

Alicerces da Saúde Pública no Brasil

Daniela Gaspardo Folquitto
(Organizadora)

 **Atena**
Editora

Ano 2018

Daniela Gaspardo Folquitto
(Organizadora)

Alicerces da Saúde Pública no Brasil

Atena Editora
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

A398 Alicercers da saúde pública no Brasil / Organizadora Daniela Gaspardo Folquitto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. – (Alicercers da Saúde Pública no Brasil; v. 1)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-85107-18-5

DOI 10.22533/at.ed.185182708

1. Saúde pública – Brasil. I. Folquitto, Daniela Gaspardo. II.Série.
CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo do livro e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

E-mail: contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde como “situação de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade”. A Saúde Pública compreende um conjunto de medidas executadas pelo Estado para garantir o bem-estar físico, mental e social da população.

Neste contexto a busca pelo conhecimento nas diversas áreas da saúde como fisioterapia, psicologia, farmácia, enfermagem, nutrição, odontologia, meio ambiente são de grande importância para atingir o bem-estar físico, mental e social da população.

A Coletânea “Alicerces das Saúde Pública no Brasil” é um *e-book* composto por 44 artigos científicos que abordam assuntos atuais, como atenção básica, saúde mental, saúde do idoso, saúde bucal, saúde ambiental, cuidados com crianças e neonatos, atividade física, restabelecimento da movimento e capacidade funcional, nutrição, epidemiologia, cuidados de enfermagem, pesquisas com medicamentos entre outros.

Diante da importância, necessidade de atualização e de acesso a informações de qualidade, os artigos escolhidos neste *e-book* contribuirão de forma efetiva para disseminação do conhecimento a respeito das diversas áreas da Saúde Pública, proporcionando uma ampla visão sobre esta área de conhecimento.

Tenham todos uma ótima leitura!

Prof. MSc. Daniela Gaspardo Folquitto

SUMÁRIO

EIXO I: - SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 1 1

A ESCOLA COMO ESPAÇO DE CUIDADO: RELATOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO E VALORIZAÇÃO À VIDA

Hérica Maria Saraiva Melo
Dayanne Batista Sampaio
Rosana Rodrigues de Sousa
Jairane Escócia Silva Aquino
Sara Castro de Carvalho
Ana Lúcia Ferreira do Monte

CAPÍTULO 2 16

EM BUSCA DO SENTIDO:

A “DESCOBERTA” DO TERRITÓRIO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E SEUS DESAFIOS

Lucas Tavares Honorato

CAPÍTULO 3 35

MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO BRASIL DE 1999 A 2014

Manoel Borges da Silva Júnior
Giovanna de Oliveira Libório Dourado
Anderson Fuentes Ferreira
Daniela Costa Sousa
Francimar Sousa Marques
Felipe de Sousa Moreiras

EIXO II: - FISIOTERAPIA

CAPÍTULO 4 50

A FISIOTERAPIA E O RELATION PLAY:

CONSTRUÇÃO DA CONSCIÊNCIA CORPORAL EM PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Francisca Tatiana Dourado Gonçalves
Marcio Marinho Magalhães
Winthney Paula Souza Oliveira

CAPÍTULO 5 63

INFLUÊNCIA DO SEXO NA FLEXIBILIDADE DE ADOLESCENTES

Juliany Marques Abreu da Fonseca
Ana Caroline Alves Sampaio
Semira Selenia Lima de Sousa
Luisa Helena de Oliveira Lima

CAPÍTULO 6 70

APLICAÇÃO DA CINESIOTERAPIA NO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO NA SÍNDROME FÊMORO PATELAR

Jose Alexsandro de Araujo Nascimento
Lindenbergue Fernando de Almeida Junior
Thiago Augusto Parente de Alencar

EIXO III: - SAÚDE MATERNO INFANTIL E NEONATAL

CAPÍTULO 7 78

A IMPORTÂNCIA DA MUSICOTERAPIA PARA A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM BEBÊS PREMATUROS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Amanda Karoliny Meneses Resende
Luana Silva de Sousa
Jessyca Fernanda Pereira Brito
Nazareno Ferreira Lopes Coutinho Júnior
Celiomária Alves Xavier
Regilane Silva Barros
Marcelane Macêdo dos Santos
Weldania Maria Rodrigues de Sousa
Jéssica da Conceição Abreu
Rosimeire Muniz de Araújo*

CAPÍTULO 8 90

A IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Maria Eliane Carvalho Sousa
Maria Helena de Sousa Santos
Ana Caroline Caldas de Freitas
Mariana Portela Soares Pires Galvão
Helnatan Kleyton dos Santos Teixeira
Endy Markechany de Sousa Lima
Elizama dos Santos Costa*

CAPÍTULO 9 97

ALEITAMENTO MATERNO EM PUÉRPERAS: AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO E PRÁTICA

*Mariana Teixeira da Silva
Ingred Pereira Cirino
Hilana Karen de Lima Santos
Fernanda Vitória de Oliveira Sousa
Camila da Costa Soares
Luísa Helena de Oliveira Lima
Edina Araújo Rodrigues Oliveira*

CAPÍTULO 10 110

CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS À CRIANÇA COM CÂNCER: REVISÃO INTEGRATIVA.

*Francisco Márcio Nascimento da Cruz
Juliana Macedo Magalhães
Claudia Maria Sousa de Carvalho
Jardel Nascimento da Cruz
Adriana Vasconcelos Gomes
Ana Beatriz Mendes Rodrigues*

CAPÍTULO 11 119

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: UM RELATO DE EXPERIENCIA

*Tácia Daiane Leite Sousa Soares
Anderson Maciel dos Anjos Lopes
Endy Markachany de Sousa Lima
Maria do Perpetuo Socorro Santiago Nascimento
Luis Gleizer Magalhães Timbó
Layse de Sousa Ferreira*

CAPÍTULO 12..... 120

ICTERÍCIA NEONATAL: TERAPÊUTICA ADEQUADA

Cláudia Regina Silva dos Santos Cunha
Melissa de Almeida Melo Maciel Mangueira
Cristiane Vêras Bezerra Souza
Flávia Regina Vieira da Costa
Soraya de Jesus Araújo Cutrim
Nilton Maciel Nogueira

CAPÍTULO 13..... 132

MORTALIDADE MATERNA: PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ACERCA DO ABORTO

Gracielle de Sousa Gomes
Francisca Erinalda Oliveira de Sousa
Lana Gabriele de Sousa Arcanjo
Renata da Conceição Costa
Sarah Nilkece Mesquita Araújo

EIXO IV - EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CAPÍTULO 14..... 141

ABORDAGEM REFLEXIVA NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE ENFERMAGEM SOBRE A PREVENÇÃO DA OSTEOPOROSE

Tharles Lindenberg de Brito Araújo
Francisco Marcio Nascimento da Cruz
Jardel Nascimento da Cruz
Elayne Kelly Sepedro Sousa
Wallyson André dos Santos Bezerra
Fabiana da Conceição Silva
Evaldo Hipólito de Oliveira

CAPÍTULO 15..... 154

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VÍTIMA DE QUEIMADURAS

Fabyanna Lucena Costa
Hiêda Maria Porto Cintra
Emmanuelle Patrícia Oliveira Da Silva
Luiz Antônio Lima Araújo
Rakel Ferreira Da Costa
Márcia Adriane Da Silva Ribeiro
David Brito Soares

