

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALINE BASSO DA SILVA

**O CUIDADO AO USUÁRIO DE CRACK: ANÁLISE DA CONCEPÇÃO DE
TERRITÓRIO DE TRABALHADORES DE UM CAPS AD**

Porto Alegre

2014

ALINE BASSO DA SILVA

**O CUIDADO AO USUÁRIO DE CRACK: ANÁLISE DA CONCEPÇÃO DE
TERRITÓRIO DE TRABALHADORES DE UM CAPS AD**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Área de concentração: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem.

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Aline Basso da, Silva

O cuidado ao usuário de crack: análise da concepção de território de trabalhadores de um CAPS AD / Silva Aline Basso da. -- 2014.
109 f.

Orientador: Pinho Leandro Barbosa de.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Saúde mental. 2. Desinstitucionalização. 3. Enfermagem. I. Leandro Barbosa de, Pinho, orient. II. Título.

ALINE BASSO DA SILVA

Cuidado ao usuário de crack: Análise da concepção de território de trabalhadores de um CAPS AD.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 07 de março de 2014.

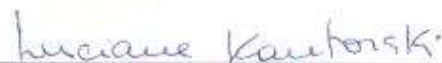
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Presidente da Banca – Orientador

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Membro da banca


PPGENF/UFPEL



Profa. Dra. Claudia Luisa Zeferino Pires

Membro da banca

PPGCEO/UFRGS



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

Dedico este trabalho a todos os atores sociais que acreditam e lutam pela construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade de ensino público e gratuito, à Coordenação de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de Mestrado e ao corpo docente da Escola de Enfermagem da UFRGS pelos ensinamentos e o incentivo na continuidade dos estudos.

Agradeço, ainda, à banca de qualificação do projeto de dissertação pelas contribuições que enriqueceram o processo de construção deste trabalho.

Ao grupo de estudo e pesquisa de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), que, por meio de trocas de conhecimentos e experiências, contribuíram com meu crescimento e amadurecimento acadêmico e pessoal.

À equipe de profissionais do CAPS AD II Nova Vida de Viamão por terem permitido a realização desta pesquisa, pelos valiosos depoimentos, que demonstraram grande comprometimento com a Reforma Psiquiátrica e o cuidado em atenção psicossocial, e pela confiança e oportunidade de trocas de experiências e trajetórias. Muito obrigada de coração a essa grande equipe!

À minha família, que, apesar de pequena, é composta por uma forte base de afeto. À minha sábia mãe, que, com sua experiência de vida, sua paciência e suas colocações sempre dotadas de muito otimismo e reflexão, incentivou-me a nunca desistir de meus sonhos e ir em busca do conhecimento. Ao meu irmão por todo o carinho, toda dedicação e ajuda em momentos difíceis, e por seu esforço, em conjunto com minha mãe, em me manter em Porto Alegre quando eu ainda não tinha bolsa de estudos.

Um agradecimento especial ao meu orientador, que, dentre seus muitos ensinamentos, mostrou-me que a criatividade e a busca por conhecimento é um processo, e que, para tal, é preciso mudar as ideias, ler duas vezes o mesmo livro, refazer o mesmo parágrafo, reavaliar uma antiga opinião e amadurecer pela dedicação. Agradeço a oportunidade de ser sua orientanda durante esses dois anos, de observar sua postura, sua dedicação e seu conhecimento, que muito me ajudam a construir quem eu sou e quem eu irei ser em minha trajetória na universidade. Muito obrigada por todo o apoio, acolhida, respeito e orientações, que foram e são extremamente importantes em minha formação.

À professora Christine, pela ajuda no campo de coleta de dados, sempre contribuindo com suas colocações, suas reflexões e sua experiência. Essas contribuições foram essenciais

em meu amadurecimento ao longo do Mestrado, em que pude, com sua ajuda, problematizar e realizar uma autoanálise diante dos desafios e situações que me eram apresentadas.

Às colegas Débora e Andrea pela amizade e companheirismo, por estarem presentes em momentos de alegria e tristeza. Pelas risadas, as palavras amigas, pelo respeito e a generosidade em sempre estarem dispostas a me ajudar, tanto em assuntos profissionais como pessoais. A amizade de vocês desconstruiu em mim a ideia de que a universidade é um ambiente competitivo, onde se preza pela individualidade.

Aos professores de graduação Beatriz, uma grande enfermeira, e Thomas, um grande Antropólogo, que até hoje acompanham minha trajetória. Ainda me recordo com carinho os ensinamentos na graduação que estimularam meu desejo em seguir carreira acadêmica. Agradeço o incentivo, o apoio e o respeito que sempre deram ao meu trabalho e às minhas ideias e opiniões.

Muito obrigada a todas essas pessoas, que me acompanharam nesta fase tão importante que é o Mestrado, cada uma, de sua forma, contribuindo com meu crescimento pessoal e profissional. Agradeço especialmente a todos os atores sociais que fazem parte da construção de nossa política, de nossa sociedade, de nosso território, de nosso Sistema de Saúde e que, como contribuintes com os impostos, também são responsáveis pela oportunidade que tive de realizar minha pós-graduação em uma universidade pública.

RESUMO

SILVA, Aline Basso da. **O cuidado ao usuário de crack**: análise da concepção de território de trabalhadores de um CAPS AD. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

O principal objetivo deste estudo é analisar a concepção de território dos trabalhadores de um CAPS AD, buscando identificar as ações em saúde mental desenvolvidas para o usuário de crack no território e conhecer os desafios, as potencialidades e as dificuldades para o cuidado do usuário de crack no território. O referencial teórico-metodológico utilizado é o território-rede de Marcelo Lopes de Souza, que se caracteriza como uma rede que articula dois ou mais territórios contínuos. Observa-se a superposição de vários territórios, com formas variadas e limites não coincidentes de diversos territórios, podendo haver diversas territorialidades que se complementam ou se contradizem, dando um caráter de diferentes relações de poder e movimento. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista aberta, realizada com oito profissionais que compõem a equipe de saúde mental do CAPS AD de Viamão/RS. Foi utilizada a análise temática para a análise dos dados. Os resultados apontam uma concepção de território dinâmica e complexa, que envolve, além do espaço geográfico, o espaço social dos usuários, o cotidiano, seus desejos e vivências. O território do uso do crack é apresentado para além do uso da substância e da dependência química, sendo um espaço rico de simbolismo, o lugar onde o usuário constrói sua identidade, suas escolhas e suas histórias de vida. Trata-se também de um território diverso e descontínuo, constituído por diferentes territórios: os serviços de saúde, a rede intersetorial, a rua, a casa e o espaço por onde o usuário transita. Esses territórios se complementam e se contradizem, e o desafio é a articulação entre eles, formando uma rede, uma teia complexa de relações. Tendo como norte os conceitos de território, são trabalhadas questões de gestão do cuidado no território, abordando o planejamento e a gestão do espaço geográfico. Observa-se a necessidade da territorialização para a efetivação de ações dos serviços substitutivos, bem como para a organização da rede intersetorial. Alguns trabalhadores apontam que, para cuidar no território, é preciso delimitá-lo e conhecê-lo, incorporando práticas direcionadas ao território de “uso” da população. Por fim, são abordadas estratégias de cuidado no território, como as equipes itinerantes, as visitas domiciliares, a clínica ampliada e o território de trabalho ser o mesmo da residência do profissional. Espera-se que este estudo possa trazer subsídios para repensar o cuidado no campo psicossocial, cuidado esse que vai além dos muros e das instituições, sendo refletido e organizado a partir do espaço em que as pessoas vivem.

Palavras-chave: Saúde mental. Desinstitucionalização. Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Aline Basso da. Care to crack users: an analysis of the concept of territory of workers CAPS AD. Porto Alegre, 2014. 109 f. Dissertation (Master's in Nursing) - Graduate Program in Nursing, School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

The main goal of this study is to analyze the concept of worker's territory in a CAPS AD, seeking to identify the actions on mental health developed for crack users in the territory and to know the challenges, the potential and the difficulties in the caring of a crack user in the territory. The theoretical and methodological framework used is network-territory, from Marcelo Lopes de Souza, which is characterized as a network that links two or more continuous territories. We note the superposition of several territories, with different shapes and non-coincident boundaries of various territories. There may be several territorialities, which complement or contradict each other, giving a character of different power and movement relations. Data were collected through an open interview, conducted with eight professionals who make up the mental health team of CAPS AD, in the city of Viamão/RS. Thematic analysis was used for the data analysis. The results indicate a dynamic and complex conception of territory, which involves, beyond geographical space, the social space of users, daily life, their desires and experiences. The territory of crack use is presented here beyond the ideas of substance use and chemical dependency. It's actually a rich space of symbolism, where the users build their identity, their choices and their life stories. It is also a diverse and discontinuous territory, consisting of different territories: health services, intersectoral network, the street, the house and the space where the user moves. These territories complement and contradict each other, and the challenge is the link between them, making a network, a complex web of relations. Having as a direction the concepts of territory, questions of management of the caring territory are discussed, addressing the planning and management of geographic space. We note the need of territorialization toward the effective of actions by substitute services, as well as for the organization of intersectoral network. Some workers suggest that, to take care of the territory, it's necessary to enclose and know the latter, incorporating practices directed at the territory of "use" of the population. Finally, care strategies in the territory are addressed, such as itinerant teams, home visits, expanded clinic and the territory of labor being the same of the professional residence. We hope that this study may provide support for rethinking care in the psychosocial field, care which goes beyond the walls and the institutions, being reflected and organized from the space in which people live.

Keywords: Mental health. Deinstitutionalization. Nursing.

RESUMEN

SILVA, Aline Basso da. El cuidado al consumidor de crack: análisis de la concepción de territorio de trabajadores de un CAPS AD. 2014. 109 f. Tesina (Maestría en Enfermería). Programa de Postgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

El objetivo principal de este estudio es analizar la concepción de territorio de los trabajadores de un CAPS AD, buscando identificar las acciones en salud mental desarrolladas para el usuario de crack en el territorio y conocer los desafíos, las potencialidades y las dificultades para el cuidado del usuario de crack en el territorio. El referencial teórico-metodológico es el territorio-red de Marcelo Lopes de Souza que se caracteriza como una red que articula dos o más territorios continuos. Se puede observar la superposición de muchos territorios, con formatos variados y límites no coincidentes, pudiendo haber diversas territorialidades que se complementan o se contradicen. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista abierta, realizada con ocho profesionales que componen el equipo de salud mental de CAPS AD de Viamão/RS. Para el análisis de los datos, se utilizó un análisis temático. Los resultados indican una concepción de territorio dinámica y compleja, que envuelve, además del espacio geográfico, el espacio social para los usuarios, el cotidiano, sus deseos y sus experiencias. El territorio del uso de crack es presentado para además de la dependencia química, siendo un espacio rico de simbolismo, el sitio del usuario, que construye su identidad, sus preferencias y su historia de vida. También se refleja un territorio diverso y discontinuo, apuntando los diferentes territorios, que son: los servicios de salud, la red intersectorial, la calle, la casa, el espacio por donde el usuario se mueve. Estos territorios se complementan y se contradicen, siendo el desafío la articulación entre ellos, formando una red, una tela compleja de relaciones. Teniendo como norte los conceptos de territorio, se trabajan las cuestiones de gestión del cuidado en el territorio, versando la planificación y la gestión del espacio geográfico. Se percibe la necesidad de la territorialización para efectivizar acciones de los servicios substitutivos, así como, la organización de la red intersectorial. El trabajador señala para cuidar del territorio es necesario delimitarlo y conocerlo, incorporando prácticas dirigidas a él de “uso” de la población. Por último, son tratadas estrategias de cuidado en el territorio, como los equipos itinerantes, las visitas domiciliarias, la clínica ampliada y el territorio de trabajo es el mismo de residencia del profesional. Se espera que este estudio pueda proporcionar subsidios para repensar el cuidado en el campo psicosocial, cuidado ese que va más allá de los muros de las instituciones, siendo reflejado y organizado desde el espacio que vive la gente.

Palabras-clave: Salud mental. Desinstitucionalización. Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT – Acompanhante terapêutico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas

CDN – Comissão de Narcóticos

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

HIPERDIA – Sistema de Acompanhamento e Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos

ONU – Organização das Nações Unidas

RD – Redução de danos

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	50
Quadro 2	51
Quadro 3	52

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivos Específicos	18
3	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	19
3.2	A Reforma Psiquiátrica e a proposta de cuidado no território para o crack	25
3.3	Políticas públicas para atenção a usuários de crack no Brasil	30
4	REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	39
5	PERCURSO METODOLÓGICO	47
5.1	Tipo de estudo	47
5.2	Campo e sujeitos do estudo	47
5.3	Coleta de dados	49
5.4	Análise dos dados	49
5.5	Considerações éticas	54
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
6.1	A concepção de território	56
6.1.1	A complexidade do conceito de território: geografias e relações	57
6.2	Gestão do cuidado no território	69
6.2.1	A ocupação do território: delimitação do espaço e compreensão do contexto do usuário	70
6.2.2	Estratégias de cuidado no território	78
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICE – CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA	100
	ANEXO A – Carta de Aprovação CEP	102
	ANEXO B – Parecer CONEP	103
	ANEXO C - AUTORIZAÇÃO	109

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve início no final da década de 70, tendo no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental a base para a crítica ao modelo asilar, excludente e centrado no manicômio. O movimento se ampliou no sentido de ultrapassar a natureza exclusivamente técnico-científica e o caráter baseado nas propostas de desospitalização. Tornou-se, dessa forma, um movimento social pela transformação do campo da Saúde Mental e construiu um contexto de discussões políticas relacionadas à desconstrução da doença mental e à reestruturação da assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1996).

Assim, esse movimento nasceu com o objetivo de constituir-se como espaço de luta, não apenas institucional, mas com o *locus* de debates e encaminhamentos de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, envolve pessoas, organiza encontros, reúne trabalhadores da saúde, associações de classe e outros setores da sociedade. As características do Movimento da Reforma são a pluralidade e a multiplicidade. Suas críticas tencionam a assistência em saúde mental, tradicionalmente deficitária, buscando alternativas extra-hospitalares e denunciando o fortalecimento da indústria privada pelos convênios com o setor público, bem como pelo caráter medicamentoso e, por consequência, lucrativo desse processo (AMARANTE, 1995).

O debate em torno do Movimento da Reforma Psiquiátrica esteve presente ao longo de toda minha trajetória acadêmica, desde a graduação, durante a qual tive contato com o tema da Reforma Psiquiátrica e a atenção psicossocial nas disciplinas de Saúde Mental oferecidas pelo Curso de Graduação em Enfermagem. Também participei de atividades como bolsista e voluntária em diversas ações, como a participação em grupos terapêuticos, organização de eventos e conferências (em conjunto com os profissionais dos serviços), participação em pesquisas e discussões em grupos de estudo, todas voltadas à reflexão sobre as ideias reformistas de desconstrução do paradigma psiquiátrico da doença mental e reestruturação da assistência voltada para compreensão da existência de sofrimento psíquico.

Primeiramente, relaciono o contato com a saúde mental por meio da participação em um projeto para usuários do Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) como uma ideia de desconstrução do paradigma da doença. Nesse projeto, trabalhava-se a saúde mental dessas pessoas por meio de grupos terapêuticos de trocas de experiências, sonhos e ansiedades. Com o tempo, ampliou-se esse grupo para outros moradores do território que abrangia o serviço de saúde, assim os participantes propuseram a abordagem de outras dinâmicas como artesanato e caminhadas. Essa experiência na atenção básica me

permitiu enxergar a amplitude dos temas e problemas nos quais consiste a saúde mental, que envolve vários aspectos da vida dos sujeitos. Essa amplitude abarca a maneira como as pessoas percebem e lidam com seus sofrimentos, as estruturas e dispositivos que podem acionar, bem como o aparato psicossocial que envolve a existência humana, não se restringindo somente às questões biológicas. E, perante isso, refletia sobre como os trabalhadores da saúde poderiam atender essas demandas criando espaços de escuta e atividades que promovessem integração e respeito às questões psicossociais.

Dentre as atividades nas quais me envolvi durante a graduação, destaca-se a organização da Primeira Conferência de Saúde Mental de Uruguaiana. Durante essa experiência, além de ajudar os profissionais na organização do evento, pude ter contato e interagir com os usuários, familiares, gestores e trabalhadores. Observava, dessa forma, a atuação dos diversos atores na busca pela desconstrução do paradigma psiquiátrico, dando-lhes voz na reestruturação de uma assistência digna em saúde mental, que considerasse a complexidade e as singularidades nos contextos de vida dos sujeitos.

No campo de reflexões sobre a reestruturação da assistência em saúde mental, abordo a participação ativa no Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II) da cidade de Uruguaiana, que era, na época de minha pesquisa, a única referência especializada na área. Durante a interação com o serviço, pude perceber alguns desafios ao atendimento do indivíduo em sofrimento psíquico. Esses desafios emergiam em atividades que pareciam muito voltadas para o serviço, com oficinas pontuais que não atendiam as demandas singulares dos sujeitos, ou seja, eram os indivíduos que precisavam se adaptar à lógica do serviço, bem como aos tipos de oficinas oferecidas. Havia, portanto, dificuldades na abertura de espaços que ouvissem as sugestões e desejos dos usuários e trabalhassem a partir de suas singularidades e diversidades.

Outra questão a ser pontuada é a percepção dos poucos recursos externos que mostrassem a articulação do CAPS com os demais pontos da rede. Essa articulação, segundo Brasil (2004), é de fundamental importância, já que o CAPS é um serviço com a proposta de cuidado no território, devendo articular-se a outros nós da rede, como os Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, os Leitos em hospitais gerais, o Programa de Volta para Casa, os consultórios de rua e a Estratégia Saúde da Família, de modo a formar uma rede de cuidados em saúde mental.

Além de oferecer serviços de referência e contrarreferência, essa rede de saúde mental deve considerar dispositivos e locais para o cuidado que não se limitem a instituições de saúde, mas que, a partir de determinadas instituições, ampliem seus fluxos para a comunidade, conversando com a realidade da população de um determinado território. Essas redes têm como

objetivo a transversalização nos processos de comunicação entre seus membros, trazendo modos menos tradicionais de se constituírem relações institucionais de desdobramento nos modos de fazer gestão (FALK; RAMOS; SALGUEIRO, 2009). Dessa forma, ativa-se a produção de redes quentes, orgânicas ou redes sociais, na valorização de serviços descentralizados, alterando as relações entre as equipes de locais periféricos e locais centrais mais valorizados (RIGHI, 2006).

Com essa rede de contatos, visa-se o funcionamento dos encontros, dos momentos de escuta, de trocas de experiência, de debates e problematizações de desafios. Deve possibilitar o estímulo às iniciativas e ao protagonismo das equipes nos modos de trabalhar e produzir saúde, buscando a inseparabilidade entre atenção e gestão, bem como o enfrentamento da usual fragmentação dos processos de trabalho (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Os CAPS surgiram com a proposta de articularem-se a outros dispositivos da rede, como um serviço estratégico de base comunitária, ambulatorial e regionalizada. Nesses serviços, percebe-se um processo de trabalho proposto por Brasil (2004), no qual os usuários deverão receber consultas médicas, atendimentos ambulatoriais, atendimentos terapêuticos individuais e grupais, atividades lúdicas e recreativas, voltadas à reabilitação social e inclusão em seus territórios de vida.

Uma das modalidades desse serviço é o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), que propõe uma atenção integral e contínua às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, propondo um cuidado humanizado, de base comunitária, e a reinserção social. É importante ressaltar que, apesar de propor uma nova lógica de cuidado, com outras abordagens terapêuticas, o CAPS necessita também de articulação com outros dispositivos da rede, espaços da comunidade e valorização do território dos sujeitos. Para isso, o profissional precisa ser ouvido em seus processos de trabalho, nas dificuldades e potencialidades no contexto do cuidado no território.

Em minhas experiências, o CAPS II era a única referência especializada de saúde mental, inclusive para usuários de álcool e outras drogas. No entanto, aos poucos percebi que esse serviço poderia ir se constituindo num excelente dispositivo de cuidado quando atrelado aos outros dispositivos da rede, como à atenção básica.

Com isso, propus um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Enfermagem sobre Apoio Matricial e Rede de Cuidado Integral¹, que objetivou conhecer as

¹ SILVA, A. B.; GOMES, B. C. F.; TORRES, O. M. **Apoio matricial e rede de cuidado integral em saúde mental: vivências e percepções de profissionais de saúde do Município de Uruguaiana**. Uruguaiana (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal do Pampa, Curso de Enfermagem, Uruguaiana, 2010.

percepções dos trabalhadores de saúde sobre o tema em seus cotidianos em ambos os serviços. Como resultado dessa pesquisa, identificaram-se problemas de ordem estrutural, de demanda, política e cultural que dificultavam a implantação de uma atenção ao usuário de saúde mental efetiva em outros espaços da rede de cuidado em atenção psicossocial. Dentre eles, destacaram-se as dificuldades dos profissionais da atenção básica de atenderem os usuários da saúde mental, o fato de o modelo de atenção ser voltado à clínica tradicional e às especialidades profissionais, bem como a dificuldade de o serviço extrapolar seus muros.

