, né?

P8: Eu enxergo que pela situação da crise, de já ser geralmente uma pessoa que já chega a ficar entrando e saindo é porque ela está num quadro clínico cronificado. Não

que isso seja desvinculado das famílias, mas tem uma quebra muito forte na relação familiar. Chega a ser [...] um problema pra família ter aquele paciente, usuário na casa por aquele período. Então eu acho que é um laço que fragiliza, né? Por conta da doença.

P11: O paciente recebeu alta se tem uma estrutura familiar, tem a família que acompanha, a família que quer o paciente em casa, perfeito, beleza, ele vai sair de alta. Mas se tem a família que não quer, a família que se esconde, a família que também tá está fragilizada tanto ou até mais que o paciente, que não tá dando conta do convívio com o paciente, a família que não tem uma estrutura extra muro do hospital que dê um suporte o que que vai acontecer? O tempo de permanência do paciente ele vai ficar maior ou então a rotatividade dele vai ser maior. Vai ser um ciclo.

Nestes relatos, é evidente o acionamento da categoria família como parte importante a ser considerada nas relações sociais e nos vínculos afetivos. Aqui a família se apresenta em diferentes tensionamentos: seja como parte de uma estrutura que coopera com o sofrimento psíquico e com as consequentes reinternações, como por exemplo, na recusa, no desinteresse, na falta de apoio ao usuário. Em contrapartida, como aquela que precisa de suporte, que está fragilizada e que padece de insegurança nutricional e alimentar.

P9: A questão da saúde mental ela não está restrita a alguma coisa orgânica ou alguma coisa que aconteça de imediato. E sim o contexto que ele vive. Então é fundamental que ele tenha um ambiente familiar saudável, que ele tenha políticas públicas que ampare se ele está numa sociedade desregulada, uma família desestruturada, economicamente não viável, sem oportunidades. Tudo isso influencia com aquele do quadro dele.

Sobre essas questões, importante ressaltar o “familismo” que, conforme Miotto, é uma ideologia baseada na responsabilização prioritária da família pelos cuidados e assistência aos sujeitos, em vez do Estado na criação de políticas sociais de proteção social mais arrojadas. Assim, na saúde mental, entre diversas questões, familismo e desproteção social são duas problemáticas que revelam a contradição das políticas sociais focalizadas e fragilizadas, pois muitas vezes os serviços socioassistenciais não conseguem manter a articulação necessária com a RAPS, pelo próprio movimento estrutural dos financiamentos que poderiam ampliar o serviço, a escolha do Estado em não contribuir ativamente com a implantação dos fóruns de discussão em saúde mental com a participação das famílias e a falta de suporte às famílias cuidadoras.

Além da família, a rede psicossocial como ofertadora do cuidado em saúde mental também é introduzida nos relatos como parte do ciclo de reinternação:

P10: Normalmente a família não apoia o tratamento e eu tenho também uma crítica em relação aos CAPS [...] hoje nossos CAPS estão muito defasados sem estrutura, sem psiquiatra e sem uma equipe que dê um suporte pra que esse paciente se mantenha estável fora daqui. Então o que acontece? Ele sai de alta daqui da alta complexidade volta pro CAPS que deveriam ser onde eles deveriam manter a saúde mental juntamente com o apoio da família. Ele já não tem esse apoio da família e o CAPS está nessa deficiência aí de atendimento então ele acaba por algum momento surtando novamente e retornando a alta complexidade, né? Então enquanto não tiver esse apoio da família e esse apoio dos CAPS a gente vai continuar mantendo essa porta girando, eles saem, voltam, sai e volta.

P7: Existe influência nos vínculos, não pelo fato dele estar internado porque o que vai fazer essa alteração no vínculo é a piora do paciente, se ele tá reinternando significa que ele não tá aderindo ao tratamento. Se ele não tá aderindo ao tratamento, ele tá piorando, se ele tá piorando as relações dele vão se deteriorar. Então, ao meu ver o que acontece é isso, não é obrigatoriamente a internação, ele só é internado porque eu não tenho uma rede funcionando.

P9: em relação a saúde mental que a gente observa é que aqui no hospital nós fazemos o contrafluxo, né? Nós fazemos o fluxo inverso. Deveria ser quando a rede não conseguisse resolver o problema do paciente lá fora é que ele viria pra cá, né? Ele primeiro passaria num pronto-socorro, passaria num CAPS, passaria num posto de saúde, se nenhuma desses desses serviços de saúde substitutivos aqui do hospital não resolvessem, aí o paciente seria direcionado, referenciado aqui ao HC. Só que quando HC nós fazemos o inverso. Nós pegamos o paciente que deveria ter passado primeiro nessas instâncias, tiramos eles da crise e encaminhamos pra rede substitutiva, aonde deveria ser o inverso que nós fazemos que nós fazemos anteriormente o contrafluxo, né? Nós fazemos o fluxo ao contrário.