CAPÍTULO 16..... 161

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA

Danielly Matos Veras
Lucas Araújo Dantas de Oliveira
Victória Mércia de Sousa Alves
Karine de Magalhães Nogueira Ataíde

CAPÍTULO 17..... 170

ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE DOENÇAS RARAS: RELATO DE EXPERIENCIA

Luana Silva de Sousa
Amanda Karoliny Meneses Resende
Jessyca Fernanda Pereira Brito
Celiomária Alves Xavier
Marcília Soares Rodrigues
Anneth Cardoso Basílio da Silva
Alice Figueiredo de Oliveira

*Karyne Silva Campos
Dayana Silva Moura*

CAPÍTULO 18 **181**

FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES DE UM GRUPO DE PESQUISA

*Yanka Alcântara Cavalcante
Tamires Maria Silveira Araújo
Quitéria Larissa Teodoro Farias
Sibele Pontes Farias
Ana Suelen Pedroza Cavalcante
Aparecida Lara Carlos Xavier
Maksoane Nobre do Nascimento
Maristela Inês Osawa Vasconcelos*

EIXO V - ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

CAPÍTULO 19 **190**

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SALA DE VACINA NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Bruna dos Reis Nespoli
Lílian Maria Almeida Costa
Fernanda Cláudia Miranda Amorim
Carolinne Kílcia Carvalho Sena Damasceno*

CAPÍTULO 20 **197**

CATADORES DE MATERIAIS RECICLÁVEIS: CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO A SERVIÇOS BÁSICOS

*Rekle Gean Pereira Siriano Ferreira
Matheus Gonçalves Ferreira
Vanessa Resende Nogueira Cruvinel*

EIXO VI: - SAÚDE AMBIENTAL

CAPÍTULO 21 **211**

ACIDENTES COM TRANSPORTE RODOVIÁRIO DE PRODUTOS PERIGOSOS NA BAHIA: UM OLHAR AMPLIADO

*Lívia Maria da Silva Gonçalves
Cláudia Oliveira D'Arede
Luiz Roberto Santos Moraes*

CAPÍTULO 22 **230**

O GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

*Dayane Clock
Roseneide Campos Deglmann
Márcia Bet Kohls
Marceli Diana Helfenstein Albeirice da Rocha
Patrícia Fernandes Albeirice da Rocha
Roni Regina Miquelluzzi
Therezinha Maria Novais de Oliveira*

CAPÍTULO 23 **236**

QUALIDADE MICROBIOLÓGICA DA ÁGUA TRATADA DE UMA UNIVERSIDADE DO OESTE DO PARANÁ

*Leanna Camila Macarini
Callegary Viana Vicente
Helena Teru Takahashi Mizuta
Fabiana André Falconi*

SOBRE A ORGANIZADORA **242**

EM BUSCA DO SENTIDO: A “DESCOBERTA” DO TERRITÓRIO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E SEUS DESAFIOS

Lucas Tavares Honorato

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em
Geografia (PPGEO/UFF)

Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ
E-mail: lucasthonorato@yahoo.com.br

RESUMO: O presente trabalho trata de uma reflexão acerca da emergência do conceito de uma abordagem territorial no campo Saúde Mental de forma ampla, e das políticas públicas de Saúde Mental de forma estrita. Toma-se como marco referencial a promulgação da Lei 10.216/2001 (“Lei da Reforma Psiquiátrica”) e legislações subsequentes. Busca-se alinhar o que consideramos os principais desafios e possibilidades para uma abordagem territorial em Saúde Mental. Para tal, apresentamos uma revisão bibliográfica acerca da temática da territorialização de políticas públicas no Brasil, da dimensão espacial e territorial dos determinantes da saúde e da doença, e da emergência da categoria território na Saúde Mental, de acordo com a perspectiva da desinstitucionalização.

PALAVRAS-CHAVE: território, Saúde Mental, desinstitucionalização, territorialização de políticas públicas.

ABSTRACT: The present work deals with a reflection about the emergence of the concept of a territorial approach in the Mental Health

field in a broad way, and of the public policies of Mental Health strictly. The promulgation of Law 10.216 / 2001 (“Psychiatric Reform Law”) and subsequent legislation is taken as a reference. It seeks to tackle what we consider the main challenges and possibilities for a territorial approach in Mental Health. To this end, we present a bibliographical review about the territorialisation of public policies in Brazil, the spatial and territorial dimension of the determinants of health and disease, and the emergence of the territorial category in Mental Health, according to the perspective of deinstitutionalization.

KEYWORDS: territory, Mental Health, deinstitutionalization, territorialization of public policies.

1 | INTRODUÇÃO:

Ao longo do processo de distensão política atravessada pelo país nas décadas de 70 e 80, diversas experiências, ações, propostas e projetos orientados em diferentes frentes (institucionais, acadêmicas e políticas) criaram regimes de tensão com o modelo assistencial até então instituído, pautando diferentes formas de *cuidado* aos usuários, em busca da ampla democratização e humanização das práticas assistenciais em saúde. Em parte, esse conjunto

de propostas foi absorvido no bojo dos processos de *Reforma*, tanto Sanitária quanto Psiquiátrica, que marcam o período, refletindo-se nas *políticas de saúde* e *políticas de saúde mental* consequentes.

Quando falamos da *Reforma Psiquiátrica Brasileira* (RPB), cabe destacar, não nos atemos a atuação de um ou vários movimentos sociais específicos, mas a um processo histórico complexo que envolve experiências, propostas e projetos, continuidades e descontinuidades, de negação de um modelo assistencial “hospitalocêntrico-medicalizador”, pautado em *instituições de sequestro* (aqui, *espaços silares*) – onde as atitudes, práticas institucionais e as estruturas de cuidado são (re)produzidas de acordo com o *paradigma psiquiátrico*, apoiado nos pressupostos médico-curativo (diagnóstico-intervenção-cura) da biomedicina e psicologia clínica, de controle e na anulação da diferença. Conseqüentemente, este conjunto dialógico de críticas e intervenções e diferentes projetos acabou por se amalgamar à proposta de um outro modelo assistencial, o *paradigma da atenção psicossocial*, onde as atitudes, práticas institucionais e as estruturas de cuidado devem ser configuradas a partir do encontro, do diálogo, da escuta, do compartilhamento de responsabilidades e do compromisso ético-político com o usuário. Trata-se de deslocar o centro da prática institucional do médico para uma equipe multiprofissional, encarregada da construção de vínculos e de um projeto individual de terapêutica adequada a “demanda do usuário”. O processo terapêutico, então, deve estar ancorado na restituição aos usuários do protagonismo em sua própria vida, a partir da remissão da liberdade e do direito à diferença, em busca da *produção de saúde*.

Neste novo modelo assistencial, institucionalizado pela e a partir da “Lei da Reforma Psiquiátrica” no Brasil e em diálogo com as diretrizes e orientações organizacionais do SUS (*municipalização e regionalização*), o vínculo é compreendido como recurso e integrante da terapêutica – “É uma atitude de implicação, que no caso dos serviços de saúde, evidencia-se através do fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e o território.” (BALLARIN, CARVALHO e FERIGATO, 2009, p. 447)

Portanto, admitir a promulgação da Lei 10.216/2001 (“Lei da Reforma Psiquiátrica”) como marco histórico fundamental, representa situar a consolidação do processo histórico do Movimento de Reforma Psiquiátrica (MRP), via Luta Antimanicomial, mobilizados desde a década de 70 (AMARANTE, 1995).