Assim, o término dessa pesquisa trouxe algumas considerações e reflexões sobre o processo de construção de redes e o cuidado no território. Destaco que o trabalho nos CAPS deve ocorrer com os encontros que incluem afetos, desejos, esperanças e processos de trabalho. Trata-se de um trabalho que investe na construção de pessoas e de suas singularidades.

Durante minha especialização em Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, comecei a envolver-me com a temática do cuidado a usuários de álcool e outras drogas, em especial o crack. Pude, então, fortalecer teoricamente os referenciais da Reforma Psiquiátrica, o cuidado em liberdade e também as articulações em rede para produção da saúde.

Posteriormente, no Mestrado, integrei-me ao projeto “Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental para atendimento a usuários de crack” (ViaREDE)², desenvolvido pela Escola de Enfermagem da UFRGS e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O objetivo desse projeto é avaliar qualitativamente a rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack no município de Viamão/RS.

Nesse contexto, com as discussões e a realização de oficinas da pesquisa, começaram as inquietações e reflexões para pensar este estudo. Ampliaram-se, então, olhares para os tipos de redes que estávamos estudando, essa rede de produção da saúde que é aberta, movimentada, tem diversas portas de entrada, é complexa, formada por diversos atores, serviços, dispositivos, locais, ações e sistemas, e por isso não pode se restringir somente às ações de serviços de saúde. Comecei a pensar como seria essa rede, principalmente para o usuário de crack, foco da pesquisa, assumindo que o crack é um tema atual, que exige atenção por sua ampla repercussão, o que acentua a necessidade ampliar as maneiras como vamos interagir e qualificar o cuidado a esse usuário.

² O projeto se baseia na proposta de uma pesquisa avaliativa, fundamentada nos pressupostos teórico-metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. O dispositivo metodológico utilizado é o círculo hermenêutico-dialético adaptado à realidade da saúde mental por Wetzel (2005), a partir da identificação de grupos de interesse da rede do município. A análise dos dados seguirá as orientações do Método Comparativo Constante.

Dessa forma, nota-se a importância desse tema na atenção psicossocial e na formação de redes para efetivar o cuidado no território. Pergunto-me, então: que tipo de ações o CAPS AD está realizando? Essas ações estão perpassando o território de vida dos sujeitos? Essas ações estão fortalecendo o cuidado em rede, incluindo dispositivos da comunidade e novos lugares sociais? Em que lugar, nessa discussão, o trabalhador se situa?

Por conseguinte, para pensar essas ações de saúde mental e o tensionamento que elas provocam no cuidado em rede, é necessário considerar primeiramente que o espaço de atuação do CAPS AD é o território. Nessa lógica, é necessário compreender o que esse território representa ao profissional de saúde, bem como os desafios e potencialidades dessa compreensão para repensar suas práticas.

Diante disso, a ideia é pensar que o depoimento do trabalhador é catalisador das ações e relações dos sujeitos. A partir de sua compreensão sobre o território, pode ser possível perceber os processos de trabalho, a constituição de redes e as ações promovidas dentro e fora dos serviços.

Essa ideia corrobora a concepção de Souza (2001), que refere que o território é uma questão política, social e cultural, é autônomo, não se restringindo ao poder do território nação, mas ampliando olhares a diversas relações de poder e territorialidades que constituem determinado território. Dessa forma, o território é formador de diversas redes descontínuas, com superposição de vários territórios e territorialidades que se complementam ou se contradizem.

Assim, entendo que o trabalhador da saúde mental é um protagonista das mudanças que acompanham o processo de constituição e consolidação da Reforma Psiquiátrica. Hoje, ele vive essa mudança e a acompanha no cotidiano dos serviços. Portanto, analisar a concepção do trabalhador sobre o território permitirá entender as aproximações ou distanciamentos de seus saberes e práticas no contexto do cuidado em saúde mental.

Perante esses questionamentos, o **objeto de estudo** é a concepção que trabalhadores de um CAPS AD têm de território. Utilizarei, como referencial teórico-filosófico, o **território-rede** de Marcelo Lopes de Souza.

Diante disso, o **pressuposto do estudo** é que o trabalhador em saúde mental é protagonista do cuidado, e sua concepção sobre o território onde atua pode, ou não, contemplar tanto os espaços geográficos e seus arranjos como os espaços de circulação das pessoas com seus encontros, desencontros e formas de organização. Dessa forma, o conceito de território do trabalhador pode influenciar seu processo de trabalho e a forma como agencia os recursos e dispositivos de cuidado, ajudando a entender como se processam as articulações em rede, as

dificuldades, potencialidades e desafios no cuidado em atenção psicossocial ao usuário de crack.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a concepção de território dos trabalhadores de um CAPS AD.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as ações em saúde mental desenvolvidas para o usuário de crack no território

Conhecer os desafios, as potencialidades e as dificuldades para o cuidado do usuário de crack no território.

3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

3.1. Da história da loucura na sociedade ao Movimento da Reforma Psiquiátrica

Antes de iniciar a discussão sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica, suas origens e repercussões na sociedade brasileira e no cuidado em saúde mental, é necessário explorar brevemente como a loucura foi vista ao longo dos anos pela sociedade.

No espaço social, sempre existiu a loucura, com conceitos que se assemelham e se distinguem conforme a época e a organização da sociedade, o que faz da concepção da loucura um processo unitário, mais ou menos duradouro ou complexo, envolvendo disfunções orgânicas e afetivas – uma ideia recente na história do conhecimento (PESSOTTI, 1994).

Desde a antiguidade, na Grécia, até os tempos pré-socráticos, não existia uma concepção estruturada da “natureza humana”, portanto as distorções ou aberrações dessa “natureza” eram trazidas vagamente às forças e entidades conhecidas. Antes do século V a.C., já se notava o aparecimento da loucura na sociedade, de forma fragmentária, ligada à aberração e à bizarrice em textos como *Ilíada*, de Homero, ou *Os Trabalhos e os Dias*, de Hesíodo. No entanto, ainda eram vagas as ideias de culpa, descontrole emocional, perda do bom senso e insanidade (PESSOTTI, 1994).

O conceito de *atê*, que significa o estado transitório de insensatez, era recorrente nos textos de Homero. O *atê* é uma entidade, um agente social dotado de poder. Um exemplo é uma passagem de *Odisseia* na qual ocorre a embriaguez de Homero com o vinho. O vinho então, é visto como algo demoníaco e ligado ao sobrenatural. Percebe-se, dessa forma, que qualquer descontrole mental é produto de alguma interferência sobrenatural, das Erínias ou dos deuses (PESSOTTI, 1994).

Resumindo a questão histórica antiga, Pessotti (1994) propõe que a loucura pode ser vista a partir de três enfoques: como obra da intervenção dos Deuses; como conflitos passionais do homem, mesmo que permitidos ou impostos pelos deuses; ou como efeito de disfunções somáticas, causadas por eventos afetivos.

No Renascimento, os loucos não eram reclusos, mas andarilhos, não havendo uma homogeneidade em relação ao conceito de loucura. Havia algumas visões artísticas sobre o tema, que podem ser descritas como algo positivo ligado à essência e ao saber, mas que, por outro lado, podem parecer ignorantes e desrespeitosas (ZAIDAN, 2008).

Na concepção medieval, a loucura estaria associada à possessão diabólica. Essa ideia teria raízes em pesados efeitos políticos e morais advindos do Cristianismo, visto que este

defende que todas as divindades pagãs são demônios, e, desse modo, o culto a elas é adorar o demônio. Assim, a Igreja tinha o poder de demonizar o herege e legitimar a intolerância religiosa e a perseguição às dissidências (DI NOLA, 1987).

É durante o Iluminismo que se percebe a valorização da loucura somente pelo lado negativo, fortalecido pela figura de Descartes apresentando a loucura como a desrazão. A loucura, então, era percebida, naquela época, como socialmente perigosa, despossuída de coerência, permeada pelo erro. Em consonância a essa perspectiva, era necessária a exclusão do louco, não pela Medicina, mas por meio da polícia, justiça, família e Igreja, que utilizavam critérios relacionados à fuga da ordem, da razão e da moralidade como fruto de atuação do conflito entre loucura e razão, sempre com a última em vantagem (ZAIDAN, 2008).

Nesse contexto, entramos em um momento histórico em que os indivíduos que eram considerados “loucos”, ou fora dos padrões impostos pela sociedade, deveriam ser isolados dos cidadãos considerados “normais”. Foucault (1999), em sua obra clássica, *História da Loucura*, menciona que a Grande Internação do século XVI foi um momento histórico em que se decidiu confinar do meio “sadio” os considerados antissociais, em que se incluíam os pobres, desempregados, correccionários e os insanos. Era realizada uma “limpeza” nas cidades, típica do sistema capitalista, com o objetivo de manter os indivíduos inaptos, inúteis e perigosos longe dos olhos da sociedade capitalista. Na época, esse internamento não objetivava o tratamento do estado de doença, mas a exclusão dos sujeitos que eram inaptos para o trabalho e a produção da economia.

Assim, como se constata ao analisar a Grande Internação, a única solução social para a loucura era a reclusão. Foucault (1999) afirma que a designação da loucura e a conseqüente exclusão da sociedade não dependem de uma ciência médica, mas de uma percepção do indivíduo como um ser social, dispersa e produzida por diversas instituições, como a polícia, a justiça e a família, a critérios que dizem respeito à transgressão das normas.

Com o fortalecimento do capitalismo, as pessoas começaram a ser analisadas por seu potencial na produção de riquezas, visto que os miseráveis, vagabundos e ociosos encontrados na Grande Internação poderiam ser aproveitados na produção da sociedade. Dessa forma, tal categoria de pobres (os válidos) era posta em liberdade, mesmo que ainda assistida (FOUCAULT, 1999).

No entanto, os loucos não pertenciam a essa categoria, restando a eles o título de pobres doentes. Essa mistura entre loucos e presos concedeu um caráter de heterogeneidade ao processo. Começava-se, então, a buscar um lugar para o louco, que permanecia no

enclausuramento, e o campo da medicina contribuía para a transformação da Grande Internação em um espaço individualizado do louco (ZAIDAN, 2008).

Em 1794, surgiu a Psiquiatria Moderna. Conforme Amarante (1996), ela nasceu de uma reforma, isto é, é produto das reformas operadas em instituições sociais na França revolucionária. Com seu nascimento, surgia uma nova visão sobre o “louco”, agora através de uma perspectiva osciladora entre explicações psicológicas e somáticas. Durante esse período, a loucura foi apropriada conceitualmente pelo discurso médico, tornando-se, então, doença mental. É importante ressaltar que esse momento de ruptura trazido pela Psiquiatria Moderna ajudou na compreensão do trabalho contemporâneo em relação à loucura.

Nessa etapa significativa de mudança na sociedade, é importante ressaltar o papel de transformação do médico, filósofo e matemático Philippe Pinel. Sua contribuição não ficou somente restrita ao campo da psiquiátrica, como um dos fundadores da clínica médica; também inscreveu alienações na nosografia³ médica e reservou no hospital geral o primeiro espaço rigorosamente médico para os alienados (PESSOTTI, 1994).

Pinel, ao libertar das correntes os alienados no famoso “mito pineliano”, estabeleceu um dos marcos fundadores da Psiquiatria Moderna: uma mudança de atitude ética e clínica, buscando na medicina um artefato para o tratamento de indivíduos cujo comportamento se desvia dos padrões de conduta socialmente aceitos (PEREIRA, 2004). Assim, conforme Amarante (1996), Pinel elabora o *Traité Médical Philosophique sur L'aliénation Mentale*, que aborda a primeira inclusão especificamente médica sobre a loucura. A obra tem como objetivo conhecer, classificar, separar e agrupar diferentes fenômenos em ordem aproximativa, denominando uma nosografia. Dessa forma, Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio do Tratamento Moral, ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, e não a sua alteridade.

Portanto, o Tratamento Moral era definido como uma nova forma de observar a loucura no contexto social, esta como fruto da emoção e das paixões. O tratamento se fundava na ideia de que a loucura não era irremediável, de que era possível introduzir mudanças no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mais firmes, da equipe técnica, de modo a recuperar a razão dos sujeitos acometidos pela desrazão da loucura. Referentes a essa

³ O termo nosografia (do grego: *nósos*, "doença", + *logos*, "tratado", "razão explicativa") é a parte das ciências da saúde que trata das enfermidades em geral e as classifica do ponto de vista explicativo. A *Nosographie de Pinel* possui a regra classificatória que domina a teoria médica e até mesmo a prática; aparece como a lógica imanente das formas mórbidas, o princípio de sua decifração e a regra semântica de sua definição (FOUCAULT, 2011).

situação, encontram-se, no cotidiano da clínica e nos textos de Pinel, termos como “repressão”, “intimidação”, “doçura” e “filantropia” (COSTA, 2004).

Outra questão fundamental no Tratamento Moral trazida por Pinel é que as causas da alienação mental estão presentes no meio social, por isso a necessidade do isolamento. Assim, Esquirol, posteriormente, apresentou justificativas para esse isolamento, como segurança pessoal, libertação de influências externas, vitória sobre resistências pessoais, submissão ao regime médico e imposição de hábitos intelectuais e morais (CASTEL, 1978).

Conseqüentemente, o asilo era o local para o Tratamento Moral, pois, além do isolamento, ele permitia o afastamento, ou seja, a separação dos diferentes tipos de enfermidade em locais distintos, de forma a favorecer as aproximações, as características comuns a elas (DESVIAT, 1999).

Por meio do estudo desse tema, percebe-se que o Tratamento Moral foi um movimento importante em sua época, que pode ajudar-nos a compreender não apenas os espaços onde a loucura existia e circulava, mas também as características que levaram ao seu enclausuramento.

Embora esse tipo de intervenção tenha sido importante na história da loucura, o Tratamento Moral foi sendo questionado com o passar do tempo, pois, mesmo com um enorme contingente de curas registradas, os asilos internaram uma grande quantidade de pessoas, de uma forma desumana, e o Tratamento Moral acabou por perder sua eficácia (DESVIAT, 1999). Com a Revolução Industrial⁴, o número de asilos explodiu, assim como o aumento do número de doentes mentais que não podiam ser atendidos de uma forma individual. Assim, começou-se a perceber que o Tratamento Moral não dava soluções humanas e dignas para o doente mental, reduzindo os índices de melhoria e degradando os espaços, os quais se transformavam em reais depósitos humanos, não que acabou por ocasionar a reclusão dos mesmos mecanismos opressores que o mundo exterior impunha ao doente mental (MACEDO, 2006).

No contexto mundial, houve várias iniciativas de reforma, como as que foram realizadas na Inglaterra, França, Itália e nos Estados Unidos. Destacam-se, dentre elas, as Comunidades Terapêuticas, propostas por Maxwell Jones (ALVES et al., 2009), a Antipsiquiatria⁵

⁴ A Revolução Industrial consistiu num conjunto de mudanças econômicas e sociais que ocorreram na Europa, durante o século XVIII. A Inglaterra foi precursora da Revolução Industrial, a sociedade que era anteriormente camponesa substituída pela produção acelerada, pelo uso de máquinas, pelo trabalho assalariado, trazendo grande crescimento populacional. A época foi marcada por um grande salto tecnológico (VIANNA, 2008).

⁵ Laing e Cooper, pensadores da Antipsiquiatria, defendiam a existência de uma nova corrente doutrinária na área de saúde mental, cuja característica principal era contestar a validade da Ciência Médica para resolver os problemas de psiquiatria. No bojo dos movimentos de protesto das conturbadas décadas de 1960 e 1970, seus conceitos, que julgavam não existir doenças mentais e que a nosologia médica psiquiátrica não passava de um conjunto de rótulos, propagaram-se para áreas afins, apregoando o fechamento dos estabelecimentos médicos psiquiátricos (PESSOTTI, 1994).

(AMARANTE, 1996) – ambas na Inglaterra –, a Psicoterapia Institucional francesa (ALVES *et al.*, 2009), a Psiquiatria Comunitária nos Estados Unidos (AMARANTE, 1995) e a Psiquiatria Democrática italiana (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Embora todos esses movimentos tenham sido importantes para restabelecer o saber e a prática da psiquiatria tradicional, o último desencadeou profundas transformações, culminando com o nascimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro.

A Psiquiatria Democrática italiana está diretamente relacionada à ruptura do saber psiquiátrico tradicional, desconstruindo sua ideologia excludente e opressora. Além disso, agrega um caráter fortemente político às suas ideias, questionando o próprio conceito de doença mental. Dessa forma, estabelecem-se novas estratégias de inclusão da loucura em outros espaços, fora dos muros do manicômio, buscando um processo prático de “construção” da loucura como algo próprio à natureza humana e dela pertencente (BASAGLIA, 2001).

Essa ideia de trancar a loucura é um ato de violência, pois, nos espaços manicomial, é hábito concentrar os pacientes em grandes salas de onde ninguém pode sair, nem mesmo para ir aos sanitários. Em caso de grande necessidade, o enfermeiro vinha buscar o paciente quando era chamado por meio da campainha. Essa cerimônia era tão demorada que muitos doentes faziam suas necessidades ali mesmo. Essa reação do paciente a uma ordem desumana era interpretada pelo profissional como uma ofensa, resultado de sua doença. Como, no hospital psiquiátrico, existiam diversas instituições e vários exemplos que mostravam a organização delas na sociedade, sua característica singular era a nítida divisão entre os que detinham o poder e os que não o detinham. Nessa relação, podem ser traduzidas a opressão, a exclusão e a violência entre o poder e o não poder (BASAGLIA, 1991).

Nesse contexto, o argumento que deve ser desconstruído não é apenas o manicômio, mas também o conceito de doença. É negar um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e cultura, além de relações de poder em torno da “doença”. Desinstitucionalizar é reconstruir a complexidade do sujeito, rever tratamentos, a constituição dos trabalhadores, dos objetos e das instituições (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi um movimento que surgiu por volta do final dos anos de 1970, início da década de 1980, inserido em um contexto político de grande importância para sociedade brasileira e articulado à realidade redemocratizadora da política. A princípio, havia um interesse pela transformação genérica da assistência psiquiátrica, cujos indícios eram as denúncias ao modelo oficial (de caráter predominantemente privatizante e hospitalocêntrico), ou seja, pela elaboração de alternativas inspiradas basicamente em uma proposta de

desospitalização. Mesmo não sabendo exatamente como deveriam ser organizados os serviços, o movimento já iniciava a reivindicação pela expansão de serviços ambulatoriais (VASCONCELLOS, 2008).

Com a força do movimento, a crítica à realidade tradicional da psiquiatria gerou profundas discussões, intensificadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁶, na I Conferência Nacional de Saúde Mental⁷ e no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental⁸. A partir daí, outras iniciativas técnico-assistenciais contribuíram para a consolidação do debate, como a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, em São Paulo, e a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89 de Paulo Delgado, com o intuito de redirecionar a assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

É importante ressaltar que a Lei Paulo Delgado propôs a substituição gradativa dos serviços antimanicomiais, além de ajudar na consolidação do movimento pela reforma da psiquiatria. Ampliou-se a oferta de serviços extra-hospitalares, como centros de convivência, Núcleos de Atenção Psicossocial (inspirados na experiência italiana) e Centros de Atenção Psicossocial, como o de São Lourenço do Sul, o segundo do país e o primeiro do Rio Grande do Sul (VASCONCELLOS, 2008).

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica está intimamente ligada ao fim dos manicômios, ou seja, a todas as práticas discriminatórias e de segregação, exclusão e violência. No entanto, também está relacionada à construção de novas realidades e espaços onde a vida acontece e a loucura se situa. Ela trabalha na lógica de atuação na sociedade civil, com a ideia de construção de uma ética libertadora das relações entre a sociedade e o louco; ela quer regulamentar, legislar e criar novas modalidades de atenção, realizar eventos culturais e possibilitar a circulação do louco para fora dos espaços dos serviços (GOULART, 2006).

Todas essas conquistas do movimento mostram a que veio o processo de Reforma Psiquiátrica: buscar alternativas que substituíssem o modelo hospitalocêntrico e restituíssem o

⁶ A 8ª CNS foi o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, que propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação (JUNIOR, 2006).

⁷ A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde, representa um marco histórico na psiquiatria brasileira, visto que teve um caráter coletivo no processo de elaboração de propostas para a inserção das ações de saúde mental nas ações de saúde em geral (VASCONCELLOS, 2008).