Na mesma medida em que retratam a rede de atenção psicossocial e a família como parte estruturante do ciclo de reinternações, os/as profissionais também indicam que os entraves para reinserção dos usuários nos seus territórios são motivados por estes elementos: rede (psicossocial e socioassistencial) e família. Porém, é evidente a centralidade em apenas um equipamento de saúde mental, qual seja, o CAPS, embora, segundo Lancetti (2006) apud Amarante (2007) é no âmbito da saúde da família (atenção básica) que podemos alcançar a radicalidade da desinstitucionalização.

Retomando Paulo Amarante, as experiências de desinstitucionalização, recolocam o território como centro das abordagens de cuidado e de uma nova matriz de cuidado, a partir da Reforma Psiquiátrica, a qual reitera-se, é anterior as normativas instituídas no Brasil. Sobre território e saúde mental, o autor assevera que “os serviços de atenção psicossocial devem procurar desenvolver suas habilidades em atuar no território que [...] não se reduz ao espaço geográfico” (p. 76). Entretanto, pensar em território não implica em uma visão retórica do cuidado em liberdade. Como afirma Lancetti (2006) em Amarante, os níveis de complexidade são invertidos quando se trata de saúde mental. Usualmente, na medicina geral, a atenção básica encaminha (quando necessário) à atenção terciária, porém:

No caso da saúde mental, a complexidade é invertida: no nível terciário (hospitalar) as respostas são padronizadas, massificadas, elementares: no medicações sedativas, contenções ao leito, isolamento, etc. No nível primário, da rede básica, é que as ações devem ser mais complexas: lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem. (AMARANTE, 2007, p. 87).

Nessa perspectiva, apesar de tecerem críticas ao funcionamento da rede, alguns dos/as profissionais ao falarem sobre, não apresentam em suas compreensões, o autorreconhecimento enquanto parte da rede, perfazendo uma análise de rede psicossocial apenas extra-hospitalar. A equipe multiprofissional estabelece, então, uma condição isolada ao cuidado integralizado e articulado que deveria ocorrer em todos os níveis de atenção, embora haja esforços significativos de realizá-lo. Sugere-se que, por se tratar de ambiente hospitalar e pela própria denominação “Emergência Psiquiátrica”, “Clínica Psiquiátrica” no cotidiano e nos atos de saúde, a compreensão e autoreferência enquanto parte da rede psicossocial seja ofuscada.

A RAPS é constituída pelos seguintes serviços:

Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio na Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura; **Atenção Psicossocial Especializada:** CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS II Infante Juvenil, CAPS II Alcool e Drogas; **Atenção de Urgência e Emergência:** SAMU 192, Sala de estabilização, UPA 24 horas, Pronto-Socorro; **Atenção de Caráter Residencial e Transitório:** Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial; **Atenção Hospitalar:** Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência; **Estratégia de Desinstitucionalização:** Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta pra Casa; **Reabilitação Psicossocial:** Iniciativas de geração de trabalho e renda, Empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (PORTARIA nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, grifo nosso).

O que se percebe, no entanto, é que o próprio sucateamento dos serviços e das condições de trabalho, limitam as potencialidades de profissionais em todos os níveis de atenção. Tal fato retrata um modelo de subfinanciamento das políticas de saúde mental que ainda persiste no cenário atual. Em um evento da Fiocruz-Brasília, foi apresentada uma pesquisa da pesquisadora Renata Weber, do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em que assevera que em 2001 os gastos da saúde mental representavam apenas 2,7% dos gastos da saúde e em 2019 era ainda menor: apenas 2,1%.

Pontualmente, os/as profissionais também mencionam serviços da rede socioassistencial, como CRAS e CREAS, por oferecerem suporte principalmente no que tange aos vínculos fragilizados e violação de direitos, os quais percorrem uma estreita relação com a saúde mental. Logo, a intersetorialidade também deve ser concebida como um importante instrumento de suporte à rede psicossocial.

Nesta direção, questões como rede, território, família, vizinhança foram elementos sinalizados com frequência nos relatos e que se associam aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, contudo, observou-se poucas menções à reforma enquanto fator ideopolítico na tentativa de situar o debate da assistência intra e extra-hospitalar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou relatos de profissionais que vivem um cotidiano hospitalar e as suas concepções de território no contexto da saúde mental. A Reforma Psiquiátrica e as estratégias de desinstitucionalização constituíram-se avanços na assistência à saúde mental que encontraram, no território, um fundamento sociopolítico do cuidado em liberdade.

A pesquisa contextualizou o território enquanto categoria geográfica, porém que transcende a unidisciplinaridade à medida em que possui interfaces com as ciências sociais, humanas e da saúde. Assim, a partir dos relatos orais dos/as entrevistados/as foi possível estabelecer traços de discussão com as concepções mais gerais de território e as perspectivas interdisciplinares. Além de território, conceitos como rede psicossocial, família e cultura foram sinalizados nos relatos como elementos basilares na saúde mental.