A referida Lei reorientou a assistência psiquiátrica, ao prever a substituição progressiva e programada dos *espaços asilares* (na redação original, “manicômios”), do modelo “hospitalocêntrico-medicalizador”, do *paradigma psiquiátrico*; por redes de atenção à saúde mental de “base comunitária e territorial”, do *paradigma psicossocial*.

A galope, “descobre-se” o *território*, com a promessa de operar transformações tanto no paradigma de cuidado quanto de reorientar as práticas e estruturas institucionais (ATALLAH, 2013).

Compreenderemos a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) tal qual PAIM (2008) analisou o Movimento de Reforma Sanitária (MRS): enquanto *ideia, proposta, projeto*

e *processo*, pois, ao mesmo tempo em esta abordagem nos remete à uma perspectiva processual do fenômeno, nos possibilita uma análise nas suas diferentes esferas (ético-científico, político e jurídico-legislativo) sem perder de vista a conjuntura e os campos de tensão concernentes. Desse modo, viabiliza-se uma análise das múltiplas “entradas” da abordagem territorial no âmbito das *políticas de saúde mental*.

Apesar das apostas no progresso que a abordagem territorial tende a apontar no campo das *políticas de saúde mental*, compreendemos que é fundamental amadurecer o entendimento da dimensão real de suas possibilidades e limitações. Para tanto, esboçaremos um breve panorama para subsidiar algumas reflexões sobre as implicações da adoção do conceito de território enquanto estruturante e orientador deste novo modelo.

2 | REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: IDEIA, PROPOSTA, PROJETO E PROCESSO.

De forma geral, pode-se dizer que o século XX será marcante para a Psiquiatria. Partindo das denúncias sobre as condições e formas desumanas que configuravam os espaços asilares e o trato com os indivíduos em condição de sofrimento psíquico, diversos movimentos de *Reforma* em vários diferentes países questionarão aquele *paradigma psiquiátrico* hegemônico.

No Brasil, a relação entre as diferentes experiências em saúde mental ao longo da história e as políticas de assistência à população em condição de sofrimento psíquico é complexa e marcada por continuidades e descontinuidades, onde as *idéias*, as propostas e as práticas concretas nem sempre caminharam juntas. Muitas das diversas experiências e projetos, ora estiveram concordantes ora dissonantes, com experiências de rápida duração a ressurgimentos. Algumas se mantêm até hoje e foram absorvidas e institucionalizadas. É em meio a esta pluralidade tensa que a *proposta* e o *projeto* da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) ganha corpo – apesar de mais fortemente influenciado pela experiência da Psiquiatria Democrática Italiana e a noção de *desinstitucionalização*, absorvida nas orientações previstas na “Lei da Reforma Psiquiátrica” (SARACENO, 1999).

Refletir sobre o *processo* da Reforma Psiquiátrica Brasileira significa nos reportar primeiramente à década de 70 e a Ditadura Militar, onde germinam os movimentos sociais na área de saúde, em resposta à repressão política e a mercantilização e deterioração drástica dos hospitais e serviços de saúde e assistência públicos, desde a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vai promover mudanças significativas no sistema de prestação dos serviços de previdência e assistência social ao ampliar a cobertura à toda a classe trabalhadora (substituindo os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs), contudo, seu modelo privatizante pautado principalmente na

contratação de leitos em hospitais privados vai ser alvo de críticas desde sua fundação. No âmbito da Saúde Mental, este período nos remonta às denúncias dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) das condições desumanas dos Hospitais Psiquiátricos do país, questionando publicamente a política e o projeto de Saúde Mental até então empreitado pelo Estado. A partir destas denúncias, articula-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), vindo a se consolidar como espaço privilegiado de denúncia, luta e debate da transformação do modelo de assistência psiquiátrica, envolvendo diversos atores do setor (entidades de classe, profissionais de saúde mental e movimentos sociais comprometidos com esta causa). Conjuntamente, no âmbito mais geral, nasce o Movimento de Reforma Sanitária, que segue neste período avançando articulação de pautas e nas críticas e do modelo de saúde privatizante e pauperizado implementado.

Na década de 80, com a redemocratização do país e, conseqüentemente, ao aumento da participação de setores representativos da sociedade na formulação de políticas públicas, iremos assistir a ebulição e avanço nas bandeiras dos vários movimentos sociais na luta por direitos. Soma-se, a crise institucional e financeira da Previdência Social neste mesmo período, que leva o Estado a adotar medidas racionalizantes e disciplinantes em relação ao setor privado, e, ao mesmo tempo, adotar medidas para a reorganização do setor público.

Reportamo-nos ao Movimento de Reforma Sanitária (MRS), que, agregando todo o campo da saúde, numa conjuntura de mercantilização e crise da saúde, pautará o lema “Saúde: direito de todos e um dever do Estado”, que, posteriormente, será a base dos princípios do Sistema Único de Saúde, e fundamento das suas duas principais diretrizes básicas: a *universalidade* do acesso e *integralidade* das ações (PAIM, 2008).

Neste contexto, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) progride bastante na luta, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujo relatório final serviria de base para o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988 e que absorve a pauta da saúde enquanto direito do cidadão e um dever do Estado. O pressuposto será absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que será instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado, posteriormente, pela Lei Federal 8.808/90, dando base à suas duas principais diretrizes: a universalidade do acesso e integralidade das ações. Outra transformação importantíssima diz respeito à municipalização, sendo o serviço de saúde, a partir de então, de responsabilidade dos municípios. Caberia agora aos gestores municipais organizar e gerir a demanda e as articulações da rede de cuidados em saúde mental, adequados às diretrizes de regionalização e territorialização.

A importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde não se limita ao exposto acima. Fundamentalmente, relação à saúde mental, influenciará a organização, em 1987, da I Conferência Nacional de Saúde Mental, que solidificou o *projeto* da Reforma Psiquiátrica, e o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru/SP, que deu origem ao Movimento da Luta Antimanicomial, com o lema “Por uma

sociedade sem manicômios”.

Importante clarificar, que antes do Congresso, já em 1986, surgiu o primeiro CAPS - Professor Luiz da Rocha Cerqueira. É necessário também citar o episódio da Intervenção no Hospital Anchieta, em 1989 (Santos/SP), que vai dar origem a cinco Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) 24h.

No contexto internacional das Lutas, em 1990, temos a proclamação da Declaração de Caracas pela Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que forneceu a justificativa ideológica e cujas recomendações abririam caminho para a discussão de alternativas no cuidado à população em condições de sofrimento psíquico, que respeitassem o preceito de salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis dos pacientes (DESVIAT, 1999).

Neste contexto, as Conferências Nacionais de Saúde se tornaram o grande espaço de disputa institucional e onde o discurso antimanicomial se capilarizou e tornou-se hegemônico. Por onde, inclusive, se elege como o *projeto* da Reforma a “Lei Paulo Delgado”, cuja tramitação tivera início em 1989, mas que só seria acatada (com profundas modificações) em 2001, com a aprovação da Lei 10.216 (“Lei da Reforma Psiquiátrica”), a partir do substitutivo do projeto original. É na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, que se consolida uma política de mudança assistencial, transformando os modelos “experimentais” dos CAPS e NAPS nos exemplos de serviço de saúde mental transformadores, dando reconhecimento e legitimidade às propostas.