⁸ O II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental marcou o início da Luta Antimanicomial brasileira. No mês de dezembro de 1987, na cidade de Bauru, São Paulo, 250 manifestantes, dentre usuários e trabalhadores de saúde mental, foram para as ruas, de faixas em punho e palavras de ordem, gritando por uma sociedade sem manicômios (VASCONCELLOS, 2008).

indivíduo dentro da sociedade. Além de possibilitar a criação de novas oportunidades para o sujeito, a Reforma mostrou que é possível tratar e cuidar fora dos espaços tradicionais, como o manicômio. Na próxima seção, destacaremos os serviços substitutivos, como a proposta inclusiva que procura trabalhar com foco no território.

3.2 A Reforma Psiquiátrica e a proposta de cuidado no território para o crack

O debate sobre a Reforma Psiquiátrica pressupõe a crítica às internações injustificadas, que não garantam atuações efetivamente psicoterapêuticas e que sejam repressivas. Além disso, os recursos políticos investidos na internação hospitalar deveriam ter como foco o tratamento territorial, deixando a internação só para último caso. Outro desafio é o desenvolvimento de estratégias de avaliação qualitativa dos novos serviços territoriais antimanicomiais. O monitoramento interno e continuado poderia apoiar iniciativas que afrontassem os problemas relativos à má utilização de recursos decorrentes de processos de psicologização e medicalização de problemas de ordem socioeconômica (GOULART, 2006).

Nesse sentido, o processo da Reforma Psiquiátrica propõe a produção de novos projetos, ações e serviços que possam compor uma rede substitutiva de saúde mental, tendo por base a comunidade e o território. É necessário mais do que uma simples mudança administrativa no lócus de intervenção, mas que ela também alcance as políticas públicas e os saberes/modos de produzir saúde (NICÁCIO; CAMPOS, 2005).

Nessa perspectiva, buscam-se a compreensão e a organização das redes e dos serviços substitutivos – dando abertura aos territórios, conhecendo e refletindo sobre as diversas dimensões presentes nos processos de transformação e superação do modelo asilar – no cotidiano de novas práticas em saúde mental, em particular nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS⁹ (NICÁCIO; CAMPOS, 2005). Essas práticas devem atuar na ideia de atenção psicossocial, dando autonomia e voz ao sofrimento dos sujeitos, bem como buscando a articulação com outros componentes, dispositivos e locais de cuidado da rede, em vez de apenas focar ações que se limitam ao interior do serviço.

⁹ Segundo a Portaria GM 336/2002, os Centros de Atenção Psicossocial são serviços de atenção diária que devem funcionar segundo a lógica do território. As modalidades de serviços são: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, sendo que devem estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2002).

Com ações de saúde mental que perpassem o território de vida dos sujeitos, percebemos uma nova concepção de saúde mental, referente aos três conceitos fundamentais em que se baseiam a Reforma Psiquiátrica e a atenção psicossocial. São eles: o processo de desinstitucionalização, a redução da internação hospitalar em manicômios e a rede de atenção em saúde mental (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009). O último propõe que o cuidado em saúde mental deve produzir saúde em diversos lugares, contando com vários serviços, dispositivos intersetoriais, instituições, lugares culturais, a comunidade, enfim, com os contextos e os locais de vida que fazem parte do território dos sujeitos.

Como serviços estratégicos no contexto da Reforma, os CAPS surgem como promessa de uma composição de atenção em saúde mental mais articulada ao território (CONFERÊNCIA...,2002). São serviços capazes de conhecer seus usuários, de identificar suas demandas e peculiaridades e, dessa forma, compor forças do território em favor da autonomia e soluções ao sofrimento psíquico (QUINTAS; AMARANTE, 2008).

Assim, o objetivo do CAPS é proporcionar atendimentos individuais, em grupos e oficinas terapêuticas, atendimentos junto às famílias, às comunidades, com atividades de cultura, expressão, esporte, alfabetização e geração de renda, buscando a integração e interação social. Já no CAPS AD, incorpora-se o atendimento da desintoxicação, porém o mais importante são atividades individuais ou em grupo que implicam uma postura de acolhimento, estímulo à vida, autonomia e cidadania. A equipe deve ser multidisciplinar, de caráter interdisciplinar, de forma a promover trocas importantes e necessárias ao melhor plano terapêutico e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2002).

Os CAPS AD surgem como importantes articuladores da rede para o atendimento das demandas dos usuários de drogas, visto que a Reforma incorpora a absorção do tema do abuso de álcool e de outras drogas na política de saúde mental. Anteriormente, Essa questão era restrita ao setor da justiça, entretanto a saúde reconhece a necessidade de sua abordagem, incorporando a redução de danos e criação dos CAPS AD. Essa inclusão apresenta desafios para gestores e trabalhadores na rede de saúde e saúde mental, levando em consideração que o tema das drogas associa-se a questões de violência, tráfico, desemprego, criminalidade e mortalidade entre jovens, que sensibilizam a população (VASCONCELLOS, 2008).

Nesse sentido, compreendo que o CAPS traz uma nova perspectiva de cuidado ao indivíduo no contexto em que ele vive, incorporando sua realidade, suas limitações, suas potencialidades e desejos. Assim, o CAPS deve proporcionar atenção especializada quando o indivíduo necessita, mas também não deve se limitar a ela. Os serviços e os trabalhadores que oferecem esses serviços devem entender que a vida do indivíduo é muito maior do que aquilo

que os muros do local abrigam. Por isso, o CAPS precisa compor estratégias em rede articuladas ao território de existência das pessoas, pois é nesses territórios que os sujeitos constroem suas identidades, vivem, organizam-se e apontam suas complexidades e singularidades a partir das relações constituídas e encontradas no território.

Redes estão intimamente relacionadas ao conceito de atenção psicossocial, visto que devem ser constituídas e articuladas com os territórios de vida dos sujeitos. Essa rede, segundo Brasil (2009), é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos que se dispõem num determinado território geográfico. Esses serviços são como nós de uma rede, sejam eles a atenção básica, o CAPS, o hospital geral, os conselhos ou os dispositivos intersetoriais. No entanto, a constituição de uma rede significa muito mais do que a percepção de como esses serviços estão dispostos no território; significa saber de qual forma eles se comunicam, como a equipe se organiza para o território e que modelos de gestão estão produzindo. Assim, a construção de redes é uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros de diferentes serviços e equipamentos. São esses movimentos dentro e fora dos serviços que interagem com outros serviços e locais que fazem com que as redes sejam produtoras de saúde num dado território (BRASIL, 2009).

Segundo Buchele (2006), com o processo de Reforma Psiquiátrica, podemos identificar alguns dos serviços componentes dessa rede de saúde mental, que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, os leitos em hospitais gerais, o Programa de Volta para Casa, os Consultórios de Rua e a Estratégia Saúde da Família. No entanto, é importante refletir que a rede exposta pelo autor é uma rede temática, em que a real rede de produção da saúde não deve ser composta apenas por serviços, mas também por todos os lugares de cuidado identificados pelos sujeitos em um dado território, como a igreja, a escola, as associações, dispositivos intersetoriais, parques e lugares onde permeiem relações sociais e de afeto.

Na contemporaneidade, a rede temática não se apresenta como o local da novidade, pois ela articula pontos homogêneos, ou seja, serviços semelhantes. A potência do conceito de redes é elevada quando produz encontros entre diferentes serviços, sujeitos e locais de cuidado. Dessa forma, procuramos ressaltar duas lógicas: não considerar desnecessária a articulação entre os iguais, mas reconhecer e provocar a articulação entre os diferentes, processos que se dão em territórios. No caso brasileiro, está posto o desafio de gerar um discurso menos “pasteurizado” a respeito da gestão em rede (BRASIL, 2009).

A questão explorada acima é aprofundada quando percebemos que, no processo de construção do Sistema Único de Saúde, o vocábulo “rede” muitas vezes é utilizado para definir

um grupo de serviços semelhantes. Nos termos “rede básica de saúde”, “rede de saúde mental” e “rede hospitalar”, por exemplo, esse vocábulo é utilizado para redes homogêneas. Já na rede transversal, produzem-se entrelaçamentos em que participam diferentes atores, serviços, movimentos e ações num dado território. Trata-se de uma rede heterogênea, que se apresenta como a novidade na saúde. É essa rede que produz a diferença, as distribuições de poderes e saberes, e, portanto, é inacabada (BRASIL, 2009).

Visto que é inacabada, a rede está em constante produção. O desenho que melhor a ilustra apresenta “nós” e “conexões”, e não advém de um centro, já que a rede tem vários centros. Assim, uma rede assistencial se limita quando abrange apenas a ideia de território geográfico, diferentemente de uma rede de produção de saúde que revela o processo complexo de produção a partir de um território de existência. Nessa rede, a complexidade não tem endereço fixo, ou seja, não estratificamos o cuidado a partir de serviços com maior ou menor complexidade (BRASIL, 2009).

O tema das redes nos ajuda a compreender um dos papéis dos serviços substitutivos na produção de saúde e de subjetividade, bem como seu foco de atuação. Esses serviços, no campo da saúde coletiva, propõem a garantia de acesso, integralidade e resolutividade, agregando diferentes níveis de assistência e gerando reflexões sobre o modelo assistencial e a clínica (CAMPOS et al., 2009). Dessa forma, refletindo sobre essas colocações, os CAPS possuem um papel central nas políticas públicas, que transcende a assistência institucional, recuperando o território como o lugar onde a vida acontece e onde as pessoas devem ser cuidadas.

Portanto, segundo Pinto e Jorge (2009), a prática clínica deve estar inserida na dialética da relação exercida entre os trabalhadores de saúde e os usuários no paradigma da transformação do modo de fazer saúde. O cuidado e seus dispositivos perpassam pela consciência de cada sujeito, e, dessa forma, a atenção em saúde mental e suas práticas devem constituir um novo modelo terapêutico, baseado na ampliação da clínica e no enfoque no sujeito. Esse cuidado tem o acolhimento no território, emerge a formação de vínculos e a responsabilização pela busca de resolutividades. Tais perspectivas consideram as concepções de escuta qualificada, clínica ampliada, criação de possibilidades de convívio e relações socioculturais.

Esse novo modelo de amparo se baseia nas saúdes coletiva e mental, nas ciências sociais, na gestão e em políticas, visando a transformação da clínica tradicional e a reformulação de um modelo baseado no hospital. Nesse contexto, profissionais e usuários participam ativamente de seu processo de construção, pois o foco são os sujeitos, suas singularidades e complexidades. No desenrolar da relação clínica, a família é uma aliada nos projetos terapêuticos, pois nunca

existe apenas um caminho para o cuidado; ele é adaptado às necessidades de cada pessoa. Os profissionais devem trabalhar em equipe, vinculando-se e responsabilizando-se com os sujeitos: cabe ao profissional a percepção do outro (CUNHA, 2004).

No entanto, alguns estudos apontam um paradoxo entre as perspectivas trazidas pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica com as alternativas terapêuticas dos serviços. Campos (2001), por exemplo, aborda que as ações oportunizadas pelos serviços de saúde mental aos seus usuários ainda apresentam-se fragmentadas e departamentalizadas, baseadas na medicalização e na internação esporádica, que pouco se articulam com o território.

É impossível nos desconectarmos desse cenário ativo, o qual requer práticas em rede, sem refletir sobre o território, visto que é ele que norteia as ações construídas pelo serviço. É necessário que a construção do cuidado como estratégia em rede seja pensada com base no tempo e no lugar que esse cuidado constitui. Ou seja, devemos pensar com cuidado nas pessoas com sofrimento psíquico, no lugar e no território em que vivem, em sua cultura, na forma como se organizam. Dessa forma, as necessidades de um portador de sofrimento psíquico que vive na Amazônia diferem das necessidades e singularidades de um sujeito da periferia de uma metrópole (YASUI, 2010).

Cada território é um território. Um território que, para Santos (2002) é constituído de inter-relações. O autor critica a visão descritiva da Geografia, propondo uma revisão de seus fundamentos e métodos para detalhar as influências recíprocas do território com a sociedade, seu papel fundamental na vida dos sujeitos e do corpo social. Raffestin (1993) acrescenta que o território é uma produção a partir do espaço onde se projetou um trabalho, seja energia ou informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. O espaço é a “prisão original”, o território é a prisão que os homens constroem para si.

Logo, percebo que, quando falamos de rede de serviços, dispositivos e locais de cuidado num dado território, estamos abordando bem mais do que um mapeamento físico de uma comunidade que precisamos atender. Estamos construindo um novo conceito de saúde mental, marcado pelo espaço onde a vida acontece e se processa, cada uma com suas características e peculiaridades. Nesse caso, também é possível perceber que o trabalhador precisa incorporar, no seu rol de saberes e práticas, uma nova perspectiva que vise ao cuidado, considerando essas relações.

Então, a oferta, organização, distribuição e o acesso aos serviços e instituições também são frutos dos locais para a construção de políticas públicas. Refletir sobre a produção de cuidado em saúde mental, tendo como norte o território, é atentar para as diversidades e culturas dos sujeitos pertencentes a esta “prisão que os homens constroem para si”. Cada cidade é um

território distinto, com suas histórias, políticas, relações econômicas e sociais de ocupação, e o uso desse território é fruto de um espaço. São modos de atribuição de sentidos ao lugar que se habita, ao qual se pertence, por meio de práticas cotidianas (YASUI, 2010).

Pensar a atenção em saúde mental do lugar que se habita, ou seja, do território onde pulsa a vida dos sujeitos, é atuar sobre a perspectiva da atenção psicossocial tendo como focos ações que perpassem os territórios existenciais e acolham as necessidades singulares das pessoas, já que o território é fruto dessas relações e culturas. Além disso, segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2002), estamos trabalhando entre as premissas da atenção psicossocial no que se refere à participação popular, à ampliação do conceito de saúde (incluindo questões sociais e culturais), à priorização do sistema extra-hospitalar, ao direito à cidadania, à implicação subjetiva do usuário, ao espaço da instituição como interlocutor no território e da saída dessa instituição de seu interior para tomada do território de vida desses sujeitos.

Souza (2001) acrescenta que o território é também descontínuo, formado por diversas relações de poder que divergem e se complementam, fazendo parte do processo em diversos níveis e escalas de tempo. Todo o território é autônomo e possui atores que o territorializam com suas ações, funções sociais e de poder sobre determinado espaço, constituindo redes que sobrepõem um determinado território.

Por fim, entendo que o território é o espaço onde se revela o potencial do serviço e de seus trabalhadores. Pensar no território e numa rede para fora dos serviços é criar meios para desinstitucionalizar o cuidado às pessoas. Para tal, é necessário aprofundarmos o debate sobre o território apoiando-nos em conceitos interdisciplinares e ampliando debates sobre sua constituição política e social, como também sobre sua relevância no cuidado em atenção psicossocial ao usuário de crack.

Assim, na próxima seção, discorrerei sobre as políticas públicas a usuários de crack no Brasil, que não são (e não devem ser) descoladas do debate sobre a Reforma Psiquiátrica. No entanto, considero relevante aprofundar as características peculiares da formação dessa política na história mundial e brasileira.

3.3 Políticas públicas para atenção a usuários de crack no Brasil

A utilização das drogas na sociedade é um evento comum, que remonta aos primeiros tempos da civilização. A princípio, utilizavam-se drogas para suportar eventos extremos como fadiga e fome; posteriormente, o uso de drogas objetivava o contato do ser humano com o

sobrenatural em rituais e eventos religiosos. Somente a partir do século XIX é que as drogas despontaram como medicamentos promissores, que os discursos da comunidade científica e a atuação da mídia começaram a abordar o tema de perto, despertando mais interesse do público e trazendo as drogas com a perspectiva de prazer e recreação. Diferentemente do ideal de ritual dos tempos antigos, incorporou-se a substância psicoativa como um produto de consumo (ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

A partir do século XXI, a utilização de drogas se tornou um fenômeno mundial, caracterizando-se também como um problema de saúde. Segundo pesquisas, quase dois bilhões de pessoas fazem o uso de álcool, entre 172 a 250 já relataram ter utilizado alguma droga ilícita, e espera-se que aproximadamente 500 milhões de pessoas poderão morrer por consequência do uso de substâncias psicoativas (UNITED NATIONS..., 2008).

De uma forma geral, o padrão da utilização das drogas é tido como “uso múltiplo de drogas”, visto que o uso de álcool, por exemplo, está associado ao uso de maconha ou cocaína/crack (MIDANIK et al., 2007). O consumo de drogas está em fase de transformação, mostrando que, em países como o Brasil, o perfil do usuário de drogas vem mudando desde a década de 90, passando de usuário de drogas injetáveis para a cocaína fumada (crack). O aumento do consumo representa grande risco de dependência e vulnerabilidade, fazendo do crack um grave problema de saúde pública (VANCONCELOS, 2010).

Uma pesquisa realizada por Reinerman e Levine (1997), referenciada por Laranjeira e Ribeiro (2012), aborda que o crack surgiu entre 1984 e 1985, em bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami. Era obtido por meio de um processo caseiro, utilizado por grupos em casas abandonadas e precárias. Seu nome adveio da forma como era fumado, com cachimbos que estralavam (*cracking*) quando expostos ao fogo.

Quanto ao perfil do usuário, em sua maioria, tratavam-se de jovens, usuários de cocaína refinada, que foram atraídos pelo baixo preço da substância, e ainda de usuários de maconha e poliusuários que adicionavam o crack aos seus padrões de consumo. O consumo de cocaína e seus derivados se alastrou principalmente nos Estados Unidos, fazendo desse país o maior mercado consumidor por décadas (HAMID, 1991). Atualmente, esse cenário vem mudando, pois o mercado de cocaína e seus derivados tem declinado nos Estados Unidos e ampliado na Europa e em países emergentes. O Brasil, por exemplo, já é o maior consumidor da América do Sul (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Por ser uma droga de baixo custo, o crack é uma droga de fácil acesso. Provoca grande euforia em pouquíssimo tempo, seguido de fissura intensa e desejo por mais uma dose. Outras questões, como a compulsão, a dependência e a redução do pensamento do usuário o forçam a

deixar de lado sua vida social, a ignorar suas necessidades humanas básicas, como alimentação, e suas responsabilidades sociais (NAPPO et al., 2001). O consumo tem se espalhado de uma forma alarmante, principalmente em ambientes de exclusão social e na periferia, gerando grande repressão policial e violência.

Segundo Spori e Sena (2012) referenciados por Laranjeira e Ribeiro (2012), a violência e o crack não podem ser entendidos apenas pelo aspecto psicofarmacológico da droga, supondo que alguns indivíduos, após a ingestão, possam se tornar irracionais e agressivos. É necessário avaliarmos a complexidade do universo que comporta o usuário de crack, seu entorno e como se configura sua vida. Partindo dessa ideia, percebemos a dinâmica do comércio das drogas, as disputas territoriais entre traficantes, os códigos de conduta no interior dos grupos de traficantes, as punições por dívidas, os roubos pela fissura e outros conflitos que emergem no comércio e uso de crack em um ambiente urbano.

Diante da expansão do crack, é importante analisarmos as políticas públicas. Nota-se que, na sociedade, foi incorporado o fortalecimento de estratégias socioculturais de regulação do consumo de drogas e a emergência de um conjunto de questões sociais e de saúde a ele associados. Na ausência de um aparato cultural que contextualizasse as ocorrências na sociedade contemporânea e o padrão de consumo, foi evidentemente necessária a regulação do Estado, que se dá muito mais pela repressão do que pelo cuidado e tratamento (ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

Essas políticas públicas se dividem em duas vertentes: a primeira ligada ao proibicionismo e a segunda pela redução de danos. Oriundo dos Estados Unidos, o proibicionismo constitui a base das políticas públicas sobre drogas. Esse movimento surgiu no século XIX, após um crescimento da indústria do álcool e, conseqüentemente, de seu consumo. Em resposta a esse crescimento, foi fundado, em 1869, o Partido Proibicionista, que reivindicava a proibição de bebidas alcoólicas, e a partir de então foi promulgada, em 1920, a Lei Seca, que objetivava conferir ao álcool o caráter de bebida ilícita (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006).

Essa proibição, segundo Ribeiro e Araujo (2006), não se restringia apenas ao álcool, pois aumentou também o consumo de ópio. Assim, os Estados Unidos lideraram uma campanha pela supressão do comércio dessa droga, fazendo diversos encontros internacionais para discussão e conscientização sobre o tema. Destacam-se, entre eles, os Encontros de Xangai, em 1906 e 1911, e as Conferências em Haia, em 1912 e 1914.