As análises demonstraram que apesar de os/as profissionais estarem em um ambiente hospitalar, sendo partícipes de cuidados padronizados e pontuais, apresentaram em sua contribuição a importância do contexto socioterritorial, como também críticas ao funcionamento da rede extra-hospitalar. Identificou-se que o território na concepção dos/as profissionais confere várias dimensões, portanto, *territórios*: organizacional, à medida que o entendem como parte da gestão dos serviços; sociopolítica, ao estabelecer interlocuções com as estruturas de poder presentes no território que favorecem o sofrimento psíquico e cultural/identitário, pois o reconhecem como lugar de pertencimento. Identificou-se, ainda, que as concepções de território, embora mediadas pela especificidade de cada categoria,

atravessaram os *especialismos* e partiram de um saber que cotidianamente constroem em comum, a saúde mental.

Destaca-se, - apesar de partirem da saúde mental - no acionamento do conceito de rede, que os/as profissionais centralizam o trabalho psicossocial no CAPS como único ou quase único serviço extra-hospitalar, o que traz indagações quanto ao conhecimento destes/as profissionais sobre uma rede de atenção psicossocial que é extensiva, para além do CAPS. Por outro lado, geram-se indagações sobre como esta rede tem se apresentado e se comunicado com a alta complexidade e como o Serviço Hospitalar de Referência se situa nesta rede. Se conforme Lancetti, é no âmbito da saúde da família, ou seja, na atenção básica, onde se faz no ambiente cotidiano dos usuários que o fazer saúde mental pode ser mais exitoso, como estes dispositivos se situam na comunicação com os pontos da rede?

Desta forma, ainda que os conceitos interprofissionais de território introduzam pontos cruciais na saúde mental, eles não possuem congruência com o conhecimento de todos serviços ofertados pela RAPS, menos ainda o acionamento cotidiano em suas práticas hospitalares, o que pode gerar lacunas na intervenção profissional.

Nesta direção, a proposta deste estudo, além de relacionar as interfaces entre território e saúde mental com profissionais, também demonstrou lacunas quanto à articulação, funcionamento e efetividade do conjunto de serviços da rede de atenção psicossocial que devem caminhar sob os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, com base nestes achados, é sugestivo que sejam potencializados os conhecimentos dos/as profissionais sobre as bases teórico-ideológicas da Reforma Psiquiátrica e da rede de atenção psicossocial, através de momentos de valorização, formação e capacitação intra-hospitalar e possibilidades de diálogos intersetoriais com os demais pontos da rede.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

_____, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Editora Fiocruz, 1996.

DA SILVA, Aline Basso; DE PINHO, Leandro Barbosa. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 420-424, jul. 2015. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10091>>. Acesso em: 07 ago. 2021. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.10091>.

ENGELS, Friedrich; MARX, Karl. *A ideologia alemã*. 2010.

FERREIRA, D. da S. Território, territorialidade e seus múltiplos enfoques na ciência Geográfica. *Revista Campo-Território*, Uberlândia-MG, v. 9, n. 17 Abr., p. 111–135, 2014. DOI: 10.14393/RCT91719883. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/campoterritorio/article/view/19883>. Acesso em: 27 dez. 2022.

FERREIRA, Sônia Maria Isabel Lopes; PENTEADO, Maridalva de Souza; SILVA JÚNIOR, Milton Ferreira da. Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar. *Saúde e Sociedade*, v. 22, p. 804-814, 2013.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FURTADO, Juarez Pereira et al. A concepção de território na Saúde Mental. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2016, v. 32, n. 9 [Acessado 7 Agosto 2021], e00059116. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>>. Epub 10 Out 2016. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; DOS SANTOS ROSA, Lucia Cristina. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, v. 21, n. 44, p. 111-138, 2019.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. *GEOgraphia*, v. 9, n. 17, 8 fev. 2010. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13531>. Acesso em: 20 Dez. 2022.

KOGA, Dirce. Proteção social no território: entre o texto e o contexto. *REVISTA UNIÁLO EM PESQUISA*. ISSN: 2236-9074, v. 6, n. 2, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012**. [S. L.], 31 jan. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15. Dez. 2022.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 07. Ago. 2021.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria. *Familismo direitos e cidadania: contradições da política social*. Cortez Editora, 2015.

NUNES, Christiane Girard Ferreira e ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. Saúde mental pela perspectiva das ciências sociais. **Sociedade e Estado [online]**. 2020, v. 35, n. 01 [Acessado 22 Dezembro 2022], pp. 9-17. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202035010001>>. Epub 29 Maio 2020. ISSN 1980-5462. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202035010001>.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

SANTOS, Milton. O dinheiro e o território. **GEographia**, Rio de Janeiro, Ano 1. n.1,p. 7-13, 1999.

SAQUET, Marcos Aurelio. As diferentes abordagens do território e a apreensão do movimento e da (i) materialidade. **Geosul**, v. 22, n. 43, p. 55-76, 2007.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]**. 2019, v. 26, n. 4 [Acessado 17 Abril 2022] , pp. 1169-1187. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400008>>. Epub 28 Nov 2019. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400008>.

SILVA, Aline Basso da; PINHO, Leandro Barbosa de. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. Vol. 23, n. 3 (maio/jun. 2015), p. 420-424, 2015.