O período de 1992 à 2000 será marcado pela expansão da rede de atenção psicossocial pautado nos CAPS/NAPS.

Os CAPS/NAPS previstos pela Lei Federal nº 10.216/2001, são adequados e requalificados com a Portaria Ministerial nº 336/2002, e, por fim, reafirmados na Portaria Ministerial nº 3.088/2011.

A escolha de um Centro de Assistência Psicossocial é estratégica, visto que, conforme a interpretação do Portal da Saúde do SUS são os “serviços em saúde mental públicos e territorializados (*território* é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária)”.

A partir de então, o CAPS/NAPS será pautado como o dispositivo substitutivo responsável pelo *atendimento integral* às demandas dos usuários nos territórios em que se localizam; e como dispositivos estratégicos e primários de elaboração e organização das redes de atenção à saúde mental (AMARANTE e TORRES, 2001), através da articulação de duas frentes:

- a. atuando na assistência direta, e na tessitura e mediação da rede de serviços de saúde, articulando os diversos agentes e atores – usuários, familiares,

equipe técnica e de atenção básica (articuladores);

- b. na “promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.” (BRASIL, 2004b, p. 12)

No período de 2001 à 2003, podemos observar não só a aprovação da “Lei de Reforma Psiquiátrica”, mas, também, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, com a consolidação do novo modelo e o promulgação do “Programa de Volta Pró Casa”, impulsionando o projeto de “desinstitucionalização”. Este período se caracteriza pela substituição progressiva e programada do modelo manicomial, prevendo a construção e consolidação de uma rede territorial de serviços.

Para além, hoje ainda podemos citar a Portaria Ministerial nº 3.088/2011, que 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.

Este “ato administrativo normativo” em particular, adquire suma importância por dois motivos: pela sua importância como “símbolo de progresso” no processo da Reforma Psiquiátrica, do avanço de um modelo de cuidado em Saúde Mental, ao regulamentar o modelo das redes de base comunitária e territorial; e, ao mesmo tempo, enquanto o marco jurídico-político, que redefine e prevê os equipamentos de cuidado, e reorienta suas devidas competências e formas de articulação entre si e com a atenção primária em Saúde.

3 I ENCRUZILHADAS EM REDE, TERRITÓRIO EM EVIDÊNCIA...

É crucial situar o processo de “descoberta do território” nas *políticas de saúde* na conjuntura mais ampla do movimento de retomada do planejamento nacional, no Brasil, e de produção de políticas públicas nacionais, a partir dos anos 2000, onde o enfoque no *território* tem se tornado estratégico para a absorção das demandas territoriais no modelo institucional, em vistas à transformação do espaço social.

Segundo Rodrigues (2004), as inflexões na relação sociedade-Estado atualmente têm apontado para a *territorialização das políticas públicas*. Perspectiva que se distingue da abordagem clássica das políticas públicas setoriais, onde o território vem emergindo como uma possibilidade e uma promessa para a construção e reorganização do planejamento e das próprias políticas públicas. No âmbito das políticas de saúde mental, tal concepção se particulatiza, ao mesmo tempo em que se soma às outras políticas públicas do e integradas ao campo da saúde, formuladas e reformuladas neste íterim – como a NOAS-SUS 01/2001, que define o processo de regionalização da assistência à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dando protagonismo ao conceito de *território*.

Neste bojo, a abordagem territorial assumirá o protagonismo na fundamentação,

manutenção e funcionamento das Redes de Atenção Psicossocial, de acordo com Política Nacional de Saúde Mental, congruente às demais políticas de saúde e orientações do SUS – onde o *território* é tomado como a esfera de onde devem partir e se organizar as estratégias, práticas e ações que consolidam os programas e políticas de saúde.

Ao mesmo tempo, especificamente no campo da Saúde, nota-se o deslocamento da interpretação do *território* como dimensão da soberania do Estado, fisiografia, extensão e fronteira, para um novo patamar de debate, que, segundo CZERESNIA E RIBEIRO (2000), SANTOS (2009), MONKEN E BARCELLOS (2005) e FARIA E BERTOLOZZI (2009), é reflexo da amplitude das discussões e trabalhos do geógrafo Milton Santos, que extravasaram o campo disciplinar da Geografia.

As influências do pensamento de Milton Santos no campo da saúde refletiram, na emergência da preocupação de entender os processos biológicos também como processos sociais, espaciais e temporalmente determinados, mudando o foco da doença para a análise das condições de ocorrência das mesmas – as *determinações sociais da doença*. A operacionalização desta preocupação se daria por via do *território usado*, não sendo possível compreendê-lo ignorando as relações econômicas, sociais e políticas que se estabelecem nos diferentes lugares, e cuja mobilização permite estabelecer as relações entre territórios em diferentes escalas.

No campo das políticas de saúde mental, particularmente, a abordagem territorial ainda guarda outros significados, posto que, no que tange às práticas institucionais, é extrapolada para o campo da terapêutica, da forma de cuidado – *território* como o meio e, ao mesmo tempo, como a condição para o cuidado, como base de organização das práticas terapêuticas, fundamentadas nas noções de *desinstitucionalização* e em vistas à *assistência integral*.

A *desinstitucionalização*, perspectiva fundante da experiência de Franco Basaglia (Psiquiatria Democrática Italiana), tem como pressuposto para o tratamento a recolocação do indivíduo em condições de sofrimento psíquico na condição de protagonista do processo terapêutico, permitindo a esse a reapropriação de sua vida e abertura à outras possibilidades de *ser*, para além da doença – o “direito à vida”. Esta perspectiva acaba que por exigir a relação com o *território*, pela necessidade de “deslocamento das ações para o contexto social dos usuários, de sua existência concreta, para mudar, em última instância, a relação do corpo social com a *loucura*.” (ROTELLI, 1992 apud LEMEK E SILVA, 2013, p. 9).

A Psiquiatria Democrática não nega a existência da doença, como a Antipsiquiatria, pelo contrário propõe “colocar a doença entre parênteses”. O que significa que a “negação da psiquiatria”, como embate com discurso e práticas hegemônicas sobre a loucura, demandaria operar uma luta em duas esferas: na esfera científica e na esfera política. Esta perspectiva se desdobra na noção da luta contra a institucionalização do ambiente externo (luta política para a transformação no âmbito da sociedade da sua relação com a loucura) e contra a “institucionalização” e “cronificação” da doença nos

aparatos manicomiais; mas, principalmente, na busca por “encontrar um novo tipo de relação entre doente, médico, equipe e sociedade, onde a instituição psiquiátrica, a psiquiatria e os enfermos sejam questões reciprocamente compartilhadas” (Ibid., p. 69).

Quando Baságlia afirmava que “a cidade é o lugar da reabilitação”, trazia a tona uma mudança na dinâmica espacial do processo terapêutico, substituindo a ideia de comunidade e enunciando o “território”, enquanto elemento fundamental na construção do novo cenário estratégico em saúde mental. Segundo GIOVANELLA e AMARANTE (1994, p. 145):

“A substituição da ideia de comunidade pela de território não visa apenas estabelecer uma distinção com a comunidade da psiquiatria comunitária. O território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. O trabalho no território não é a mesma coisa que estabelecer um plano psiquiátrico, ou de saúde mental, para a comunidade, mas trabalhar com as forças concretas para a construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela psiquiatria.”