Em 1945, foi fundada a Organização das Nações Unidas (ONU), que também se constituiu como marco histórico na consolidação do proibicionismo. O Proibicionismo, então,

foi acrescido ao plano internacional, sendo criada, em 1946, a Comissão de Narcóticos (CDN), com o objetivo de formular políticas para o controle e repressão internacional às drogas. Nesse contexto, foram organizadas três Convenções Internacionais: em Nova Iorque, em 1961, e em Viena, em 1971 e em 1988. Conhecidas como as Convenções-Irmãs da ONU, visavam construir um programa em relação à questão das drogas, comum aos seus estados-membros (RIBEIRO, ARAÚJO, 2006). Ribeiro e Araújo (2006) afirmam que as convenções-irmãs da ONU estabeleceram um sistema internacional com o intuito de combater as drogas e reafirmar uma política proibicionista a ser seguida por todas as nações.

O proibicionismo se instalou a partir de dois modelos: a questão moral/criminal do consumo e o modelo da doença. O consumo se caracteriza como um problema moral, ilegal no primeiro modelo, cujo enfrentamento consiste em prisão. No segundo, observa-se a ideia de doença, em que o consumo de drogas leva à dependência, algo que interfere no biológico e, dessa forma, deve ser tratado. Então, esses dois modelos apresentam a ideia de recriminação e eliminação do consumo de drogas, seja pelo encarceramento ou pelo tratamento. Indo ao encontro de uma perspectiva de não tolerância às drogas, as ações de prevenção buscam a redução da demanda por drogas, e o tratamento admite a abstinência como única meta plausível (MORAIS, 2005).

Diante dessa discussão, ressalta-se que a política proibicionista avançou pouco no debate, pois criou um conjunto de leis e políticas que falharam. As ações de repressão não contiveram os fenômenos de utilização das drogas em qualquer parte do mundo. Houve, inclusive, um crescimento do tráfico ilícito de drogas, aumentando o consumo por parte dos usuários e o início cada vez mais precoce (PEDUCA, 2005).

Outra questão é que a política proibicionista se baseia na abstinência. Esse fato representa uma importante barreira ao acesso das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de drogas às instituições de saúde. A exigência da abstinência implica censura e recriminação aos episódios de recaída ou reincidência, diminuindo o acolhimento e respeito às singularidades dos usuários e reforçando sua estigmatização (ALVES, 2009).

Apesar de diversas críticas à política proibicionista, ela continua forte nos Estados Unidos, sendo também influente na Suécia, no Japão, em Cingapura, na Malásia e em outros países asiáticos. No entanto, mesmo com a hegemonia do discurso de proibição em relação à drogadição, começa-se a discutir outro enfoque político, considerado alternativo e contra-hegemônico (RITTER; CAMERON, 2005). Trata-se da redução de danos, que nasceu na Europa, região que sempre defendeu a redução da demanda como política preferencial, em detrimento da redução de oferta. Embora essa política não seja um consenso em todo o

continente, a redução de danos é trazida como uma alternativa aos modelos basicamente fundamentados na abstinência (ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

A redução de danos é sustentada pela ideia de que as drogas não podem desaparecer na humanidade, visto que seu consumo sempre fez e fará parte dela. Assim, se o consumo de drogas não pode ser suprimido, é necessário traçar estratégias de redução de danos, conferindo maior racionalidade ao enfrentamento da questão e buscando a compreensão da droga como um problema de saúde pública e o tráfico como uma problemática jurídico-policial (WODAC, 2009).

Nesse contexto, um importante marco histórico foi na década de 80, na Holanda, onde um movimento social de usuários e dependentes de drogas fundou, em Roterdã, a Liga de Dependentes ou *Junkies*, que passou a reivindicar melhorias das condições de saúde e de qualidade de vida dos usuários de drogas. Assim, estabeleceu-se a interlocução entre os usuários de drogas e o governo holandês com a discussão de questões, como a disponibilização de seringas e agulhas esterilizadas e o tratamento de manutenção de metadona. Em 1984, foi lançado o primeiro programa de troca de seringas e agulhas em Amsterdã, que foi ampliado nos anos seguintes à medida que a epidemia da AIDS e o risco de infecção pelo HIV avançavam. A experiência bem-sucedida na política holandesa e a diminuição de casos de infecção por HIV contribuíram para a popularização da estratégia de redução de danos em outros países (BALL, 2007).

De acordo com Malatt (1999), o tratamento baseado na redução de danos não tem na abstinência um pré-requisito obrigatório e sim o estabelecimento de metas intermediárias. O foco dessa abordagem é a adoção de estratégias para minimizar os danos sociais à saúde e relacionados ao consumo, mesmo que a intervenção não ocasione uma diminuição imediata do consumo. Trata-se de uma abordagem respeitosa e acolhedora das demandas dos usuários, delineando metas para o tratamento buscado.

No contexto brasileiro, as abordagens proibicionistas e de redução de danos adquiriram contornos imprecisos, dada as diferenças teóricas e históricas de cada processo. Se inicialmente a abordagem proibicionista liderava, em função da influência das conferências internacionais, a partir do ano 2000 já se começava a pensar na impotência da utilização desse modelo (MALATT, 1999).

Essas mudanças, apesar de incipientes, dão novas oportunidades aos indivíduos usuários de drogas. Por exemplo, a Lei nº 6.368/1976 ampliou a abordagem ao usuário de drogas, passando de uma assistência à saúde de “viciados infratores” para “dependentes de substância entorpecentes”. Essa lei se constitui num marco regulatório da assistência em saúde, uma vez

que se começa a falar em tratamento e utilização da rede de serviços de saúde, mesmo que não obrigatoriamente (MACHADO, 2006).

Na década de 1980, foi instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, cujo um dos objetivos era formular a Política Nacional de Entorpecentes por meio do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), seu órgão central. As atividades do CONFEN conferiam a repressão ao tráfico, produção e consumo de drogas, no entanto, observaram-se atitudes de apoio para o desenvolvimento de práticas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas no cenário brasileiro, como, por exemplo, apoio aos centros de referência em tratamento, pesquisa e prevenção na área de álcool e outras drogas, às comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos voltados para a prevenção da transmissão do HIV/AIDS (MACHADO, 2006).

No final da década de 1990, a partir de uma medida provisória (1998), foi extinto o CONFEN, sendo substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). O Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foi transformado em Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), entretanto os objetivos continuavam os mesmos. Além disso, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o órgão executivo do sistema, continuando uma política que assinava sua “guerra às drogas”, com uma constituição “antidrogas” conferida às suas instituições e ao seu modelo de atenção.

Com a Lei nº 10.409/2002, começaram as primeiras mudanças no contexto do tratamento desses usuários. Com ela, instituiu-se que ele deve ser feito por equipe multiprofissional, e, sempre que possível, com a assistência à família, tendo como referência a redução de danos. Com vários de seus artigos vetados, a vigência dessa lei não revogou por completo a Lei nº 6.368/1976, que se refere à criminalização do porte de drogas ilícitas para o próprio consumo (ALVES, 2009). Assim, em 2003, formulou-se uma Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, admitindo o atraso histórico da inserção de uma política pública à dependência das drogas na saúde pública¹⁰.

Observando-se essa trajetória, percebe-se, na composição das políticas públicas, um grande avanço no sentido de ampliar olhares a respeito do tema das drogas na sociedade. Alves

¹⁰ Abordando a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em garantir uma atenção especializada e qualificada ao usuário de drogas, a Política Nacional para Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas tem como diretrizes: (1) construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, valendo-se da implementação de Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD); (2) os CAPS AD desempenham papel estratégico de ordenamento da rede em seu território de atuação, promovendo a articulação necessária entre os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social de usuários e familiares acompanhados; (3) adoção de uma concepção ampliada de redução de danos e compromisso com os direitos de cidadania dos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004; ALVES, 2009).

(2009) refere que as drogas deixam, então, de ser uma “ameaça” para serem reconhecidas como um problema social complexo. Assim, devem ser enfrentadas com políticas públicas intersetoriais e setoriais específicas, integrando de forma equilibrada ações nacionais e internacionais de repressão ao tráfico de drogas e de prevenção, atenção à saúde e reinserção social de usuários dependentes de drogas. É nesse contexto, portanto, que entendo que as premissas da Reforma Psiquiátrica se articulam ao cuidado desses usuários.

Indo ao encontro dessas questões, o Ministério da Saúde lançou, em 2010, o Decreto-Lei nº 7.179, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010). Os objetivos principais desse plano são: estimular e articular ações de prevenção, tratamento e reinserção do usuário de crack na comunidade; ampliar e fortalecer redes de saúde e assistência social para esses usuários; capacitar atores governamentais e não governamentais para a constituição dessas redes; ampliar a participação comunitária nas políticas e fortalecer ações de enfrentamento ao tráfico. Nesse sentido, apesar de ser um decreto específico para a questão do crack, o próprio Ministério não desliga essa discussão do contexto geral da saúde.

Para Laranjeira e Ribeiro (2012), as políticas públicas ao sujeito que utiliza crack devem perceber que os serviços de tratamento precisam estar integrados em um sistema e adaptados à realidade do local onde estão inseridos. Por exemplo, um programa tem sucesso ao atrair um usuário, porém torna-se limitado se não contar com outros serviços para encaminhamentos.

Dessa forma, as políticas reconhecem que o consumo da droga é um grave problema de saúde pública, havendo necessidade de adoção de medidas políticas urgentes, em que se possa contar com a parceria de outros recursos públicos e da comunidade. Já no caso do usuário, é preciso entender que o tratamento será de longo prazo, que esse indivíduo precisa ser o centro do processo, que é preciso compreender suas diferentes dimensões e que dificilmente as intervenções breves ou pontuais serão eficazes (LARANJEIRA et al., 2007).

No entanto, ressalto que é preciso investir na conversa sobre em qual forma de cuidado a esse usuário pretendemos nos apoiar. Entendo que esse cuidado não deve apenas se restringir à abstinência às drogas, no qual o diálogo poderá se tornar limitado. Reporto-me às experiências de Siqueira (1998)¹¹, na Coordenação da Redução de Danos, em Porto Alegre, quando relata que a perspectiva do trabalho dos redutores não é o princípio de abstinência, mas de aproximação com a realidade de vida das pessoas. Nesse caso, a troca de seringas e a orientação ao uso do preservativo propõem questões muito além de uma atitude, passando a uma busca

¹¹ Domiciliano Siqueira, em uma conversa com Antônio Lancetti sobre suas experiências no Projeto de Redução de Danos, em Porto Alegre (1998), encontradas no livro *Clínica Peripatética de Lancetti* (2006).

pela prevenção de prejuízos, respeito ao desejo do usuário e conhecimento sobre a existência daquelas pessoas, pelo fato de não retirá-las de suas comunidades, indo ao encontro delas, onde vivem e como vivem (LANCETTI, 2006).

Com relação a essas ideias, concordo com Siqueira (1998), que discorre sobre a necessidade de irmos ao encontro dos territórios de existência das pessoas, aprendendo a respeitá-las e propondo um cuidado que alcance seus desejos e necessidades. A proposta de redução de danos se caracteriza como uma perspectiva acolhedora às singularidades dos sujeitos, não tendo como foco uma “liberdade ao uso de drogas”, mas a prevenção de agravos a partir de um longo processo negociativo, com base no contexto sociocultural de cada indivíduo.

Isso quer dizer que os serviços e as redes de atenção psicossocial devem propor novas estratégias e abordagens, a partir das experiências dos sujeitos e de seus modos de vida. Nessa linha, Lancetti (2006), aborda que a Reforma Psiquiátrica, longe de reduzir-se a bandeiras ideológicas, traz para a clínica uma exacerbação de complexidade. A consulta psiquiátrica, a entrevista psicológica, os grupos terapêuticos e as oficinas de arte são recursos pobres para o atendimento de pessoas que não demandam, que não possuem cultura psi ou que se violentam de diversas formas. Assim, as seções de família em domicílio, as atividades ocorridas no território (sem que necessariamente o profissional de saúde mental esteja presente), as discussões de caso ocorridas da unidade ao domicílio dos usuários, as organizações de cooperação, religiosas ou com produções de arte, são os novos *settings* terapêuticos, eficazes e sintonizados com as novas formas de fazer saúde mental.

Com esses argumentos, nota-se que o desafio das práticas em saúde pode estar ligado à forma como entendemos o “fazer saúde”, seja por parte das políticas (quando vigoram suas leis e programas), dos usuários (quando procuram ajuda), da gestão (quando propõe/apoia um projeto) ou dos profissionais (quando produzem seu cotidiano nos serviços). Esse processo, que inclui todos esses protagonistas, deve assumir sua complexidade. Deve-se ouvir as pessoas e perceber o quão amplo se torna o universo da saúde quando se formam redes, entre elas a rede social, que abrange o território e a vida das pessoas, e, dessa forma, como esses espaços de existência devem se comportar nas práticas em saúde.

Nesse contexto, compreendo que, quando analisamos a importância do espaço e do território das pessoas, a prática pode se configurar para além dos próprios serviços, alcançando outros espaços e estratégias. Apesar da importância das experiências antimanicomiais que se comportem ainda dentro dos serviços, concordo com Lancetti (2006), quando afirma que é preciso ir para “fora” do estabelecimento, atuar nas bordas como espaço privilegiado da

produção de subjetividade cidadã. Isso provoca a construção de um novo conceito de território, como uma práxis complexa, pois impulsiona o corporativismo do coletivo e a estreiteza entre os profissionais, a necessidade de relação interpessoal, de desenvolvimento pessoal, de maturidade para lidar com as situações difíceis e do exercício da cidadania que fazem a saúde mental, como todas as necessidades de saúde, intensa e complexa (LANCETTI, 2006).

Portanto, é preciso reconhecer a complexidade de produção de saúde ao usuário de drogas, em especial do crack, considerando que ele faz parte de uma história ligada a questões socioculturais intensas de tráfico, violência, disputas territoriais e abandono. Além disso, a forte marca do proibicionismo e da questão moral e criminal pode dificultar a chegada desses usuários aos dispositivos de cuidado. Portanto, o trabalhador de saúde mental encontra-se num cenário complexo e promissor, pois seus discursos, ao orientarem práticas, podem ajudar na construção de uma sociedade mais digna, democrática, mais aberta às diversidades e ao diálogo permanente.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

Nesta seção, abordarei o referencial teórico-filosófico escolhido para realização deste trabalho. Utilizarei do conceito de “território-rede” de Marcelo Lopes de Souza¹² para analisar a concepção de território dos trabalhadores do CAPS AD. É importante ressaltar que, para a compreensão desse conceito, é realizado um estudo sobre o território com base em autores importantes no ramo da Geografia, como Milton Santos¹³.

Meu desafio é trazer, para o campo da saúde, as discussões levantadas em outros campos do conhecimento, como a Geografia. Sendo o processo saúde/doença uma dimensão produzida pela sociedade, acompanhada por seus processos políticos, culturais e sociais, a expansão da informação e a constituição de redes voltadas para o cuidado em saúde no contexto do SUS perpassam a organização do território que representam. Por esse motivo, entendo que o referencial teórico de Marcelo Lopes de Souza seja atualizado e pertinente à problemática do crack no Brasil contemporâneo.

É um desafio fazer as amarrações interdisciplinares utilizando um campo que ainda nos parece estranho. Compreendo que essa articulação, no entanto, seja uma importante contribuição ao debate das políticas públicas de saúde mental, com ênfase no cuidado no território.

Nesse contexto, retomo historicamente a importância da Geografia ligada à área da saúde, quando Castells (2002) refere que, ao lado da globalização da natureza, em parte, dos problemas ambientais, inicia-se uma discussão internacional sobre a globalização da saúde e a configuração de um mundo em rede. As características dessa globalização trouxeram, para o debate sobre o espaço geográfico, a possibilidade de fluxos muito rápidos de vírus e bactérias alastrando-se por diversas regiões do planeta, produzindo epidemias.

Primeiramente, o espaço é compreendido como conhecimento separado do campo e das pessoas, como lugar geográfico que predispõe a ocorrência de doenças. É a partir da teoria de Pavlovsky (1996)¹⁴ que se pensa uma nova relação entre espaço/doença pela ideia da circulação dos agentes, dando origem à Epidemiologia Paisagística (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

¹² Marcelo Lopes de Souza é um Geógrafo responsável por trabalhos ligados a Geografia Urbana e Política. Os temas de suas pesquisas abordam principalmente os impactos sócio-espaciais do tráfico de drogas nas cidades brasileiras, a violência urbana e a militarização da questão urbana em diferentes países, bem com a questão dos movimentos sociais.

¹³ Milton Santos é um Geógrafo que teve sua trajetória marcada por estudos voltados à renovação do pensamento geográfico, ligado à Geografia urbana brasileira, à qual dedicou diversos estudos apreciados e reconhecidos nacional e internacionalmente.

¹⁴ Pavlovsky foi um Parasitologista importante na aproximação da Geografia com a Epidemiologia. Aperfeiçoou o estudo da unicasalidade das doenças, ou seja, doenças produzidas por micróbios, incorporando ao estudo o

Assim, a aproximação dos conceitos da Geografia com a Epidemiologia começou por meio da abordagem ecológica, em pleno século XX, marcado por forte evolução da ciência. No entanto, essa aproximação era pequena, visto que havia uma crítica à insuficiência desse modelo de análise no que tange doenças não transmissíveis, dando visibilidade às teorias de Multicausalidade¹⁵ e de conceito de risco (MONKEN et al., 2008).

Na década de 1970, com a configuração firme de uma nova sociedade globalizada, foi lançado um movimento criticando a Epidemiologia dos fatores de risco e as concepções ecológicas de doença. Esse movimento ficou conhecido como Epidemiologia Social ou Epidemiologia Crítica, com grande repercussão na América Latina. Nomes como Breilh, Granda, Laurel e Castellanos lideravam esse movimento (MONKEN et al., 2008).

Nesse momento histórico, nota-se um fortalecimento da categoria espaço em estudos da saúde pública, não apenas por existir uma mudança no perfil de morbimortalidade, passando de causas infecciosas para doenças crônico-degenerativas, mas também pelo crescimento da disseminação da AIDS. Assim, percebe-se a necessidade de conhecer os coletivos. Nesse contexto, a Geografia se torna uma forte aliada nos estudos de saúde e Epidemiologia, por estar intimamente ligada ao objeto “espaço geográfico”, indo ao encontro da necessidade do campo, a saber, analisar as manifestações coletivas da enfermidade (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

De acordo com Castellanos (1997), o movimento ganhou vários adeptos da saúde pública brasileira, ajudando a difundir o conceito de espaço geográfico em detrimento do espaço geométrico. Nesse espaço geográfico, existe a ideia de mediação para a distribuição de danos no espaço social concreto, e também as condições de vida podem ser consideradas mediadoras das diferenças dos problemas de saúde. Essas ideias foram amplamente utilizadas nos estudos de situação da saúde, procurando expressar o uso da categoria espaço e que as condições específicas dos grupos sociais articuladas às formas como se inserem socialmente em determinado momento histórico estavam associadas à saúde pública.

Outros nomes importantes surgiram nessa época para conceituar espaço, todos ligados à corrente da Geografia Crítica, desenvolvida inicialmente pela França e países anglo-saxões.

tema da Ecologia, que seria a relação do homem com o meio, meio externo/interno, parasita/hospedeiro. Seus estudos foram baseados em trabalhos de campo no território da União Soviética (BARCELLOS, 2008).

¹⁵ A Teoria da Multicausalidade é baseada em variáveis obtidas no individual dos seres humanos. As populações humanas são secundarizadas neste estudo, no qual o foco é no comportamento como principal fator que leva as pessoas a adoecerem e morrerem. Os comportamentos e fatores de risco, então, são caracterizados como as causas das doenças, como elementos necessários para que elas ocorram (CASTELLANOS, 1990).

Dentre eles, estão David Harvey (1980)¹⁶, Henry Lefebvre¹⁷ e Yves Lacoste (1997), que buscaram contribuições em outras áreas como Filosofia e Ciências Sociais (MONKEN et al., 2008).

No Brasil, Milton Santos foi o principal autor na difusão do conceito de espaço geográfico ou socialmente organizado, trazendo importantes contribuições para a saúde pública. Considerando o espaço como um processo, uma construção social, suas contribuições reorientaram o trabalho dos sanitaristas (MONKEN et al., 2008).

Por meio da leitura dos textos desses autores, conclui-se que o conceito de espaço possibilitou uma nova abordagem pelos sanitaristas. Diferentemente da Epidemiologia Clássica¹⁸, a Epidemiologia Crítica dá ao espaço um recurso teórico de análise para compreender o processo de saúde e doença.

Já o conceito de território é um fenômeno recente, não tendo sido objeto de estudo dos sanitaristas daquela época. No entanto, o interesse pelas questões que envolvem o território surgiu de gestores, administradores e trabalhadores de saúde, revelando um novo processo de trocas entre a saúde coletiva e a Geografia. Os motivos que levaram à percepção de sua importância estão relacionados à Reforma Sanitária¹⁹ e à criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas perspectivas da Reforma Sanitária e do SUS, o território se

¹⁶ David Harvey, Geógrafo com sólida formação marxista, herdeiro da tradição indutivista anglo-saxônica, centra-se na ideia de que é necessário trabalhar com os fatos, processá-los, analisá-los. Vai além, porém, ao conceber que estes só passarão a ter pleno sentido quando alicerçados por sólidas teorias. O autor, embora reconheça a importância da rota teórico-dedutiva, enfatiza que teorias somente alcançam status científico quando podem gerar hipóteses passíveis de serem testadas, ou seja, seguindo as etapas do método científico. Outros aspectos importantes considerados pelo autor e que podem servir de esquema para a análise de outras disciplinas são: a) a relação entre os argumentos metodológicos da Geografia comparados com os do conhecimento em geral; b) o relacionamento entre as afirmações feitas pelos metodologistas da Geografia e a prática dos Geógrafos, como revelado por seu trabalho empírico; c) o relacionamento entre as formas explanatórias aceitas pelos Geógrafos e as formas explanatórias aceitas pelos praticantes de outras disciplinas (BARRETO, 2000).

¹⁷ Lefebvre (1991), filósofo, tinha por objetivo construir ou descobrir uma unidade teórica entre campos que são apreendidos separadamente, quais sejam: o físico, o mental e o social. Adverte que, na busca dessa teoria unitária, não se poderia descartar os inevitáveis conflitos dentro do conhecimento. Como consequência, controvérsias e polêmicas seriam inevitáveis. Questiona a razão pela qual os esforços de construção de uma teoria unificada de espaço, anunciados em épocas passadas, haviam sido abandonados. O seu projeto emerge do profundo diálogo e reflexões em torno de Hegel, Marx, Nietzsche, Freud, entre outros, de sua aproximação com os movimentos artísticos e de sua militância política. Para esse autor, o espaço é visto como construção social, influenciando a obra de Milton Santos (BARRETO, 2000).

¹⁸ As populações humanas são secundárias nessa vertente, e o lugar também não é importante, pois uma avaliação válida pode ser produzida em diferentes lugares e momentos. A análise de condições da saúde deve ser controlada por meio de técnicas e estatísticas (CASTELLANOS, 1997).

¹⁹ A Reforma Sanitária é um processo instituinte, da década de 1970, que culminou em uma nova abordagem na compreensão do processo de saúde/doença, em que a saúde é considerada em sua complexidade, como um direito do cidadão, tendo garantias políticas de acesso, universalidade e equidade de ações. A Reforma Psiquiátrica é seu embrião, trazendo novos olhares para o portador de sofrimento psíquico. Com ela, nasce a compreensão do processo complexo que envolve a existência de sofrimento e a revelação de que o cuidado precisa contar com a presença de serviços substitutivos e outros dispositivos, organizados em rede de base territorial (BRASIL, 2006).

estrutura como área político-administrativa, sendo uma repartição dos espaços e dos processos que o desenvolvem (MONKEN et al., 2008).

A territorialização da saúde²⁰ é aplicada a diversos serviços do SUS, como os programas de saúde da família, vigilância ambiental e saúde, e os CAPS. Contudo, essa estratégia pode reduzir o conceito de espaço somente a uma questão político-administrativa na gestão física dos serviços de saúde, enfraquecendo o potencial do conceito de território para compreensão das singularidades das populações e dos problemas de saúde de determinada área (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Segundo Unglert (1993), além da questão político-administrativa, o território é onde podem se desenvolver as ações de saúde, pois são produções coletivas, com materialidade histórica e social, e configurações particulares. Dessa forma, o objetivo é conhecer esse território delimitado para que, assim, seja possível conhecer a vida das populações. Então, ele é o território da organização das práticas de saúde, suporte dos serviços, suporte da vida das populações, da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem-estar, e território da atuação compartilhada.

Conforme Santos (2003a), esse território, na saúde, engloba características físicas de uma dada área e também as marcas produzidas pelo homem, suas relações sociais, a forma como se organizam e transitam por esse território. Há uma inseparabilidade estrutural, funcional e processual entre a sociedade e o espaço geográfico.

Um dos desafios para o setor da saúde é construir, sobre uma base consensual, um sistema de territórios que permita gerir as diversas ações de saúde. Esse sistema seria descentralizado, hierarquizado e regionalizado, e deveria recuperar o conteúdo geográfico do espaço (BARCELLOS, 2008). Além disso, esse conteúdo geográfico, proveniente das relações sociais e dos contextos em que os territórios existem, deve se incorporar às ações em saúde para produzir práticas direcionadas às necessidades das pessoas e, assim, criarem-se redes, trabalhando na lógica do território.

Diante disso, compreendo que o território é, além de um importante lócus de cuidado, um poderoso componente para análise e planejamento das ações em saúde (e, em meu caso, em saúde mental). A partir de um dado território, seja ou não geográfico, também é possível entender que se processam relações, pois as pessoas circulam por ele. Assim, a dimensão que o

²⁰ Considerando a base territorial, o Sistema Único de Saúde propõe a territorialização de ações em saúde. Esse método consiste em pressupostos para a organização dos processos de trabalho e práticas da equipe, analisando a questão da delimitação espacial do campo de abordagem (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

espaço recebe para contemplar as questões relacionais, socioculturais e políticas daquela sociedade vai configurando outro território, dinâmico, ativo e polivalente.

Segundo Raffestin (1993), o território é formado a partir de um dado espaço, uma vez que são marcados por uma projeção de trabalho e poder, e pelos modos de produção que os caracterizam. Esse autor trabalha em uma concepção político-administrativa, isto é, o território nacional, como espaço físico de uma nação, delimita uma ordem política e administrativa, um espaço medido e marcado pelo trabalho humano.

Dessa forma, Raffestin (1993) aborda que o ator territorializa o espaço pelo trabalho, seja por meio de energia ou informação, revelando as relações desse sujeito com seu espaço, marcadas pelo poder. O território se apoia no espaço, mas não é o espaço. É uma produção a partir do espaço. E por causa de todas as relações que envolve, inscreve-se em um campo de poder.

Santos (2006) aborda o território como um recorte do espaço habitado. Assim, unidades territoriais se tornam espaços quando submetidas a sucessivas ocupações históricas por uma população, por meio do trabalho realizado em um modo de produção. O autor traz uma noção espaço-territorial da qual deriva o conceito de “território usado”, sinônimo de espaço geográfico.

Nessa perspectiva, segundo Santos (2006), quando quisermos definir qualquer pedaço de território, devemos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e seu uso, que inclui a ação humana, ou seja, o trabalho e a política. Portanto, o território para ele é um recorte ou fração do espaço qualificado pelo sujeito, um **território usado**²¹, pois é o espaço vivido pelo homem (SANTOS, 1998, 2003b).

O território, então, é visto como uma questão de poder social, e o espaço como instância social e não somente física. Se antes o espaço era definido como área de atuação do Estado, atualmente o território pode ser percebido como uma apropriação social (política, econômica e cultural). O território, antes estático, agora assume uma categoria central por portar uma característica móvel e transitória (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Autores como Raffestin (1993) e Santos (2006) contribuem muito para pensarmos o território como espaço de relações sociais e de poder, sendo constituído das histórias e características econômicas e sociais de uma nação. Nota-se que esses conceitos ajudam a

²¹ O conceito “território usado” advém da interface da Geografia com as Ciências Sociais. O território não é mais percebido como um espaço físico e político, incorporando, dessa forma, o sentido de existência do homem sobre o território, sua história, sua organização e as transformações decorrentes dessa relação ao longo dos anos (SANTOS, 2006).

ampliar os olhares sobre o território, observando características dos sujeitos que neles habitam e admitindo que o território é qualificado pela vida das pessoas e suas relações construídas ao longo do tempo.

Na abordagem de Marcelo Lopes de Souza, escolhida para analisar o objeto de estudo deste trabalho, notam-se características parecidas com os autores citados anteriormente, como o território ligado ao poder e às relações sociais. Souza (2001) acredita que o território é autônomo, descontínuo e formado por redes de grupos organizados em diferentes turnos, locais e horários que constituem e transformam esse território. Dessa forma, acredito que a abordagem desse autor seja adequada para analisar o objeto de estudo escolhido, demonstrando a amplitude do território articulado e as questões políticas e sociais, contribuindo na área das políticas públicas em saúde mental pela ampliação de olhares ao território-rede dos trabalhadores de saúde no cuidado ao usuário de crack.

Segundo Souza (2001), o território está intimamente ligado à questão política. O autor afirma que o território é um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder, e que o poder não se restringe ao Estado e não se confunde com violência e dominação. Assim, o conceito de território deve abarcar mais do que o território do Estado-nação.

Dessa forma, os territórios não devem ser reduzidos ou associados somente à figura do Estado. Deve-se pensar que os territórios existem e são construídos e desconstruídos nas mais diversas formas e escalas, da rua a uma área internacional, formada pelo conjunto de países-membros da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN). Os territórios são construídos e desconstruídos dentro das mais diversas escalas temporais, e podem ter caráter permanente ou periódico, cíclico (SOUZA, 2001).

Assim, Souza (2001) aposta na autonomia dos territórios, na capacidade de autoinstituição da sociedade, e na busca por mais liberdade e igualdade. Nesse caso, o estado não possui o poder centralizador e é separado do restante da sociedade, sendo que sociedade autônoma possui a capacidade de defender e gerir livremente seu território.

Seguindo essa linha de pensamento, o território pode ser visto mais criticamente como um campo de forças, uma teia ou rede de relações sociais, que, a par de sua complexidade interna, define, ao mesmo tempo, um limite, uma alteridade: a diferença entre “nós”, que são os grupos, membros e coletividades ou comunidades, denominados “*insiders*”, e os “outros”, que são os de fora, os estranhos, denominados “*outsiders*” (SOUZA, 2001).

Os territórios podem se formar e se dissipar de modo relativamente rápido, ser instáveis ou estáveis. Isso representa a complexidade das metrópoles modernas, que trazem alguns exemplos de territórios flexíveis como os territórios de prostituição, apropriados por grupos de

prostituição durante a noite, e ocupados, durante o dia, por outras pessoas, pelo comércio e por moradores da região. Os territórios da prostituição são flutuantes ou móveis, e têm uma identidade territorial apenas relativa, digamos que propriamente funcional e afetiva (SOUZA, 2001).

Segundo Souza (2001), outro exemplo pertinente a ser citado é o território do tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Sua territorialidade demonstra a estrutura territorial característica de organizações mafiosas, na qual nota-se a existência de territórios-enclave (favelas) disseminados no urbano. Essas favelas têm territórios amigos (da mesma organização), dispersos e separados pelo tecido urbano, e pode haver também territórios inimigos (pertencentes a outro comando) nesse local, chamado também de “áreas neutras”. A territorialidade de cada organização do tráfico é uma rede complexa, unida pelo pertencimento ao mesmo comando, sendo que, nesse espaço concreto, os nós da rede se intercalam com nós de outras redes, todas elas superpostas no mesmo espaço e disputando uma mesma área.

Diante disso, o conceito de territorialidade segundo Souza (2001) nos ajuda a compreender o processo de constituição dos territórios. A palavra “territorialidade”, no singular, remete a algo abstrato, que transforma qualquer território em um território pelas relações de poder espacialmente delimitadas e operando sobre um substrato referencial. Já o termo “territorialidades”, no plural, significa os tipos nos quais os territórios podem ser classificados conforme suas propriedades dinâmicas, podendo ser contínuos ou descontínuos. De modo geral, pode-se afirmar que a territorialidade é um tipo de interação entre os seres humanos mediada pelo espaço.

Feitas essas considerações, compreendo que é impossível desligarmos o papel do trabalhador do processo de constituição do território e da conformação de redes de cuidado dentro desse espaço. O trabalhador da saúde territorializa o espaço com suas ações, constituindo-se parte da política, por meio da promoção de ações de saúde, da formação de redes com outros espaços de cuidado e da interação com os sujeitos que habitam determinado território.

Portanto, um conceito pertinente ao debate acerca dos trabalhadores da saúde no contexto do cuidado no território ao usuário de crack é o de “território-rede”²², que é trazido

²² O território que pressupõem contiguidade espacial e a rede que não pressupõem a contiguidade espacial, em que existe um conjunto de pontos, os nós, conectados entre si por segmentos, os arcos, que correspondem aos fluxos que costuram os nós, formam o território-rede (SOUZA, 2001)

por Souza (2001) como o território descontínuo²³. O território-rede se caracteriza como uma rede que articula dois ou mais territórios contínuos. Sua complexidade remete à superação da concepção clássica de território, que restringe o poder a um dado território, no caso o território nacional. No território-rede, observa-se a superposição de vários territórios, com formas variadas e limites não coincidentes de diversos territórios, podendo haver diversas territorialidades que se complementam ou se contradizem, dando um caráter de diferentes relações de poder e movimento.

Dessa forma, concluo que o território-rede é adequado para a compreensão do cuidado ao usuário de crack no território, entendendo que esse cuidado deve ser organizado em rede. Isso quer dizer que esse cuidado se distribui nos territórios de vida das pessoas, formando redes e universos complexos, constituindo diversos dispositivos, serviços, poderes, políticas e relações.

Nesse sentido, o estudo do conceito de território a partir de trabalhadores de saúde mental pode apontar características relacionadas ao modo como esse trabalhador se apropria do território ao redor para produzir saúde mental, como a comunicação com outros níveis e poderes da rede. Isso quer dizer que sua compreensão tem potência para produzir transformações no espaço em que atua, assim como o espaço também pode, conseqüentemente, produzir mudanças no discurso e em sua prática. Assim, aprofundar a concepção de território nos ajuda a compreender como são dadas as relações entre profissionais e usuários, como o serviço funciona e se articula com a rede, e qual é a dimensão do cuidado em saúde mental no contexto da atenção psicossocial.

Portanto, o território-rede é o referencial escolhido para ajudar a analisar a fala do trabalhador de saúde mental. Assim, poderemos refletir sobre o cuidado dentro e fora dos serviços, considerando que esse espaço não é apenas o físico, mas também uma instância social e política, e entender que o território é um espaço descontínuo, formado por diversos territórios e territorialidades humanas.

²³ O território descontínuo associa-se a um nível de tratamento onde, aparecendo os nós como pontos adimensionais, não se coloca a questão de investigar a estrutura interna destes nós, já o território contínuo, que a superfície não é um ponto a estrutura interna precisa ser considerada (SOUZA, 2001)

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um subprojeto do projeto de pesquisa –“Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental para usuários de crack” (ViaREDE)²⁴. Esse projeto é financiado pelo CNPq (Edital MCT/CNPq 041/2010) e tem por objetivo avaliar qualitativamente a rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack no município de Viamão/RS.

Este subprojeto contribui para refletirmos como o território é percebido pelos profissionais da saúde e como são organizadas as ações dentro e fora dos serviços para constituição de redes de cuidado ao usuário de crack. Esse debate enseja uma necessidade de avançarmos no debate da conformação de políticas para o cuidado de usuários de drogas, no contexto da atenção psicossocial.

Dessa forma, o tipo de estudo proposto é um estudo de abordagem qualitativa e descritiva. A pesquisa qualitativa é um método recente na história dos métodos de pesquisa. Nascida e trazida para o campo da saúde a partir das ciências humanas, ela busca entender o significado dos fenômenos para o individual e o coletivo (TURATO, 2005).

Nessa lógica, insere-se o estudo que propõe a análise da concepção de território pelos trabalhadores da saúde. O método qualitativo de pesquisa sugere uma relação dialética com os aspectos subjetivos, inconstantes e inacabados que a concepção de território do trabalhador sugere. Considero que sua importância é fundamental na apreensão da realidade e a dinâmica social encontrada no espaço de interação dos sujeitos.

5.2 Campo e sujeitos do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Viamão/RS, localizada na região metropolitana de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. Sua extensão geográfica é de 1.492 km², e ela

²⁴ O projeto, de cunho avaliativo, utiliza a Avaliação de Quarta Geração como referencial teórico-metodológico. A Avaliação de Quarta Geração tem enfoque construtivista, responsivo e com abordagem hermenêutico-dialética. A realização de uma avaliação qualitativa em serviços advém da preocupação em apreender a sua dinâmica, a interação entre os atores e os sentidos produzidos por eles, podendo ser um dispositivo de ampliação da possibilidade dos grupos de interesses intervirem sobre os serviços, constituindo-se num processo dinâmico e participativo (GUBA; LINCOLN, 1989).

possui uma rede de saúde que conta com 88 serviços de saúde disponíveis, distribuídos entre a gestão municipal, estadual e mantidos pela rede privada (BRASIL, 2013).

Essa rede é composta por alguns serviços de saúde mental. Dentre os CAPS, destacam-se o CAPS II Casa Azul, o CAPS II Renascer e o CAPS II AD Nova Vida. Esses serviços estão localizados em casas distribuídas pelo município, e o acesso dos usuários ocorre de forma regionalizada. Nos CAPS, o atendimento é realizado de forma interdisciplinar, na lógica de atenção psicossocial.

O campo de estudo foi o CAPS AD II Nova Vida, que atende em média 200 usuários, trabalhando na perspectiva de porta aberta, em que todos os usuários e familiares que acionarem o serviço são acolhidos imediatamente, orientados pelas premissas da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental.

O CAPS AD está localizado na região central do município. Trata-se de uma casa com a estrutura física composta por recepção, ambiente de espera, banheiros (feminino e masculino), sala de estar, sala de atividades em grupo, sala da equipe, duas salas de atendimentos individuais, uma cozinha equipada, um refeitório, pátio com cancha de esportes, horta, sala administrativa e sala de dispensa (para produtos de higiene).

Os sujeitos investigados foram oito trabalhadores do serviço, que responderam aos seguintes critérios de inclusão:

- (1) Estar trabalhando há pelo menos seis meses no CAPS AD.
- (2) Não estar, no momento das entrevistas, afastado do trabalho (férias, licenças, entre outros).
- (3) Dispor-se a participar da pesquisa voluntariamente.
- (4) Permitir a publicação dos resultados, resguardadas as questões que envolvem o sigilo das informações e o anonimato dos sujeitos.

Por tratar-se de um subprojeto, minha inserção no campo e a coleta de dados ocorreram por meio dos desdobramentos da pesquisa ViaREDE. Foi realizada uma reunião com os trabalhadores no dia 22 de dezembro de 2012, durante a qual foi discutida a pesquisa avaliativa e, paralelamente, apresentados os projetos vinculados a ela. Acordou-se que, após a coleta de dados do projeto ViaREDE, seria realizada uma pergunta adicional, referente à minha proposta de dissertação, à qual os sujeitos pesquisados poderiam optar por responder ou não.

Todos os trabalhadores participantes da pesquisa foram identificados com letras e números, respeitando o anonimato, de acordo com a ordem na entrevista (p.ex., E1, E4, E7).

A equipe era composta por dois psicólogos, um médico-psiquiatra, um terapeuta ocupacional, um oficinheiro, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um auxiliar

administrativo. Um profissional foi excluído por estar em licença-saúde e outro por gozar suas férias no período da coleta de dados.

5.3 Coleta de dados

Todo o processo de coleta de dados do projeto ViaREDE contou com minha participação. Para cada profissional, eram realizadas quatro perguntas norteadoras e as correspondentes construções do círculo hermenêutico-dialético. Após o encerramento das questões do ViaREDE, parti para o seguinte questionamento: **“Fale-me o que você entende por território no cuidado ao usuário de crack”**.

Tratava-se de uma questão aberta, de modo que o sujeito se manifestasse como quisesse a respeito do tema. As entrevistas tiveram duração de 20 a 30 minutos. O tempo de coleta de dados foi de 20 de fevereiro a 07 de março de 2013.

Antes do início da entrevista, como de praxe, era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como retomada a explicação sobre os objetivos e interesses da pesquisa, dando abertura para esclarecimento de dúvidas do profissional.

5.4 Análise dos dados

Foi utilizada a Análise de Conteúdo, modalidade temática, de Minayo (2004), que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico a ser estudado. Dessa forma, essa análise busca, qualitativamente, a presença de determinados temas que apresentam valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Essa análise é desdobrada em três fases. A primeira fase é a *pré-análise*, que consiste na leitura flutuante e exaustiva do material coletado, deixando-se impregnar por seu conteúdo. Após, iniciou-se a constituição do *corpus*, organizando o material de forma a responder a algumas normas de validade, como: exaustividade que é a busca em contemplar todos os aspectos do roteiro, ou dos objetivos do trabalho; a representatividade que se define como as representações dos universos pretendidos; a homogeneidade que obedece aos critérios de escolhas dos temas a serem discutidos e a pertinência que se refere a todos os temas estarem de acordo com os objetivos do estudo (MINAYO, 2004). Dessa forma, após a coleta de dados e

transcrição das entrevistas, realizei uma leitura exaustiva do material, buscando localizar, em seu conteúdo, aspectos que respondessem os objetivos da pesquisa, superando a sensação de caos inicial.