Ainda, salienta que “o trabalho no território não é um trabalho de construção ou promoção de ‘saúde mental’, mas de reprodução da vida, de subjetividades” (Id., Ibid.).

Então, é com a construção de uma rede de serviços substitutivos ao Hospital e, principalmente, na Rede que o lócus do planejamento e execução das ações de cuidado, em vistas à *integralidade* e a capacidade de produção de melhorias efetivas na saúde e no bem-estar de seus usuários, de se apoiar. Por conseguinte, o espaço privilegiado onde a abordagem territorial, proposta pelas políticas de saúde mental, é equacionada e orientada em vistas a superação do *paradigma psiquiátrico* e efetiva produção do *paradigma psicossocial*.

De acordo com o *paradigma psicossocial*, a articulação de uma Rede de Atenção Psicossocial na, pela, da e “com” a cidade, deveria encaminhar o usuário a uma infinidade de possibilidades de trajetórias numa *rede rizomática*, enquanto processo terapêutico. Segundo CARVALHO (2013, p. 26):

“a rede rizomática propõe conexões entre todos os lados que mudam de acordo com os novos acontecimentos que se criam ao invés de ficar preso a definições ou a modelos fechados. A construção de múltiplas entradas na rede de saúde mental faz com que o trabalhador e o usuário possam construir as suas conexões sustentadas nas suas próprias ações, definidas pelo trabalho e pelas subjetividades”

Portanto, na Rede, qualquer ponto pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo. É que cada trajetória na Rede não remete exclusivamente à relação médico-paciente. A relação institucional está sempre em conexão com diferentes regimes e qualidades de relações, onde o processo terapêutico não só remonta à prática terapêutica em si, naquele ou neste equipamento, mas, onde a própria trajetória cotidiana dos usuários deverá conectar organizações, formas e relações de poder, sensibilidades, regimes e enunciações de saber.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estruturada para funcionar de forma

rizomática (DELEUZE, 1974), deve ser uma realidade heterogênea, cuja apropriação aglomera atos muito diversos: cognitivos, linguísticos, políticos, estéticos, mímicos, gestuais, perceptivos; de forma que não existe a “Rede em si”, como universalidade a priori, mas funciona num concurso complexo de significados, apropriações e discursos, não devendo, desta maneira, a trajetória dos usuários ser tomada de forma genealógica – buscando decompor estrutura internas, para a justificação e significação do processo. A Rede, como concebida, só existiria, então, na dimensão relacional, do encontro entre pessoalidades que fazem emergir contingências que, por sua vez, impulsionam e repulsionam, ao mesmo tempo, os diferentes indivíduos em relação, não podendo ser atribuída, nem submetida ao que quer que seja de significante a priori.

O processo terapêutico na Rede deve incorporar multiplicidades, onde inexiste uma unidade que orienta as relações entre sujeitos e objetos do cuidado. Não há sujeitos nem objetos (médico e paciente se diluem no encontro), posto que o cuidado, nesta abordagem, se constituiria em produção orientada à potencialização dos usuários e composta por determinações, grandezas e diferentes dimensões que se compõem mutuamente e que mudam de qualidade a cada movimento de um ou outro – a cada agenciamento.

Esta forma de conceber a Rede e sua funcionalidade imputa projetos terapêuticos descentrados sobre outras dimensões, atravessamentos e registros: projetos terapêuticos do usuário, com os saberes, nexos, léxicos, significados, representações, do usuário; e não exclusivamente do técnico ou agente de saúde.

Assim sendo, se compreendida enquanto linhas, a Rede se configuraria mais como um plano de consistência para às multiplicidades, viabilizadas pelos *encontros*.

Por isso, a trajetória na Rede pode ser rompida, quebrada e retomada em qualquer uma de suas partes, posto que se por um lado é organizada, distribuída, estratificada; por outro, em si comporta os desvios, linhas de fuga, aberturas, reacomodando e se rearranjando de forma contingente. As linhas de fugam fazem parte da “Rede rizomática” e se remetem umas às outras.

Na Rede, teoricamente, temos infinitas possíveis cartografias que deverão ir se esboçando no cotidiano do usuário, enquanto protagonistas de seu próprio processo de cuidado, e ao longo das diferentes formas de apropriação de suas próprias potencialidades, que, ponto a ponto, deverão abrir caminho a inúmeras possibilidades de *ser* – “a liberdade é terapêutica!” diz o jargão muito comum hoje no meio institucional.

4 | OS DESAFIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS, PRÁTICOS E POLÍTICOS DA ABORDAGEM TERRITORIAL NA SAÚDE MENTAL.

Nos últimos anos, o território tem se configurado como uma promessa e conceito valoroso para os acadêmicos, movimentos sociais e o Estado. As várias significações

atribuídas ao termo território que figura nos discursos e na imaginação acadêmica, política e institucional, não necessariamente são tornadas claras, apesar do potencial libertário e progressista da abordagem territorial na saúde mental. Isto impõe algumas dificuldades. Muitas das vezes, as “varias entradas do território” acaba implicando uma desconsideração com o rigor conceitual, figurando uma mix de conceito-valores-estratégias e, conseqüentemente, esvaziando seu potencial político, analítico e explicativo da realidade. Uma simplificação, banalização, “superinflação” e até a fetichização dos mesmos, incorrendo em uma despotencializando a vitalidade e complexidade da abordagem.

Segundo CRUZ (2011, p. 85):

“Usada como conceito, como metáfora ou, simplesmente, como um vício de linguagem, a palavra invadiu os mais diferentes domínios discursivos correndo sérios riscos de uma pop-degradação e a conseqüente banalização do seu potencial analítico e político.”

Ao citar a “pop-degradação”, o autor faz referência à MORIN (1999), segundo o qual:

“fala de três diferentes vias pelas quais ocorre a degradação: a degradação tecnicista; a degradação doutrinária e a pop-degradação. Na degradação tecnicista conserva-se da teoria aquilo que é operacional, manipulador, aquilo que pode ser aplicado; a teoria deixa de ser logos e torna-se techné. Na degradação doutrinária, a teoria torna-se doutrina, ou seja, torna-se cada vez menos capaz de abrir-se à contestação da experiência, à prova do mundo exterior, e resta-lhe, então, abafar e fazer calar no mundo aquilo que a contradiz. Por fim, a chamada pop-degradação, na qual se eliminam todas as obscuridades, as dificuldades, reduz a teoria a uma ou duas fórmulas de choque; assim, a teoria vulgariza-se e difunde-se à custa dessa simplificação de consumo. Esse parece ser o caso do que vem ocorrendo, nos últimos anos, com o conceito de território.” (Id., Ibid.)

Em nosso caso particular, somaria a possibilidade de uma DEGRADAÇÃO BUROCRÁTICA, onde o conceito é reduzido a sua definição normativa, sendo esvaziado de capacidade explicativa e analítica da realidade, tornando-se instrumento de gestão, administração e organização das ações burocráticas de Estado.

Assim, é preciso afirmar que o esforço de delineamento das diferentes “entradas” e “sentidos” de território que vieram a se coadunar nas políticas de saúde mental, torna-se apenas um pequeno passo.

Aprofundar o debate é assumir que, ainda conforme CRUZ (2011), o território cada vez mais tem assumido uma “dupla centralidade/visibilidade”: analítica (epistemológica e teórica) e empírica (histórica e política).