A segunda fase é a *exploração* do material, que consiste na operação de codificação. Visa-se, nessa fase, a criação de núcleos para compreensão do texto por meio do recorte, registros que podem ser palavras, frases ou personagens, como foi estabelecido na primeira fase. Após, são realizadas contagens sobre o aparecimento do tema nos discursos, classificando e agregando dados, e escolhendo as categorias e teorias que comandarão a especificação do tema (MINAYO, 2004).

Nessa fase, a partir da leitura exaustiva, foi criada uma codificação chamada de “unidade de informação”. As unidades de informação correspondem a fragmentos, frases ou tópicos que indicavam informações e ideias específicas em cada entrevista. No Quadro 1, demonstro um exemplo da construção de unidades de informação da entrevista número 2.

Quadro 1

FRAGMENTO DA ENTREVISTA	UNIDADE DE INFORMAÇÃO
<p>“Território vai além de espaço físico. Envolve, sim, o espaço físico, por onde essa pessoa circula, o cotidiano, as relações que ele estabelece, a vida que ele leva, então eu acho que falar de território é bem complexo assim, 50E.”</p>	<p>A complexidade do conceito de território: engloba não apenas os limites físicos, mas também o cotidiano das pessoas.</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Após a construção de todas as unidades de informação, de todas as entrevistas, elas foram agrupadas de acordo com a semelhança de sentido, gerando unidades de significado. Um exemplo das unidades de significado pode ser visto no Quadro 2.

Quadro 2

UNIDADES DE INFORMAÇÃO	UNIDADES DE INFORMAÇÃO AGRUPADAS	UNIDADE DE SIGNIFICADO
A complexidade do conceito de território: engloba não apenas os limites físicos, mas também o cotidiano das pessoas. (E2)	A complexidade do conceito de território: vai além dos limites físicos (estático), indo ao encontro do cotidiano das pessoas, seus percursos, das culturas, do que o usuário acessa, de suas preferências e seus afetos – ideia de movimento, de ocupação e de simbolismo. (E1, E2, E4, E5, E7)	A complexidade do conceito de território: geografias e relações.
O conceito de território vai além do território geográfico, posto, indo ao encontro das culturas e dos afetos. (E1)		
Território tem a ver com a subjetividade do indivíduo: porque ele acessa determinado serviço, funciona dessa forma, consome tal substância. (E7)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Por fim, com a aproximação e o tratamento analítico das unidades de significado, chegou-se às seguintes categorias empíricas do estudo: (1) a concepção de território e (2) a gestão do cuidado no território. A primeira categoria procura responder ao objetivo principal do estudo, enquanto a segunda categoria se aproxima dos objetivos específicos. A síntese final do processo analítico se encontra no Quadro 3.

A terceira e última fase consiste no *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, na qual os resultados brutos serão submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que permitam colocar em relevo as informações obtidas. Dessa forma, o pesquisador analisa e interpreta os dados com ajuda de seu quadro teórico (MINAYO, 2004).

Assim, após a criação do quadro teórico e construção das categorias, a análise e discussão dos dados foi orientada pelos pressupostos teórico-filosóficos do estudo, articulados ao debate teórico no campo das políticas públicas de saúde mental.

Quadro 3 – Quadro teórico de categorização dos dados

CONCEPÇÃO DE TERRITÓRIO		
A complexidade do conceito de território: engloba não apenas os limites físicos, mas também o cotidiano das pessoas. (E2)	A complexidade do conceito de território: vai além dos limites físicos (estático), indo ao encontro do cotidiano das pessoas, seus percursos, das culturas, do que o usuário acessa, das suas preferências e dos afetos – ideia de movimento, de ocupação e de simbolismo. (E1, E2, E4, E5, E7)	A complexidade do conceito de território: geografias e relações.
O território contempla os serviços de saúde e a rede, mas não se reduz a eles (cotidiano, vizinhança, relações, espaços). (E2)		
O conceito de território vai além do território geográfico, posto, indo ao encontro das culturas e dos afetos. (E1)		
Território tem a ver com a subjetividade do indivíduo: porque ele acessa determinado serviço, funciona dessa forma, consome tal substância. (E7)		
O território do sujeito é composto pelas marcas da sua subjetivação: o sujeito ocupa o espaço geográfico e o modifica. (E7)		
O contexto no qual o usuário está inserido, pelo qual ele transita, constrói seu território. Isso explicita muito sobre a vida do usuário e a relação que ele estabelece com a droga. (E2)		
O território não se resume à substância: “o território do crack, do álcool, da maconha”. Território se constrói a partir do usuário. (E4)		
Território como conexão, como movimento: o sujeito vai construindo o território à medida que transita pelos espaços que são de seu interesse. (E1)		
Território do CAPS x território do usuário: o território do CAPS AD é impreciso, “é o centro e toda a Viamão” (ideia de objetividade, território mais “concreto”). O território do usuário é mais complexo: cada usuário constrói seu território a partir daquilo que ele aciona, lugares que frequenta, lazer, serviços de saúde que acessa, etc. (território mais “subjetivo”). (E5)		
Território pode ser tanto o espaço de atuação do serviço (os limites, as fronteiras espaciais) quanto o espaço por onde circulam as pessoas e o que elas fazem – ideia de complexidade, dinamismo, movimento. (E5)		
Território concreto (geográfico) x território subjetivo (sujeito): território é o espaço geográfico; “lugar onde essas pessoas frequentam, consomem a substância”. (E7)	Os diferentes territórios: o território do usuário é onde eles frequentam, consomem a substância (mais vulnerável na visão profissional, mas dotado de simbolismo pelo usuário). O território do serviço é um sistema de retaguarda, acolhida (estranhamento pelo usuário que não o acessa ou conhece). (E4)	
A especificidade do crack determina a necessidade imediata de acesso do usuário à rede. O território que o usuário de crack frequenta precisa de um sistema de proteção: a rede. (E4)		
A relação entre a rua e o serviço de saúde: lá fora é o território da substância (vulnerável). O CAPS faz parte de um sistema mais protegido, de acolhimento e retaguarda. (E4)		
GESTÃO DO CUIDADO NO TERRITÓRIO		

O que determina o território do CAPS são os limites geográficos de sua abrangência. (E3)	A ocupação dos territórios (o acesso): a necessidade de delimitação do espaço geográfico. (E3, E8)	
A falta de estabelecimento de limites espaciais desse território torna imprecisa a ação do serviço e do trabalhador. (E8)		
O território do CAPS é a cidade de Viamão: limites espaciais imprecisos. (E3)		
Delimitação territorial como premissa de acesso/acessibilidade: a imprecisão nessa delimitação espacial interfere na relação que o usuário estabelece com o serviço. (E8)		
O CAPS tem dificuldades de atender a população que vive no território e conhecer suas necessidades em função da grande extensão de cobertura. (E3)		
A delimitação do território é necessária para facilitar a condução das ações dentro daquele espaço. (E8)		
Território como espaço de planejamento das ações de promoção da saúde: delimitar áreas de atuação, conhecer a demanda e intervir. (E8)		
O papel do trabalhador do CAPS é mostrar que existem múltiplos territórios habitáveis, formados também por múltiplas subjetividades. Sair de “dentro”, do aprisionamento, do “seu manicômio”. Mostrar a cidade, o espaço, a circulação (ideia de reabilitação psicossocial). (E7)	A ocupação do território: delimitação do espaço e compreensão do contexto do usuário.	
Território do usuário: por onde ele passa, o que ele faz, acessa ou constrói. É fechado. O desafio do trabalhador é entrar nesse território, enfraquecendo o “circuito fechado” que orienta o usuário (as zonas de fogo): “é nessas zonas de fogo que o profissional pode estar habitando, trabalhando o estabelecimento de uma nova relação com a droga e mostrando outras alternativas na vida desse usuário”. (E1)		
A oferta de possibilidades no território regula (ou pelo menos está relacionada) ao uso da substância pelo sujeito: parece uma relação direta, ou seja, investir nessas possibilidades, ampliando as trocas, reduziria a concentração do usuário na substância. (E2)		
Territórios se ampliam à medida que o usuário faz uso dos recursos disponíveis nele (saúde, educação, cultura) – território diversificado. (E6)		
A relação CAPS e usuário (interface) perpassa a habitação de seus territórios singulares: deve haver reciprocidade. O usuário acessa o CAPS quando habita o território do serviço; o CAPS acessa o usuário quando habita seu território subjetivo. (E7)		
	A necessidade de ocupar para conhecer o território do usuário (restrito): ampliar ofertas, sair de “dentro”, aproximação com as premissas da reabilitação psicossocial. Facilita a concepção de que o serviço faz parte dessa rede de relações do usuário. (E1, E2, E6, E7)	

Há alguns vetores de fuga, ou seja, ações que não estão voltadas apenas para o interior do serviço, atingindo outros espaços por onde se relaciona o usuário. Isso precisa ser potencializado. (E1)		
O usuário de crack pouco conhece sobre todo o território que o abrange, limitando-se aos caminhos da moradia e do trabalho. No momento em que acessa o serviço, pode vir a ter mais informações sobre os dispositivos de cuidado e controle social de determinado território. (E6)		
O território do usuário é o que ele faz, o que ele aciona, onde ele caminha. Nem sempre os serviços de saúde estão dentro desse território. Contudo, quando ele procura os serviços, eles começam a fazer parte desse espaço (complementaridade). (E6)		
O território do CAPS AD é o que está “dentro” do serviço (noção de espaço circunscrita ao que se faz dentro do CAPS). (E1)		
O trabalhador tem dificuldades de conhecer o território que existe “fora” do CAPS por estar muito envolvido com o contexto interno do serviço. (E3)	A grande demanda de atividades “dentro” do CAPS: impede o trabalhador de conhecer a realidade, o território do usuário. (E1, E3)	
As intervenções no território geralmente iniciam a partir da procura do usuário ao serviço e são pontuais. O trabalhador fica preso à demanda do serviço, sentindo-se impotente por isso. (E3)		
O território de trabalho pode ser o mesmo da residência do profissional. Isso traz uma maior percepção sobre o contexto do usuário e as particularidades de determinado território. (E6)		
Quando o território em que o trabalhador reside é o mesmo que o do usuário, existe a possibilidade do profissional conhecer e ter maior percepção sobre o contexto e criar melhores vínculos com o usuário. (E6)	Estratégias de cuidado no território: pensar além da doença, residir no espaço onde o usuário mora, equipes itinerantes. (E2, E6, E7)	Estratégias de cuidado no território
A ideia de construção de equipe itinerante: possibilidade de circulação entre as pessoas, entre seus espaços, entre suas relações. Conhecer o território e sua singularidade a partir de uma estratégia de cuidado fora do CAPS: “estar onde o povo está” – formação de redes. (E7)		
Pensar para além da doença exige um esforço do trabalhador no conhecimento do cotidiano e na vida do sujeito lá fora. (E2)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

5.5 Considerações éticas

Este estudo segue os preceitos éticos da pesquisa científica envolvendo seres humanos, de acordo com resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Conforme as orientações éticas foram utilizadas um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dando ao participante total liberdade para participar, recusar-se ou desistir sem nenhum prejuízo. No TCLE, constavam informações sobre a pesquisa, o conteúdo e seus objetivos, de forma a proporcionar a compreensão, buscando a participação voluntária do participante.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 A concepção de território

O território é uma importante categoria na organização dos espaços sociais e nos processos de trabalho em saúde mental. É um espaço rico e constituído de interações entre os sujeitos, de relações sociais e de poder.

Com a Reforma Psiquiátrica e a Lei nº 10.216/02, o território passou a ser tema de análise. Propõem-se, então, serviços substitutivos ao manicômio e uma rede de dispositivos de cuidado no território geográfico que vise novas alternativas terapêuticas e clínicas para os usuários, reconhecendo as singularidades e fortalecendo os vínculos e a reinserção social no território (BRASIL, 2002).

A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em especial ao crack, com o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, de 2010, também aponta a necessidade de articulação de redes de saúde no território, visando ações de promoção, prevenção e reinserção do usuário em seu local de vida e em sua comunidade. Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, apontada na portaria 3.088, de 2011, reafirma a importância de articulação e integração dos pontos da rede de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (SAÚDE MENTAL EM DADOS...,2010; SAÚDE MENTAL EM DADOS...,2012).

Nesse contexto, o diferencial da Reforma Psiquiátrica é apresentar à sociedade uma nova relação dos serviços de saúde mental com as pessoas. No contexto dos serviços substitutivos, é preciso valorizar a construção social das pessoas, seu “estar no mundo”, sua história e as relações que compõem nos espaços por onde circulam. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica extrapola as facetas mais peculiares que envolvem o território como o espaço construído pelo sujeito, que possui suas marcas e é transformado por ele.

Se uma dessas características é o trabalho com o território, é possível entender que seu conceito ultrapassa toda a ideia de delimitação espaço-temporal, indo ao encontro dos desejos, das escolhas e dos afetos. Portanto, o CAPS, como serviço constituído nesse espaço, deve fazer articulações capazes de promover cuidado amparado na lógica da desinstitucionalização e da inclusão dos usuários com transtornos mentais onde vivem e com quem vivem. (SANTOS; NUNES, 2011).

Nessa perspectiva, desvela-se um novo cenário para a atuação dos profissionais de saúde mental, além de novas concepções que vão ao encontro da necessidade de repensar a constituição do espaço e incorporar o sujeito com sua realidade. Neste estudo, a relação entre o território, o discurso do trabalhador sobre ele e sua prática profissional estão em uma interface que gera um debate inovador, próximo daquilo que defendemos e buscamos superar: a alienação, a submissão e a passividade. Não queremos sujeitos presos em serviços assépticos, mas sujeitos livres, capazes de governar sua vida, suas relações e seus desejos.

Assim, mergulhada nessa complexidade, trago para a discussão o conceito que os trabalhadores têm sobre o território, exigindo uma teorização que provoque, tencione e problematize a realidade. A partir daí, poderemos analisar os constituintes desse território, os sujeitos, os serviços e os modos como vão ocupando esse espaço e produzindo suas subjetividades.

6.1.1 A complexidade do conceito de território: geografias e relações

Pensar o território como um espaço geográfico, mas que se amplia à medida que as relações humanas vão se construindo, é observar a complexidade à que seu conceito remete, não sendo estático, mas possuindo movimento. Esse território é marcado pelas relações de poder, pelas relações sociais e culturais. Na prática em saúde mental não é diferente; o território demonstra essa complexidade, pois, além de um espaço delimitado para atuação do serviço, ele é o local onde a vida se processa. Portanto, deve ser explorado e compreendido pelo profissional no momento de sua prática, para produzir cuidado articulado às prerrogativas de liberdade, autonomia e respeito às singularidades.

A concepção de território remonta à necessidade de investir nessa discussão e exige uma teorização do trabalhador, provocando também reflexos em sua prática. Nos depoimentos a seguir, destaco essa tendência:

“Território vai além de espaço físico. Envolve, sim, o espaço físico, por onde essa pessoa circula, o cotidiano, as relações que ele estabelece, a vida que ele leva, então eu acho que falar de território é bem complexo assim, né. O serviço CAPS faz parte desse território, a rede de saúde mental faz parte desse território, vizinhança, os diversos locais por onde aquela pessoa circula no seu dia-a-dia, o trabalho, esporte, lazer, tudo o que possa envolver o cotidiano desse sujeito tem a ver com o território...”
(E2)

“Território... Ai, eu acho difícil, porque, assim, depende... Porque, para mim, visão de território, por exemplo, nosso território aqui é o centro, mas também o nosso território

é todo Viamão, e a gente atende usuários de toda Viamão, então eu não sei, assim, te dizer. Não sei, porque território pode ser tudo ali onde o usuário circula, né. E aonde o nosso serviço alcança, então, para mim é isso, todas as coisas aonde ele mora, ele frequenta, os lugares onde ele está acostumado a ir, os serviços de saúde onde ele acessa, essas coisas que, para mim, estão dentro.” (E5)

“A minha dificuldade é associar o meu território ao crack. Não sei o conceito que tu tens, mas tentamos trabalhar esse conceito não associado somente ao território geográfico, território cultural e também de ligações afetivas...” (E1)

Os trabalhadores observam o território como um espaço geográfico e físico, mas que não se limita a essa dimensão, considerando o cotidiano das pessoas, das culturas e dos afetos. Nota-se a construção de um conceito heterogêneo, que engloba múltiplas dimensões –, físicas, culturais, sociais e de possibilidades – para o cuidado em saúde. Parece haver um forte vínculo com a noção de que o sujeito é o principal ator do processo de construção do território, visto que, ao ocupar o espaço físico, ele o transforma em um espaço social, de troca e interação com outros sujeitos.

O território é o espaço vivido pelo homem, o território usado. Portanto, na definição de qualquer pedaço de território, é necessário levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, ou seja, o trabalho e a política. O território não é estático, pois é dinâmico, formado e marcado por relações de poder. É um espaço, sim, mas aquele habitado pelo homem, possuindo características mutáveis e transitórias (SANTOS, 2003b; FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Compreende-se que a concepção de território é complexa justamente pelo dinamismo e movimento dos atores sociais na construção de seu território de vida. Como apontado pelos sujeitos, em especial E5, essa provocação sobre o conceito de território obriga-o a superar as linhas técnicas que demarcam o espaço, ampliando para as arestas da vida e para o terreno da mutabilidade. É dizer que, mesmo sob um determinado ponto delimitado, esse território se mexe, movimenta-se e dispara novos olhares sobre as relações, as culturas e a necessidade de reorganização daqueles que estão dentro dele, incluindo aí os serviços de saúde mental.

Se o território é um objeto dinâmico, assume um caráter heterogêneo e é construído pela relação do indivíduo com seu espaço social. Percebê-lo nessa complexidade é propor um trabalho que não foque a doença, mas o indivíduo, a família, suas relações, buscando a construção de projetos de vida que levem em consideração os desejos dos usuários (LEAL; DELGADO, 2007).

Visto que o território é um espaço delimitado pelas forças humanas, é possível considerar que o usuário “penetra” nesse espaço, produzindo suas marcas (desejos, escolhas,

relações). É isso que dá vida e colorido ao território, mas também traz novas inquietações em relação à prática em saúde mental, como exposto a seguir:

“Território são as conexões que o usuário vai fazendo. Aí tem as conexões daquele território, da rua. Como, por exemplo, um usuário que estava em crise, há pouco tempo atrás, não sei se vocês estavam aqui, a profissional fez um acompanhante terapêutico com ele, e ele é usuário de crack, e ele foi conseguindo tudo na rua. Acho que isso é um exemplo de alguém que, por onde passa, vai construindo território. No sentido dessas conexões que ele vai fazendo e vai se virando para conseguir as coisas. Os usuários de crack, não só de crack, falam muito, que essa coisa da ‘correria’, que é pegar, que é não sei o que, isso tem muito do jeito que se faz território, do jeito que se move nesse território, não sei”. (E1)

“Escutei um cara falando que ele estava em Curitiba, estava em não sei aonde e ele voltou para Viamão e voltou tudo. Às vezes tem um contexto colocado onde as ligações e as ruas por onde tu passa, a esquina, onde, que são os signos, são os cheiros, são as coisas por onde tu vai praticamente sozinho, dentro de um automático, né. Então essas coisas acho que influenciam muito dentro de um contexto que ela está. Agora não é por isso que tu precisas tirar a pessoa do contexto e socar ela num hospital psiquiátrico, não é que tu vai tirar que tudo vai mudar. A questão também é trabalhar esse contexto.” (E1)

“O que eu entendo por território do usuário de crack, é eu não entendo só pelo contexto do usuário de CRACK, né, mas o contexto em trabalho na saúde mental. Eu sempre prefiro olhar pra essa dimensão, é uma questão... É que eu entendo o território de um modo geral, que é pensar que, bom, talvez de um primeiro modo, né, território pode-se passar por Geografia, que eu acho que a questão geográfica ela é importante. Ao lugar onde essas pessoas estão, o lugar em que essas pessoas frequentam, o lugar em que essas pessoas consomem a substância, né, enfim... Isso tem a ver com um conceito de território que já não é geográfico. O território perpassa por algo que é muito mais subjetivo, né, o percurso que esse usuário faz, geográfico, mas também de que jeito esse percurso é feito, não só do ponto de vista do concreto, mas daquilo que é: por que esse território? Por que em Viamão? Por que no centro? Isso diz de um território, de um lugar, de um jeito de ser, então território, pra mim, tem a ver com esse jeito de existir, com esse jeito de estar no mundo, e que o lugar vai dizer daquela pessoa, o lugar, o percurso, as escolhas, vai falar de quem é aquele sujeito. Entendo território assim.” (E7)

E1 e E7 acreditam, de um modo geral, que cada usuário constrói seu território a partir de seus movimentos pelo espaço, das conexões e do valor simbólico que esse local de vida possui para ele. O território é formado pela relação do ator social com seu entorno, com as pessoas, com a rua, com os serviços de saúde. É o lugar de percurso e de escolhas do usuário, que vai definir quem é esse sujeito. No entanto, as marcas que produz por habitá-lo também podem trazer relações prejudiciais, havendo aí necessidade de compreensão por parte do trabalhador.