Do ponto de vista analítico, a abordagem territorial tem emergido como ferramenta de grande valia não só as análises no campo da Geografia. No campo das ciências humanas em geral, com o avanço da globalização econômica, a intensificação dos fluxos e integração dos lugares tem implicado notas problemáticas para o entendimento das relações sociais. A dimensão espacial dos fenômenos, cada vez mais evidenciada, tem se tornado o foco das análise e a grande promessa para o entendimento desta

nova realidade posta. Realidade de intensificação da multiplicidade, visto que

“O espaço é a esfera da possibilidade da existência da multiplicidade; é a esfera na qual distintas trajetórias coexistem; é a esfera da possibilidade da existência de mais de uma voz. Sem espaço não há multiplicidade; sem multiplicidade não há espaço. Se o espaço é indiscutivelmente produto de inter-relações, então isto deve implicar na existência da pluralidade: Multiplicidade e espaço são co-constitutivos.” (MASSEY; KEYNES, 2004)

Ao mesmo tempo, conforme discutido por HAESBAERT (2004), o espaço é “re-descoberto” pela via da negação, nos discursos da desterritorialização presentes nos teóricos da globalização – “o fim do espaço”, “a supressão do espaço pelo tempo”, “o fim dos Estados-nacionais” etc. Consecutivamente, é cada vez maior o número de pesquisas e análises valorizando a dimensão espacial como ferramenta privilegiada para compreensão da sociedade.

Referente às mudanças no campo do pensamento social, CRUZ (2011) situa a necessidade de compreendê-las a partir do surgimento de “novas teorias da ação, da política e do poder nas ciências sociais e na filosofia” (p. 87):

“Nesse sentido, podemos listar várias contribuições, desde aquelas situadas no campo do materialismo histórico, como, por exemplo, a teoria política de Gramsci e a teoria do Estado de Poulantzas até aquelas que estão para além do materialismo histórico, como é o caso da análise do poder de Michel Foucault, da teoria da razão prática de Pierre Bourdieu, da teoria dos agenciamentos e da micropolítica de Felix Guattari e Deleuze. Podendo-se incluir nessa lista relevantes contribuições oriundas dos estudos culturais, dos estudos pós-coloniais, das teorias antirracistas, das teorias feministas, das teorias queer, além do vigoroso pensamento descolonial latinoamericano.” (id., *Ibid.*)

Debruçarmos sobre a centralidade do território, implica na observância de uma conjuntura na qual “uma nova forma de pensar a ação, o poder e a política influenciados por uma nova realidade e um novo movimento no campo do pensamento social” emergem.

Para além, as novas concepções de território buscam mais do que tratar simplesmente de rever as formas de entender, pensar e agir politicamente, tomando o poder e a política do ponto de vista do enfrentamento com o Estado, na instauração de outros regimes de organização societária. Buscam ampliar o campo de problematizações acerca dos fenômenos que envolvem os processos de dominação e resistência.

Do ponto de vista empírico, ainda conforme o autor, o conceito de território também ganha uma grande visibilidade, tornando-se conceito-chave para as políticas de Estado, nas diferentes esferas de ação/intervenção. Trata-se, como já abordamos, da territorialização das políticas públicas. No caso brasileiro, esse movimento é emblemático. Vários ministérios utilizam o conceito de território como um elemento estruturante de suas formas de planejamento e intervenção. Numa outra perspectiva, mais ligada à sociedade civil, o autor joga luz aos movimentos sociais, para os quais o conceito “tem funcionado como um dispositivo de agenciamento político, em especial,

no contexto latino americano, em que essa categoria é uma espécie de catalisador das energias emancipatórias” (Id., p. 89). Desta forma, o acionamento do conceito tem se mostrado estrategicamente presente nos mecanismos de intervenção social e política tanto dos atores hegemônicos quanto dos hegemonzados.

HAESBAERT (2014), discutindo acerca da construção de conceitos no âmbito da geografia, nos aponta uma distinção importante no uso dos conceitos.

Segundo o autor, inspirado em MOORE (2008), os conceitos podem ser acionados de três diferentes formas: enquanto “categoria normativa” (como instrumento jurídico-político de Estado, por exemplo, nas ações de gestão, planejamento e execução de políticas públicas); enquanto “categoria da prática” (nos discursos, práticas e experiências dos movimentos sociais, e acionados por esses como estratégia de luta, garantia e/ou reafirmação de direitos); e, por fim, enquanto “categoria analítica” (mais próxima da academia, no processo de reflexão e análise da realidade).

No caso específico da Saúde Mental, onde o uso “prático” e “normativo” (instituinte e instituído) muitas vezes se confundem no cotidiano dos usuários e profissionais, ainda poderíamos acrescentar outra dimensão do uso do conceito: enquanto *signo* – uma ideologia.

É preciso compreender que o processo de institucionalização da Reforma acabou por canalizar as diferentes pautas cotidianas dispersas nas diversas realidades dos manicônios no Brasil. A possibilidade de “abertura para o território”, apesar de não apaziguar essas demandas, operou sua integração. O território, por tanto, acabou por se tornar também a “figur-ação” representativa da luta. Mais do que um “conceito-referência”, o uso nominal do território por si só figura como uma “imagem” que acaba por “acionar” na realidade um processo significativo das práticas e ações institucionais, atravessando as mesmas do sentido revolucionário e emancipador da *ideia* da Reforma. O uso do conceito, aqui, acaba por secundarizar os conflitos e contradições das implicações da abordagem territorial operante, em nome do privilegiamento seu significado político. Dai seu caráter ideológico.

Destarte, podemos delinear os principais desafios teórico-metodológicos, práticos e políticos de uma abordagem territorial na saúde mental.

I. A reificação, o mito do conceito integrador e transfiguração do conceito em obstáculo

Um dos desafios decorrentes da supervalorização da abordagem ideológica opera uma banalização do conceito, se aproximando do que citamos a cima como “POP-DEGRADAÇÃO” ou “modismo”.

Ocorre que, enquanto *signo*, os diferentes sentidos do conceito de território foram “absorvidos” nas leis que regulamentam as políticas de saúde mental, sem, contudo, serem devidamente discriminados.

Tornado “consenso”, diferentes abordagens territoriais coabitam nas normativas

sem a devida conceituação.

Se compreendemos que a normativa além de propor novas formas de regulação social, também opera uma regulação a reorganização espacial dos serviços, com base no “território”, a não clarificação do conceito tende a se impor como um obstáculo para a realização das intenções da Lei. E, conseqüentemente, ao avanço, no âmbito institucional ao *projeto* da Reforma.

Do ponto de vista das orientações para as práticas institucionais a partir das políticas públicas, o conjunto das referências refletem dois “caminhos do território” já apontados, misturando o conceito de *território usado* de Milton Santos, legado do movimento de Reforma Sanitária; e o conceito de *território* no sentido atribuído ao pressuposto da *desinstitucionalização* de Franco Basaglia.

É que as influências da Reforma Sanitária ao longo do *processo* de Reforma Psiquiátrica não se limitaram a questão histórica. Do ponto de vista epistemológico, a abordagem do *território usado* enquanto desvelador da relação sociedade-espço, como instrumento para investigação dos determinantes sociais das doenças, acabou por se somar à perspectiva do *cuidado territorial*, do projeto de *desinstitucionalização*.