Neste contexto, é importante abordar o conceito de lugar (*place*, em inglês) que é o espaço identitário, relacional e histórico. O “não lugar”, em oposição a ele, seriam os espaços públicos de rápida circulação, como os aeroportos e as rodoviárias. Os habitantes do “não lugar” mantêm uma relação contratual representada por símbolos, como o passaporte, a identidade,

que autorizam o deslocamento (AUGÉ, 2012). O lugar seria um “espaço social”, mas nem todo o “espaço social” é um “lugar”. O espaço social é aquele produzido socialmente, ao passo que o lugar é um espaço dotado de significado, um espaço vivido, uma relação afetiva entre a pessoa e o ambiente físico. Nesse sentido, os “lugares” são sempre dotados de significado como o lar, a igreja, a escola, o bairro, o “meu pedaço”, minha “cidade natal”. A existência do lugar não impede que ocorram recortes e subdivisões “objetivas”, realizadas por especialistas, a fim de planejar a serviço do Estado. Essas subdivisões podem ser superficiais ou artificiais se não despertarem empatia naqueles que deverão ser seus usuários, podendo desrespeitar as identidades socioculturais construídas ao longo de gerações (SOUZA, 2006).

E1 relata a história de um usuário que, em seu retorno a Viamão, começa a reviver uma relação prejudicial com a droga. É essa habitação, nem sempre saudável quando analisada do ponto de vista do campo da saúde, que Souza (2006) considera como a “territorialização do espaço pelo homem”²⁵. Para o autor, ela está ligada a diversas razões, que vão desde o sentido mais material de espaço, até aos significados atribuídos às formas espaciais, aos recursos naturais de certa área, ao que ela produz e a quem produz em dado espaço, às ligações afetivas e de identidade de um grupo social, e a espaços ou objetos específicos (um santuário, por exemplo) que deem algum significado. Em suma, é importante problematizar que o território não são as “coisas”, mas o campo de forças produzido pela constituição dessas relações. Nesse sentido, considerar essas particularidades ajuda na composição de ações e estratégias de cuidado capazes de redimensionar a relação prejudicial sem desconsiderar o simbolismo atribuído a ela pelo usuário.

Assim, despontaria uma das possíveis estratégias para percorrer as territorialidades do usuário. E1 sugere, por exemplo, que o Acompanhamento Terapêutico²⁶ possa ser capaz de conhecer essas conexões provocadas pelo indivíduo e suas repercussões em sua vida, em sua história e em suas escolhas. No caso do uso de drogas, o próprio AT poderia conhecer o uso, as situações que levariam ao consumo prejudicial (amigos, vizinhos, eventos, etc.) e trabalhar com isso, com vistas a uma mudança de significado atribuído à droga. Não se fala aqui de procurar

²⁵ Se o indivíduo é capaz de territorializar o espaço vivido por ele, é porque constrói uma “territorialidade”. Isso quer dizer que cada usuário cria e recria seu espaço, fazendo-o pertencer a uma determinada realidade. Por território, compreende-se uma extensão propriamente utilizada. Já territorialidade carrega um sentido de pertencimento, de estar em uma área de vivência e reprodução, de ter um destino, um percurso a seguir, pois é isso que dá o significado à humanidade. Assim, a territorialidade é um tipo de interação entre os seres humanos, mediada pelo espaço (SOUZA, 2001; SANTOS e SILVEIRA, 2011).

²⁶ O AT é um atendimento clínico que tem como uma de suas características a saída do profissional com o usuário pela cidade, estando ao lado da pessoa com dificuldades psicossociais, com a intenção de montar um plano terapêutico que possa articulá-la novamente à circulação social por meio de ações dentro do contexto social do sujeito (PITIÁ; FUREGATO, 2009).

proibir determinados modos de vida, uma vez que se perderia o vínculo e a relação; fala-se aqui de buscar novas estratégias que valorizem as escolhas e apontem para outros caminhos.

Como é possível notar, a ocupação desse território constitui um campo político de forças, de relações afetivas, de identidades e de relações de poder (SOUZA, 2001). Trabalhar, na perspectiva do usuário – o desafio evidente que se coloca nessa discussão –, é conhecer a relação que ele possui com seu contexto, não o retirando de tal lugar, mas conhecendo e trabalhando nesses campos de força, pois:

A cidade é o espaço da pluralidade das diferenças, da heterogeneidade, da divisão do trabalho, da complexidade institucional e da coexistência de numerosas tradições culturais que expressam visões de mundo distintas. Além do território geográfico, são representações construídas, reconstruídas e imaginadas de acordo com os valores, as cresças e o sistema de significações em um contexto sócio-histórico cultural específico (MEDEIROS, 2010, p. 168).

Dessa forma, entendo que é possível gerar autonomia e respeito aos desejos do usuário, como prioriza a Reforma Psiquiátrica. A autonomia é uma premissa importante na reabilitação psicossocial, pois busca a criação de novas possibilidades de vida a partir da subjetivação, repensando o processo de atenção em saúde mental pela autonomia possível e visando o menor grau de dependência do usuário ao serviço (ALMEIDA, 2010).

Percebo que os profissionais entendem a importância do contexto de vida do usuário para produzir cuidado e saúde nos espaços dos serviços e fora deles. Reconhecem que é imprescindível visualizar o território para além do físico e geográfico, e trabalhar em uma perspectiva de inclusão do usuário. A percepção de que o território é o “lugar” do usuário perpassa as dimensões afetivas e identitárias desse sujeito com o seu espaço. Portanto, o “lugar” se completa pela fala, pela troca de senhas e significados, na convivência e na intimidade de seus protagonistas (AUGÉ, 2012).

Diante do exposto, compreendo que o “estar no território” pode determinar as escolhas do usuário, dentre elas as relações afetivas, os locais acionados e o uso da substância. Para a atenção psicossocial, a apreensão dessa relação de identidade do usuário com seu espaço social é pertinente na percepção da complexidade do tema das drogas. Nesse contexto, a ocupação do território pelo usuário de crack demonstra a diversidade de significados, passando pelo valor simbólico, cultural e social, bem como pela necessidade de tencionarmos a utilização da droga para além do orgânico (da dependência química), relacionando o consumo prejudicial com os projetos de vida do indivíduo:

“O território não é só a nível de crack. Aqui dentro de tem muitos usuários, não é só o da maconha, o do álcool... Então não se faz essa divisão, não tem como subdividir o usuário... Eu falo de alguém que está precisando de ajuda nesse momento, não o fulado do crack, e eu não imagino esse território, eu imagino o usuário como o todo, o momento em que ele chega pra ti. Como eu não faço a acolhida, eu nem sei a separação do usuário do álcool, da maconha, do crack. Quando eu fazia, eu sabia que fulano de tal, no outro CAPS eu fazia, mas aqui não. Às vezes, quando tu começa a ter um assunto mais abrangente, aí, sim, tu vê quem usou o que, quem usou o que, mas a princípio todos são usuários.” (E4)

“O usuário de crack talvez escolhe o território do crack e tudo que está ligado a isso, porque tem uma construção subjetiva importante que é a ocupação do território se faz como questão, né. Então a gente precisa entender esses territórios, esse território geográfico, esse território subjetivo do percurso, pra conseguir pensar o território e que o território ainda é singular, não existe um território comum, é único. Acho bem complexo pensar território, já pensei sobre isso...” (E7)

E4 e E7 trazem a concepção de território intimamente ligada ao contexto social do usuário e às suas histórias de vida. A forma como se pensa a relação entre o usuário e o território resgata novos modos de operar no interior do CAPS, visto que é no território que se constitui a relação do usuário com a droga, sua circulação, seus desejos, suas afinidades. Entender esse contexto pode ajudar a restabelecer a relação do serviço de saúde com as pessoas. Se a relação com a droga se modifica a partir dos projetos de vida do usuário, compreender essa realidade pode ser capaz de modificar o modo de atuar dos serviços.

E4 reforça a ideia de que cada usuário possui sua singularidade e não deve ser observado somente pela “utilização da droga”, mas também por suas histórias de vida e suas necessidades de atenção em saúde. E7, nesse sentido, traz o elemento do “território do crack”, focando não apenas na droga como produtora desse espaço, mas também como um reflexo subjetivo das escolhas do usuário. Nesse caso, o território do crack seria uma demonstração do simbolismo agregado ao usuário, que transforma o espaço a partir de seu desejo.

Nota-se, assim, uma nova maneira de compreender a utilização das drogas na sociedade, não apenas ligada aos aspectos orgânicos de seu uso. Rodrigues et al. (2012) demonstrou, em seu estudo investigativo em base de dados de teses e dissertações sobre o tema do crack, que a maioria dos trabalhos nessa área abordam questões orgânicas da droga e da doença, poucos trabalhando o contexto dos usuários. Esses autores identificaram a necessidade de trabalhos que reconheçam os aspectos econômicos, sociais, culturais e históricos que envolvem a problemática do uso de crack na sociedade contemporânea.

Para entender esse contexto, alguns estudos na linha da antropologia e da sociologia (MEDEIROS, 2010; RUI, 2012; DE LUCCA, 2011; BARIANI, 2012; AD; ADORNO et al., 2013, SILVA JUNIOR et al., 2012) vêm destacando essa tendência. Segundo eles, o território

do usuário de crack não é marcado apenas pelo forte uso da droga, visto que o próprio uso da substância está atrelado a toda uma construção histórico-social de um lugar, de um território. Portanto, o uso do crack é motivado e marcado também pelas histórias de vida dos usuários, suas perdas, frustrações e as trocas/negociações simbólicas capazes de sustentar o consumo. Trata-se de compreender a rede paralela que se forma a partir do uso, envolvendo uma nova formação social, novas relações e convivências.

Medeiros (2010), em seu estudo sobre os “territórios do crack”, afirma que esses espaços carregam rótulos negativos, embora sejam territórios como outros, onde é possível a interação social, o estabelecimento de regras, normas, códigos de comportamentos e critérios para punição e acolhimento. Eles potencializam os contatos sociais, as táticas de proteção e identificação. São territórios vulneráveis reforçados pela imagem e narrativas sociais negativas de desordem e delito. Entretanto, do ponto de vista do usuário, o território do crack seria um espaço com capacidade democrática, com sentimento familiar e de rápida visibilidade social.

Silva Junior et al. (2012), em um trabalho sobre determinantes sociais da saúde para o consumo de crack, aborda que os recursos sociais como o apoio da família, a situação socioeconômica, a história de vida, os problemas sociais e a frágil rede de sustentação da saúde pública brasileira influenciam no agravamento da situação social dos usuários de drogas, em especial o crack. São necessárias, então, políticas públicas que envolvam diversas áreas de estudo, reconhecendo a complexidade do uso de drogas e ampliando o debate para além da saúde e segurança, de modo a buscar a inclusão dos desejos e contextos dos usuários na elaboração de estratégias de cuidado.

Rui (2012), em um estudo etnográfico em cenários de uso e comércio de crack, demonstrou que a relação do usuário com seu contexto é complexa demais para ser explicada do ponto de vista técnico. Nesse território, há a constituição de relações com o corpo, desentendimentos sociais, vigilância permanente de policiais e rituais para a preparação dos cachimbos. Todos seriam elementos que devem ser compreendidos como parte daquele espaço, ou seja, seriam a experiência subjetiva em ato. Esse simbolismo cria uma nova relação do consumidor de crack com a rua, que a percebe como seu “lar”, ao contrário da sociedade, que o observa a partir da deterioração do corpo e do estigma do craqueiro. Para o autor, é essa relação que a nossa sociedade deve compreender e ressignificar.

Essa visão reducionista das relações do usuário são as mais profundas marcas da desigualdade social da sociedade brasileira, que ainda precisa ser preparada para lidar com o abandono, a exclusão e o preconceito com as diferenças. Enquanto isso, o usuário de crack vai

se identificando em seu território, deixando, nele, de ser invisível, ao contrário do que acontece na vida cotidiana, que insiste em torná-lo assim (DE LUCCA, 2011; BARIANI, 2012).

O uso do crack tem revelado toda a descarga de intolerância de nossa sociedade moderna. O tratamento ainda é focado em abordagens repressivas, como a internação compulsória²⁷, e percebe-se que as ações de saúde pouco questionam a lógica e o significado desse sujeito ao seu corpo, ao uso e aos seus desejos. Assim, enquanto não criarmos práticas capazes de serem desenvolvidas no contexto em que o usuário se insere, dificilmente avançaremos nessa discussão (SILVA; ADORNO, 2013).

É necessário compreender que a ocupação do território e os aspectos subjetivos que envolvem essa ocupação (os desejos, os sentimentos, as relações) devem ser incorporados na prática cotidiana dos serviços de saúde mental. Os trabalhadores, em seus depoimentos, conseguem compreender essa realidade. No entanto, há um elemento importante a ser superado, o estigma do usuário, e talvez isso seja o mais difícil de fazer. De nada adianta desenvolvermos estratégias se a sociedade não está preparada para acolher o indivíduo, sujeitando-o à exclusão e à indiferença. Talvez esse seja o maior desafio da prática em saúde mental, de caráter reformista.

Amarante (2003) destaca que a Reforma Psiquiátrica não se sustenta apenas pela mera reorganização administrativo-burocrática dos serviços, mas também pela transformação das relações institucionais com a loucura. Isso só será possível quando enxergarmos um novo objeto de trabalho em saúde mental, para além dos muros da doença. É preciso, sim, investir em dispositivos cujo cuidado seja o elemento central dos saberes e das práticas. Mas, mais do que isso, é preciso ressignificar o olhar da nossa sociedade sobre os diferentes e suas diferenças, diminuindo estigmas, superando conceitos atrelados à irracionalidade, irresponsabilidade e periculosidade. Com isso, será possível restabelecer as trocas simbólicas dos usuários com a sociedade, perdidas pelo imaginário da exclusão e da segregação.

²⁷ Vale destacar as diferenças existentes entre a internação involuntária e a compulsória. Segundo Brasil (2001), a internação involuntária é aquela determinada por terceiros, como, por exemplo, familiares, sem o consentimento do paciente. Já a internação compulsória é aquela determinada pela justiça, a partir de uma ordem médica. No Projeto de Lei nº 7.663/2010, recentemente aprovado pela Câmara dos Deputados, de autoria do Deputado Federal Osmar Terra, observa-se o foco na internação compulsória como medida de tratamento, principalmente aos usuários de drogas pesadas, como o crack. Isso vem causando polêmica, pois existem críticas a esse tipo de tratamento forçado e com tendências higienistas. O consumo prejudicado de drogas está intimamente ligado a problemas sociais e à necessidade de respeito aos direitos desses usuários de reinserção social, proteção, liberdade e dignidade. Na prática, as internações compulsórias têm mexido com o imaginário dos familiares, que, muitas vezes, recorrem à justiça como primeira instância para busca de tratamento. Outras críticas são a percepção da ineficiência dessa estratégia, onde muitos dos usuários, ao retornarem aos seus territórios de vida, começam a reviver os mesmos problemas relativos ao uso abusivo de drogas, à exclusão social e à marginalização.

É nesse contexto que a Reforma Psiquiátrica procura construir uma nova relação, uma nova ideologia. Não é à toa que o sentido da palavra “desinstitucionalização” significa um processo social complexo, que não se limita à “desospitalização” dos indivíduos, mas busca novos olhares e maneiras de pensar e “tratar” a loucura. A loucura não deve ser limitada a uma dimensão biológica, técnica, mas ampliada para o ponto de vista comunitário, social, político e cultural (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Penso que fugir dessa característica excludente seja o primeiro passo para construirmos uma prática articulada às premissas da reabilitação psicossocial²⁸, ou seja, completa por natureza e focada na interação que os indivíduos produzem em seu ambiente, no seu território. Para tal, o vínculo entre profissional e usuário se torna importante como a compreensão dos diversos universos singulares e da construção de território que cada sujeito possui. Como destaca E6, a seguir, é para esse território que o serviço precisa direcionar seu olhar:

“O território do usuário, eu acho que é o território que ele permeia, assim, que ele caminha. Quando ele não quer tratamento eu acho que é o local familiar, o território dele, o local familiar e local que ele usa a droga. Quando ele vem buscar o tratamento, o território dele vem a ser outro, começa completar o território dele aos serviços de saúde, às vezes o serviço de cultura, às vezes o serviço social. Mas eu acho que o principal território é o local que ele vive, é o local que ele mora, é o local que ele costuma ver no cotidiano dele, às vezes o trabalho. Como a gente comentou, na maioria das vezes o usuário trabalha pra suprir a necessidade dele, não só a necessidade básica, mas também a necessidade de uso. Então o território dele, o principal território dele, é o território que ele vive, a família, o trabalho e o lazer.” (E6).

No âmbito do cuidado ao usuário de drogas, compreender todas as dimensões que o cercam permitiria uma intervenção em “todo o campo”, ou seja, na complexa constelação de variáveis que constituem os fatores de risco e de proteção ligados à família e à comunidade em que o indivíduo está inserido. Compreender a complexidade do sujeito, enfocando diversos fatores de interação, é essencial no processo de reabilitação psicossocial (LUSSI; PEREIRA; SILVA JUNIOR, 2006).

No contexto do uso de drogas, significa que precisamos investir em modos de operar que deem importância à existência dos sujeitos e seus modos de vida. Nesse caso, a Redução

²⁸ Saraceno (2001) compreende que a reabilitação psicossocial deve envolver todos aqueles atuantes no processo saúde/doença: profissionais, familiares e usuários. Nesses casos, a troca deve preceder à relação (e não o contrário), pois só a construção das trocas é capaz de gerar relações. Trata-se de uma escolha não apenas técnica, mas também ética. Só assim poderemos dizer que houve espaço para a reabilitação, ocupando o paciente ou o usuário o lugar central dessa conformação. Segundo o autor, esse contrato pode ser desenvolvido a partir de três principais dimensões do processo de trabalho: o *habitat*, que está relacionado à ideia de morar, habitar, de estar em um determinado espaço; o *lazer*, por ser um poderoso mecanismo de invenção das trocas; e o *trabalho*, como um elemento não apenas de garantia de sustento, mas também de realização pessoal.

de Danos²⁹ pode se constituir como instrumento preciso para problematizar não somente os danos relacionados ao uso, mas também a criação de vínculos que conversem com os desejos e necessidades das pessoas, procurando aumentar a qualidade de vida e reduzir os danos (SANTOS; SOARES; CAMPO, 2010).

Algumas literaturas internacionais têm trazido a Redução de Danos como uma estratégia possível para a compreensão do contexto dos usuários, aumentando a possibilidade de acesso do usuário ao serviço, promovendo a saúde e alcançando populações vulneráveis, justamente pelo engajamento do profissional no espaço da comunidade (WEEKS et al., 2009; SHANNON, 2008).