Concordamos que as diferentes “entradas do território”, nas políticas de saúde mental, apresentam um grande potencial progressista e transformador, no que tange o cuidado, a produção de saúde e a cidadania. Contudo, vale afirmar, que o conceito de território aqui acabou por adquirir uma amplitude monumental, ao pressupor poder abarcar todas as dimensões da realidade dos usuários e em suas complexidades.

Devido a grande amplitude e a falta de rigor conceitual do termo, este tende a se confundir com os próprios “espaços da vida” dos sujeitos em todas as suas dimensões e esferas, esvaziando seu caráter analítico, reflexivo e explicativo da realidade. Desta forma, o “cuidar no território” adquire uma perspectiva de complexidade infinda. O território torna-se um termo vazio, um jargão, se aproximando muito mais de um preceito ético-político do que propriamente uma abordagem teórico-prática sistemática.

Conforme BRASIL (2004a, 11), o *território* sendo:

“não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas peças que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. (...) [Sendo] os CAPS (...) dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.”

A não clarificação da abordagem acaba por apontar, na prática, a estratégias

e ações pouco regulares e consistentes, visto que tende a fundamentalmente se apoiar no empirismo e experiência do profissional ou equipe específica de cada equipamento, que apreende a perspectiva de acordo com a conveniência de seus projetos e contingências particulares. Se se corrompe-se o princípio “rizomático” da Rede na base: os equipamentos tendem a fechar-se em seus próprios projetos, esgotados na busca do acompanhamento sistemático dos usuário. Isto sem falar dos casos subfinanciamento, falta de recursos e precarização das condições de trabalho e do trabalho...

II. A “entificação” do conceito e a despontencialização da abordagem – território-cuidador

Outro desafio consiste na tendência de “entificação” do conceito. Trata-se da operação de transfiguração do conceito em um Ser. Dota-lo de concretude existencial e, fundamentalmente, de condição de ação *per si*. Mais do que tomar o conceito como uma “re-apresentação” do Real – como a própria base empírica (HAESBAERT, 2014), a “entificação do conceito” transforma o conceito sujeito de ação. Ora, não desconsideramos que, conforme apresentado por HAESBAERT (2014) e CRUZ (2011), inspirados nos debates de DELEUZE e GUATARRI (1992), que o conceito, enquanto escolha metodológica opera um recorte da realidade, e, desta forma, termina por “produzir acontecimento”. De certo que concordamos que toda abordagem teórica e conceitual *produz*, intervêm no mundo (sendo inclusive uma escolha ético-política). Porém, cabe salientar que o conceito não tem existência própria. Trata-se de um instrumento da cognição para desvelamento da realidade. Qualificar um conceito com a capacidade de sujeito de ação e transformação, não só configura um grave erro teórico-filosófico, como também, acaba por esvaziar a abordagem territorial de toda e qualquer capacidade reflexiva e analítica e de intervenção. Uma terceirização a um pretense “sujeito abstrato” que ao mesmo tempo em que despontencializa os agentes da ação, ética e politicamente, desresponsabiliza – mais grave, visto que prevê relação entre sujeitos abstratos e indivíduos em condição de fragilidade.

Inúmeros são os exemplos pronunciados pelos profissionais onde o território é cotidianamente acionado enquanto um ente dotado de potência em si e per si: “o território cuida”, “o saber do território”, “o território precisa acolher”.

O “retorno ao território”, tão quisto ao projeto de desinstitucionalização incorre obrigatoriamente na compreensão das relações de poder e conflitividade dos espaços. Se o conceito diz respeito à espacialidade humana e, por isso sendo de interesse de diferentes campos de conhecimento, conseqüentemente polissêmico e heterogênico, ao mesmo tempo, a espacialidade humana é forjada no âmago de relações sociais concretas. O território é apenas uma das “facetas” das relações sociais:

“a comparação de um território com um ‘campo de força’ aparece então, como uma analogia bastante razoável: ao mesmo tempo que o território corresponde

a uma faceta do espaço social (ou, em outras palavras, a uma das formas de qualifica-lo), ele é, em si mesmo, intangível, assim como o poder o é, por ser uma relação social (ou melhor uma das dimensões das relações sociais). Se o poder é uma das dimensões das relações sociais, o território é a expressão espacial disso: uma relação social tornada espaço – mesmo que não de modo diretamente material, como ocorre com o substrato, ainda que o território dependa, de várias maneiras, deste último.” (SOUZA, 2013, p. 98)

E é desta forma que SOUZA (1995, p. 97) ressalta que “se todo território pressupõe um espaço social, nem todo espaço social é um território”. É importante afirmar que a “entificação” do conceito despotencializa a abordagem ao não permitir desvelar as relações sociais – fundamento primário da relação sociedade-loucura. “Quem domina e quem influencia e como domina ou influencia esse espaço?” (SOUZA, 2013, p. 89).

III. O problema da institucionalização e a tecnificação do conceito

Por fim, dentro do horizonte de problematizações e desafios esboçados, encaminha-se as dificuldades concernentes à institucionalização e burocratização do conceito em sua dimensão normativa.

Aqui, reside o desafio de superar tanto a “degeneração tecnicista” quanto à “degeneração burocrática”. A complexidade do conceito reduz-se à sua norma, envolvendo a aplicação tecnicista da abordagem territorial – totalmente esvaziada de sua capacidade de revelar e, portanto, reduzindo a potência de intervenção na realidade dos usuários.

Importante ressaltar que, dada as diferentes atribuições de sentido que apresentamos, do ponto de vista da operacionalidade da norma, poderíamos re-categorizar as abordagens em três grandes esferas: esfera da reorientação das práticas terapêuticas (mais ligado à execução e práticas dos profissionais); esfera da operacionalização da abordagem pelos dispositivos (mais ligado ao planejamento e concepção das ações institucionais); e esfera de organização da gestão, administração e planejamento da Rede – o que implica em um rearranjo espacial dos serviços.

Muitos dos desafios em relação à execução das políticas já foram elencados e desdobrados a cima (falta de clareza conceitual, amplitude extrema do conceito, os riscos de uma abordagem ideológica do território).

Em outra dimensão, agora da esfera do planejamento das ações nos dispositivos e gestão, administração e planejamento da Rede de acordo com os princípios de *territorialização* e *regionalização* do SUS, a orientação normativa do cuidado e trato no território envolve três procedimentos: delimitação de áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente; e estabelecimento de relações com outros serviços adjacentes. Quando limitado ao entendimento jurídico e de aplicação da normativa, o conceito de território acaba por restringir-se à recortes espaciais, diferenciação de áreas, de acordo com as “área de planejamento e execução” – ou seja, *região*.

Mais ainda, é a partir do conceito de território (como *regionalização*) que

também é organizada a arquitetura da Rede, prevendo a dispersão dos dispositivos na cidade. Porém, da mesma forma, contudo, que o território não se restringe a seu espaço físico, os paradigmas de cuidado também não se determinam a partir do rearranjo dos equipamentos no espaço (embora isto seja uma variável fundamental). Os modelos assistenciais e a distribuição espacial dos equipamentos não determinam necessariamente as práticas, apesar de as influenciar. São os profissionais de saúde aqueles “considerados como articuladores na mediação Estado-Sociedade Civil e sujeitos sociais e políticos na defesa do direito universal à saúde” (BRAVO, 1998, p. 36). Por isso, concordamos com LUZ (1994, p. 88), que para compreendermos as *políticas de saúde mental* é preciso ter claro que elas “mediatizam saberes e práticas institucionais distintos, com uma evolução histórica específica, e que tanto esses saberes, quanto as práticas de intervenção institucional que eles originam não são monolíticos e nem coerentes”. Daí que resultam muitas das contradições entre discurso (normas, programas etc.) e prática institucional.

As zonas de tensão entre os paradigmas de cuidado incorporam nas estruturas espaciais, abrangendo um conjunto de práticas institucionais, cujos campos de atuação estendem suas *territorialidades* para além dos equipamentos em si, por isso, não necessariamente corregionárias ou restritas ao domínio de um ou outro dispositivo. *Territorialidades* que reproduzem um conjunto de normas, ordens e símbolos que imprimem toda uma lógica em espaços até então alheios ao processo terapêutico (espaços de moradia, lazer, trabalho, religiosos etc. dos usuários). Lógicas não necessariamente determinadas pela Lei, mas atravessadas por um conjunto de influências (formação profissional, orientação moral e ético-política pessoal, trajetórias pessoais, preconceitos etc.) em um campo de forças e de poder complexo (autoridade técnica, subordinação institucional, lógicas capitalistas, organização burocrática do trabalho etc.).

O paradigma de cuidado operante, por tanto, é sempre um “híbrido negociado”. Um agenciamento complexo diretamente influenciado pelo campo de poder instituído nas relações entre as partes, reorganizando os territórios. Desta forma é que podemos afirmar que principalmente a casa familiar pode ser colonizada por toda uma territorialidade institucional que pode ser absolutamente pautada na tutela, destituição da autonomia e controle da diferença.

O grande desafio da institucionalização e burocratização da abordagem está na aplicação tecnicista do conceito, não permitindo clarificar as relações sociais, que são o princípio e o fim de todo processo de transformação.

5 | CONCLUSÃO

Importante afirmar: nossa análise não objetiva uma resposta única acerca do que é o território e como deve operar uma abordagem territorial. Existem diferentes

formas de abordar e conceituar o território a partir de diferentes trajetórias e posições e posturas teóricas, políticas e éticas – não necessariamente concordantes. Justamente por sermos obrigados a nos movimentar abordagens tão múltiplas e polissêmicas que os riscos e desafios se põem.

Para avançar neste objetivo,

temos de tomar alguns cuidados, principalmente, ter claro que não basta atermo-nos à polissemia dos conceitos, apresentando uma visão panorâmica de suas diversas significações, como se isso eximisse-nos de tomar uma posição ou de escolher uma perspectiva nessa paisagem conceitual. Uma apresentação panorâmica e, pretensamente, imparcial sobre as diversas concepções de território pode parecer aberta à diferença, mas, de fato, encobre uma pretensão totalizante em que as diferenças esvaem-se, pois o fato de o conceito de território apresentar diferentes significações, isso não implica que sejam idênticas ou equivalentes. Qualquer perspectiva que tomemos será parcial e terá implicações éticas e políticas. Assim, lidar com a multiplicidade não significa não fazer distinções do ponto de vista ético e político, bem como também tornar um conceito mais flexível, não significa que este não possa ter rigor teórico e consequência metodológica. (CRUZ, 2011, p. 95)

Apesar do complexo quadro apresentado, também não propomos a escolha de uma ou outra definição já formulada como forma de apaziguar as discussões. Pelo contrário, uma genealogia que busca apresentar o campo de problematizações onde os diferentes sentidos de território emergem, são enunciados e se orientam gradativamente, não permite uma leitura hierarquizada e despotencializadora de uma abordagem em relação a outras.

É preciso desacomodar conceitos apaziguados para re-conhecer. Verdadeiramente instrumentalizar práticas institucionais libertadoras, através de abordagens territoriais que partam das condições objetivas dos usuários, para desvelar as relações de poder inscritas nos múltiplos territórios do usuário – vistos como campos de força inscritos em seus espaços cotidianos e implicados nas relações de poder que lhe concernem, lugar privilegiado da dissidência e emancipação.

BIBLIOGRAFIA

ATALLAH, Raul. **A política da reforma psiquiátrica brasileira**. In: ALMEIRA, Leonardo Pinto de (org.). *A psicologia contra a natureza, reflexões sobre os múltiplos da atualidade*. Niterói: Editora da UFF, 2013.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil**. *Rev. Saúde em debate*, (58) 25, 2001.

BALLARIN, Maria Luisa; CARVALHO, Fábio; FERIGATO, Sabrina. **Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental**. *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 33, n. 2, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Práticas profissionais na saúde: a medicina e o serviço social**. (Syn)

Thesis, vol. 3, n. 1, 1998.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei Federal nº 10.216/2001 – De 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 de abril de 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 366/2002 – De 19 de fevereiro de 2002**. Estabeleça as modalidades de CAPS (CAPS I, II, III, ad e i) e as define. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de fevereiro de 2002.

_____. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 3.088/2011 – 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, 26 de dezembro de 2011.

CRUZ, Valter Carmo. **A ‘teoria como caixa de ferramentas’: reflexões sobre o uso dos conceitos na pesquisa em geografia**. In: X ENANPEGE - ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM GEOGRAFIA, 2013, Campinas, SP. ANAIS DO X ENANPEGE, 2013.

_____. **Lutas sociais, (re)configurações identitárias e estratégias de reapropriação social do território na Amazônia**. Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

CZERESNIA, Dina e RIBEIRO, Adriana Maria. **O Conceito de Espaço em Epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica**. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-613, 2000.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 1. São Paulo: Editora 34, 1995.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil**. Rev. RA'E GA, n. 17. Curitiba: Ed. UFPR, 2009.

GIOVANELLA, Ligia e AMARANTE, Paulo. **O enfoque estratégico do planejamento em saúde e em saúde mental**. In: AMARANTE, Paulo (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editoria FIOCRUZ, 1994.

HAESBAERT, Rogério. **O Mito da Desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004

_____. **Viver no limite: território e multi/transterritorialidade em tempos de in-segurança e contenção**. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

LUZ, Madel. **A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades**. In: AMARANTE, Paulo (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editoria FIOCRUZ, 1994)

MASSEY, Doreen; KEYNES, Milton. **Filosofia e política da espacialidade: Algumas considerações.** Rev. **GEOgraphia**, América do Norte, 6, dez. 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/view/151/146>.

MONKEN, M. & BARCELLOS, M C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 3, mai-jun, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RODRIGUES, Juliana Nunes. **Políticas públicas e Geografia: a retomada de um debate.** Rev. GEOUSP: Espaço e Tempo, v. 18, n. 1, mai. 2014. Disponível em: <www.revistas.usp.br/geousp/article/view/81093>.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

SOUZA, Marcelo Lopez. **O território: Sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento.** In: CASTRO, Iná Elias (Org.). *Geografia: Conceitos e temas.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

_____. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

SOBRE A ORGANIZADORA

DANIELA GASPARDO FOLQUITTO

Coordenadora do curso de farmácia das Faculdades Integradas dos Campos Gerais – CESCAGE. Docente no curso de farmácia nas disciplinas de Botânica, Farmacognosia e Estágio Supervisionado em Análises Clínicas, Bacharel em Farmácia-Bioquímica pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Especialista em Farmácia Hospitalar (IPH-SP) e Especialista em Microbiologia Clínica (PUC-PR) Mestre e Doutoranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Possui experiência com o desenvolvimento de pesquisas na área de fitoquímica.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-85107-18-5



9 788585 107185