É extremamente possível que haja contradições acerca do tema território complexo. Se, do ponto de vista do usuário, a rua seria o local de exercício da democracia, da sociabilidade e das trocas, para o trabalhador ela seria um “lugar vulnerável”. Nesse sentido, o território dos serviços de saúde ofereceria a acolhida, a “retaguarda” necessária, configurando-se como um sistema de proteção:

“Quando eles chegam aqui, eles não são mais usuários de crack, eles são usuários do serviço. Lá fora pode ser que esse território seja mais claro, assim, na rua, aonde o usuário se encontra, mas aqui dentro eu acho que esse território se dilui, né, porque lá na rua que tu encontra mais esse território que tu fala. Tu tá usando aquele tipo de substância, a tua relação com aquele pessoal, não sei se existe alguma discriminação entre eles, quem usa pedra, ou outro tipo de droga, aqui dentro, quando chega aqui eles... O acolhimento na saúde, a acolhida que tu estás dando para ele, uma proteção, estar tentando conduzir essa pessoa. Tu vai dar uma proteção a essa pessoa, uma esperança para ela, em relação ao por que que está aqui. A vontade de estar aqui é uma coisa, a vontade de usar é outra. Às vezes tu tens força de vontade de vir, mas a vontade de usar a droga é bem maior, que faça com que tu fique meio ‘vou ou não vou?’, ‘estou aqui por estar’, até se iludindo que vem aqui, sai daqui ,vai usar, sai daqui e vai pro bar. Existe muito esse questionamento entre eles: ‘o que estou fazendo aqui? Se saio daqui e vou pra esquina? Se saio daqui e vou pra praça usar?’. O território é o estar na rua, com os próprios colegas, né, e isso acontece muito, um influencia o outro, ‘vamos sair...’. Mas essa coisa da rua é bem mais abrangente, a gente visualiza mais essa coisa de território, tu também ter um território, ser um território na rua. Por que aqui dentro ele tá protegido, ele está dentro de um território que é o sistema de saúde. Com todas as falhas, mas ele está acolhido, ele se sente acolhido, ele não enxerga as dificuldades, ele tá em uma casa, ele almoça, ele tá ali, ele tem um espaço. O CAPS é uma casa, tem uma estrutura, é um espaço que se pode sentar para ver uma televisão, que às vezes não se tem em casa, tu tem livros, revistas para foliar e amigos na volta. Todos estão na mesma situação, então os profissionais estão ali, acolhendo. Mesmo com dificuldades, estão ali. Então se forma esse território, né? Quase idêntico com o da rua, só que na rua é diferente, por que lá na

²⁹ O objeto da RD pode ser o modo de viver em uma dada comunidade. Dessa forma, o objetivo se amplia para além da redução de riscos, o que implica o trabalho dos diversos fatores que ocasionam o consumo prejudicial da droga, como a relação do sujeito com seu ambiente social, a observação de fatores de risco e a criação de estratégias de cuidado a partir da relação do indivíduo com sua comunidade. Portanto, a comunidade se constitui num campo de inserção do profissional para intervenção no tema das drogas (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010).

rua tu vai atrás da substância, na rua tem a malandragem da rua, tem os espaços para as pessoas usar, tem onde buscar, ou negociar.” (E4)

“É interessante... Olhar como realmente um território o serviço, e ver a questão da rede, e eu acho que o usuário do crack precisa mais da rede do que o do álcool, por ser uma droga de efeito rápido, mas acho que se beneficiaria bem mais o usuário do crack. Me vem à mente proteção: se tu tem um território, tem que ter a proteção. Se tu sabe que ali tem o território, como proteger esse território? De que forma proteger este território? De que forma fazer uma rede que abranja todo este território? De que forma trabalhar para que isto seja protegido? De que forma atender todo esse território? Eu vejo assim, com a rede se propõem essa proteção do território, assim estaria funcionando essa rede, a rede no território, assim estaria funcionando esta rede.” (E4)

E4 relata que o território da rua é o mais claro, o mais abrangente, é onde está a relação do usuário com a substância, enquanto o território do serviço de saúde oferece proteção ao usuário, uma nova relação com a droga. Os territórios não são os mesmos, mas em alguns momentos eles se relacionam, complementando-se ou contradizendo-se.

Cabe, nessa discussão, retomar o conceito de território-rede (SOUZA, 2001). Trata-se de um território descontínuo, que se caracteriza como uma rede que articula dois ou mais territórios contínuos. A complexidade do território-rede remete à superação da concepção clássica de território, que restringe o poder a um dado território, no caso, o território nacional. No território-rede, observa-se a superposição de vários territórios, com formas variadas e limites não coincidentes de diversos territórios, podendo haver diversas territorialidades que se complementam ou se contradizem, dando um caráter de diferentes relações de poder e movimento (SOUZA, 2001).

A existência de diferentes territórios cria um campo de forças, uma teia ou rede de relações que, a par de sua complexidade interna, define, ao mesmo tempo, um limite, uma alteridade: a diferença entre “nós”, que são os grupos, membros e coletividades ou comunidades, denominados “*insiders*”, e os “outros”, que são os de fora, os estranhos, denominados “*outsiders*” (SOUZA, 2001).

Considerando essa rede de forças que compõe o território, os conceitos de “*insiders*” e “*outsiders*” se mostram relevantes na compreensão do território na perspectiva do trabalhador de saúde mental. Os “*insiders*” podem ser caracterizados como os “serviços”, os “trabalhadores”, que estão dentro do território da saúde mental, e os “*outsiders*”, como os estranhos, os que estão fora desse território, os membros do território vulnerável na perspectiva do trabalhador e que vêm à procura do serviço. Os “*insiders*” e “*outsiders*” dependem do ponto de vista, podendo ser usuários ou trabalhadores em diferentes momentos através dessa perspectiva. Não obstante, o trabalhador se coloca “dentro”, como protagonista do processo

interno do território dos serviços, enquanto o usuário estaria “fora”, pertencendo a outro território.

Por conseguinte, os “*insiders*” e “*outsiders*” são grupos que existem de forma diferente em determinado território, mas podem e devem interagir na atenção psicossocial. Para que haja essa interação, é necessário um deslocamento do território de “dentro” para “fora”, assim como de “fora” para “dentro”, de forma a construir um processo de articulação e habitação dos diferentes territórios.

Se E6 concorda que o principal território é o do usuário e que o território onde está o serviço oferece uma nova relação com a droga, esse “sair para fora” representaria o salto necessário para redimensionar as relações e compreender os desejos/escolhas dos usuários. Significaria também reconstruir uma relação menos asséptica, técnica, fisiológica, indo ao encontro das pessoas, das culturas, dos afetos, familiarizando-se com suas necessidades, com seus encargos, enfim, com seu ser por inteiro. Talvez desse modo possamos ir ao encontro de E4, avançando na composição de redes de atenção psicossocial, o que seria uma excelente contribuição para problematizar os processos de trabalho centrados no cuidado em liberdade.

Cabe ao CAPS, como agência terapêutica, propor em sua agenda uma clínica baseada no sujeito, tirando o serviço da invisibilidade e ampliando a teia de diálogos com a comunidade, ou seja, com todos que fazem parte do cuidado (a vizinhança, a família, a educação, a igreja e outros dispositivos de atenção), contribuindo pela busca de equidade (SANTOS; NUNES, 2011).

Portanto, a existência de diferentes territórios, que se sobrepõem em determinados momentos, complementam-se e contradizem-se, trazem o seguinte desafio ao campo mutável e instável, porém dinâmico, da Reforma Psiquiátrica: é preciso conviver com as diferenças de opiniões, com as contradições e com as possíveis interfaces. Não se faz cuidado sozinho; é preciso conversar, dialogar e problematizar. Cuidado se constrói junto, na relação, na expectativa do encontro, na potência disso. Assim poderemos constituir novos saberes e práticas no contexto da Reforma, valorizando o protagonismo do sujeito.

Dessa maneira, as concepções de território que apresentam as diversidades de territórios (o território vivo, composto de múltiplas forças e teias de relações, o território simbólico e o território das relações sociais) podem ajudar-nos a compreender a atuação do profissional de saúde mental no tema da utilização das drogas. Essa atuação se amplia à medida que incorpora não apenas os serviços de saúde, mas também a ampla rede de atenção psicossocial, o cotidiano do serviço, o espaço da comunidade, a gestão em saúde e os processos de trabalho, considerando que a realização dos processos de trabalho vão desde a delimitação territorial para atuação do

serviço até a compreensão do contexto do usuário e do trabalho no espaço social, que é vivo e dinâmico. Assim, essas ideias serão trabalhadas com maior ênfase na categoria a seguir, que utiliza os elementos que constituem as concepções de território para analisar a gestão do cuidado no território ao usuário de crack como um campo multifacetário.

6.2 Gestão do cuidado no território

A expansão conceitual da ideia de território precisa se libertar de um ranço ideológico conservador. Precisa-se esboçar uma concepção bastante alternativa de desenvolvimento, na qual a questão da territorialidade autônoma assuma uma importância capital (SOUZA, 2001).

Nesse contexto, reporto-me às ideias de Marcelo Lopes de Souza para dar início à discussão sobre gestão do cuidado no território, pois ele define bem que tipo de gestão estamos propondo. Trata-se de uma gestão que não se limita a uma concepção somente ligada a questões técnicas e administrativas, ao poder do estado sobre o Sistema Único de Saúde e ao papel dos gestores na construção de estratégias para melhoria dos serviços. A gestão proposta se amplia à medida que é construída por diversos atores sociais, que incorpora o cotidiano dos trabalhadores, dos usuários e da rede social, e é formada por territorialidades autônomas, considerando que cada sujeito que pertence a certo espaço tem o poder de territorializá-lo.

Falar da gestão de um ângulo automista significa falar de autogestão. Analogamente, falar de planejamento é defender um autoplanejamento, isto é, não apenas o realizado por esquemas de cogestão entre o Estado e a Sociedade Civil, mas também o construído de forma horizontal pelas coletividades (SOUZA, 2006).

Nesse sentido, é possível discutir uma gestão multifacetária, com diversas dimensões, a saber: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. A gestão individual depende de cada sujeito, é o “cuidar de si”, levando em consideração que cada indivíduo pode fazer escolhas na vida, movimentar-se, ter autonomia para se cuidar. A dimensão familiar é importante em diferentes momentos da vida do indivíduo, nos quais ele conta com seus familiares, vizinhos, amigos no cuidado a saúde (CECÍLIO, 2011),

A dimensão profissional é aquela que se dá no encontro entre profissionais e usuários, e nucleia o território da micropolítica em saúde. A dimensão organizacional é marcada pelo processo de trabalho, dependente da ação cooperativa de diversos atores para alcançar os territórios marcados. A dimensão sistêmica são os movimentos dos usuários pelo Sistema de

Saúde, seus itinerários pela rede. E, por fim, a dimensão societária é o papel do estado na sociedade, a construção de políticas públicas e políticas sociais (CECÍLIO, 2011).

Essas dimensões não ocorrem separadamente; há conexões entre diversas dimensões, produzindo uma rede complexa de pontos, atalhos, caminhos e possibilidades (CECÍLIO, 2011). Desse modo, imagina-se uma gestão de cuidado no território para o usuário de crack levando em consideração que a atenção psicossocial precisa ser pensada nos diferentes territórios, nas diferentes dimensões de cuidado, da macropolítica para o micropolítica e vice-versa, a fim de construirmos redes de saúde que reconheçam a existência de um território rico de forças vivas e autonomia.

A concepção de território do trabalhador trazida na discussão da categoria anterior aponta a consciência de um território amplo, rico e complexo, e a necessidade de atuação no território vivo do usuário. Assim, a partir dos conceitos sobre território, a equipe aborda a necessidade de planejamento e gestão, a delimitação do território para ações do serviço, as dificuldades enfrentadas no cotidiano, bem como as estratégias pensadas para atuar e gerir o território. Todas essas questões apontam a gestão de cuidado no território como um campo multifacetário, formado no encontro entre trabalhador e usuário no contexto do serviço, nos locais de vida, na micropolítica do trabalho, bem como no macropolítico do cuidado, envolvendo estratégias na construção de políticas públicas e no planejamento e gestão do território.

6.2.1 A ocupação do território: delimitação do espaço e compreensão do contexto do usuário

Pensando o território como local de atuação dos serviços, formado por múltiplas dimensões, os trabalhadores abordam a necessidade de delimitação territorial para ações em saúde mental e melhoria do acesso do usuário ao serviço:

“Olha, tem uma concepção que vem do que eu li sobre saúde coletiva, assim, que território seria dentro de uma macrorregião. Seriam microrregiões aonde acontecem as ações de saúde... É, isso é uma coisa mais concreta, eu entendo isso, que território são subdivisões do território, que é uma dimensão espiral, assim. É um território dentro do outro: nós estamos em Viamão, que é Rio Grande do Sul, que está dentro de uma macrorregião. Esses territórios de saúde não respeitam as fronteiras, que são a fronteiras administrativas, que são as políticas, mas tu tens que delimitar de alguma forma para você poder conseguir conduzir alguma ação dentro daquele território... Na nossa atuação, como nossa ação é secundária, por vezes ocorre que a ação é terciária, acaba sendo o CAPS. A gente acaba apartando toda Viamão, inclusive usuários que têm raiz em Porto Alegre, também, e assim eu não consigo ver se tem uma região

específica de Viamão que use mais o nosso serviço ou alguma especificidade de área, assim, não sei...” (E8)

“Primeiro tu conheces aquela região e aquele território e depois tu vê o que precisa fazer de ações de saúde para a promoção no que é a demanda em uma área especial. Dividir a atenção em territórios, em lugares, é essencial, porque tu precisas de um foco de ação, em primeiro lugar. Por exemplo, a gente sabe que determinado lugar tem uma ‘boca’, usando o exemplo do nosso serviço de álcool e drogas, e aí a gente sabe que naquele local terá mais pessoas com propensão a problemas com o uso de substâncias...” (E8)

“Eu acho que território seria nossa área de abrangência de atendimento.” (E3)

Nota-se, nos depoimentos de E8 e E3, que a delimitação territorial é uma estratégia de gestão do território, em que a organização macropolítica³⁰ da rede, na qual se dividem os territórios de abrangência, interfere na condução das ações no cotidiano do serviço, ou seja, em sua micropolítica³¹. Uma gestão “multifacetada”, composta por essas duas dimensões, precisa da delimitação das zonas e dos locais onde os serviços vão atuar. Trata-se da necessidade de pensar “para o cotidiano”, ou seja, não basta termos serviços de saúde sem considerarmos a população-alvo, seu modo de vida e as regiões em que esse serviço irá atuar. É nesse sentido que entendo que uma delimitação territorial inadequada pode prejudicar a atuação dos serviços, dificultando a compreensão da realidade do usuário.

Na história do SUS, a delimitação territorial surgiu na década de 1980, com o Movimento da Reforma Sanitária. Percebeu-se a desintegração da oferta de serviços, que existiam mais unidades em alguns lugares e ausência em outros, a excessiva centralização (que causava dificuldades na tomada de decisões em lugares distantes), a baixa cobertura assistencial, bem como irresolutividade e fragmentação de ações e serviços. Como consequência da superação desse quadro, a constituição de 1988 apontou princípios

³⁰ A macropolítica é formada por seus componentes macroestruturais (econômicos, políticos e sociais), apontando como a sociedade, o capitalismo, a industrialização, a economia e a política interferem na construção de políticas sociais e de saúde. Percebe-se, ao longo da história, uma preocupação maior com esse campo, em que a gestão percebe o território como área a ser normatizada e controlada. A saúde pública, por exemplo, possui uma herança de preocupação predominante de determinantes externos, a epidemiologia dos grandes números, produzindo pouca articulação com o campo interno, ou seja, a micropolítica (CECÍLIO, 2011).

³¹ É o campo interno, composto pelas organizações internas dos serviços, suas articulações com a rede e o cotidiano das pessoas. Pode ser definida como o território onde se realiza o último ato de cuidar na intimidade dos serviços e no trabalho do profissional junto ao usuário. Esse campo, assim como o da macropolítica, é essencial na gestão do cuidado em saúde (CECÍLIO, 2011).

doutrinários como universalidade, equidade e integralidade, e, como diretrizes organizacionais, a regionalização³² e a municipalização³³ (GONDIM et al., 2008).

Atualmente, o Pacto de Gestão³⁴ reafirma a regionalização como diretriz fundamental do SUS, devendo reconhecer as regiões de saúde e suas singularidades, em cada Estado e no Distrito Federal. A região de saúde deve organizar a rede de saúde para atender e assegurar a universalidade de acesso, a integralidade e a equidade. As regiões de saúde precisam assegurar graus de resolutividade a um território definido e dar poder ao município para que ele organize sua rede. Com o Pacto de Gestão, existe a proposta de uma gestão compartilhada entre Estado e município (BRASIL, 2006).

Um dos instrumentos da regionalização é a territorialização³⁵ em saúde, que possibilita a percepção das condições de saúde e de vida da população de uma área adscrita. Trata-se de uma das ferramentas básicas para o Planejamento Estratégico Situacional³⁶, que permite espacializar e analisar os principais elementos e relações existentes em uma população, além de determinar o grau de suas necessidades sociais e de saúde. Assim, para a organização das

³² Definia a organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, localizados em áreas geográficas delimitadas e com populações definidas. Dessa forma, organizava-se um polo assistencial que articulava a rede de saúde de cada município e Estado para dar cobertura ao contingente populacional delimitado, visando a integralidade (GONDIM et al., 2008).

³³ Trazia como ideia para um novo desenho organizacional a noção de território e a necessidade de delimitação territorial para cada serviço de saúde ser capaz de trabalhar com resolutividade os problemas de sua população. No processo de municipalização, podem ser identificados diversos territórios, como: 1) o território-distrito, que é uma organização político-administrativa; 2) o território-área, que se trata da área de abrangência da unidade de saúde; 3) o território-microárea, que é a delimitação com homogeneidade na situação sócio-econômica sanitária; 4) o território-moradia, que é o lugar de residência da família (GONDIM et al., 2008). Esses processos foram consolidados, no âmbito do SUS, a partir da regulamentação das Normas Operacionais Básicas, em especial a NOB/96 e a NOAS/2002. A NOB/96 deu ênfase ao processo de municipalização dos serviços, sendo necessário o repasse do financiamento das ações de saúde dos Estados aos municípios. Já a NOAS/2002 se preocupava com a regionalização da assistência, retomando o poder do Estado, a partir de polos de atenção para dar maior capacidade resolutiva às necessidades de cada região (MENDEZ, 2002; GONDIM et al., 2008).

³⁴ O Pacto de Gestão, juntamente com o Pacto pela Vida e o Pacto em Defesa do SUS, são dimensões que fazem parte do Pacto pela Saúde, que é um instrumento que visa produzir mudanças significativas nas normativas do SUS. A finalidade é qualificar a gestão pública do SUS, buscando mais qualidade e eficiência. O Pacto pela Saúde muda a forma de pactuação do SUS por meio de normas operacionais, fazendo com que haja uma gestão compartilhada entre estados e municípios, aumentando a autonomia de ambos e definindo melhor a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo (MACHADO et al., 2009).

³⁵ Historicamente, a territorialização está ligada à organização da rede em espaços territoriais definidos, como a atenção básica e a vigilância em saúde. Elas necessitam de um território definido e delimitado para suas ações, como os bairros, uma área de abrangência com famílias adscritas e uma equipe responsável pelo cuidado a essa população. A territorialização é observada também na saúde mental com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual se observou a grande ênfase na implantação de redes sócio-sanitárias, municipais e territoriais, sendo o CAPS um dos serviços com base territorial dessa rede (BRASIL, 2002; GONDIM et al., 2008).

³⁶ Instrumento de Carlos Matus (1989) que propõe o desenvolvimento de sistemas locais de saúde tendo como base a teoria da produção social, a qual afirma que a realidade é indivisível e que tudo o que existe na sociedade é produzido pelo homem. Assim, o Planejamento Estratégico Situacional deve ser pensado de forma contínua e ascendente, como forma de ordenamento de um território definido. A partir do território definido, o planejamento é pensado e materializado a partir das informações territorializadas das condições de vida da população da área (GONDIM et al., 2008).

redes e dos processos de trabalho dos serviços de saúde territorializados, é necessário o reconhecimento do território e de seu contexto de uso, pois eles materializam interações humanas e problemas, dando subsídios para o planejamento em saúde (GONDIM et al, 2008).

A importância da territorialização é trazida por E3 e E8 na efetivação das ações do CAPS AD. Esse serviço, inserido em um território definido, deve trabalhar na perspectiva das necessidades observadas no contexto do usuário. Quando E8 afirma que existem lugares com maior propensão para usuários de drogas, demonstra que o processo de territorialização do SUS em Viamão precisa incorporar a existência de diversidade territorial e desenvolver processos de trabalho que analisem essas particularidades.

Na atenção psicossocial, ressalto a territorialização como instrumento da regionalização essencial para efetivação de ações dos serviços substitutivos. É necessário utilizar subsídios para delimitar e conhecer os espaços de circulação dos serviços, incorporando novas práticas capazes de conhecer o usuário, seu modo de vida, suas demandas e suas relações.

A fala a seguir demonstra o campo múltiplo da gestão do cuidado no território, onde as organizações macropolítica e micropolítica estão intimamente ligadas à atenção às necessidades singulares de cada usuário:

“A gente consegue atuar. É que tem às vezes as visitas domiciliares que a gente vê que determinado lugar de Viamão tem mais áreas as quais a gente vai mais com as VD’s e têm determinados locais que o pessoal consegue acessar mais fácil o CAPS. Por exemplo, aqui na região central, o pessoal consegue vir mais fácil para o CAPS do que as pessoas dos bairros. Inclusive, a gente teve um caso que um usuário de álcool que precisava do tratamento do CAPS e ele morava em, num lugar mais afastado e, enfim, não conseguia vir, porque tinha que pegar dois ônibus e não sei o que, e aí ficava complicado o acesso. Têm que ser feitas articulações para que nenhum local desse território fique descoberto...” (E8)

E8 reflete sobre o acesso dos usuários ao serviço, apontando que há diferenças no acesso³⁷ em função da localidade e moradia do usuário. Quando o usuário reside em uma região mais distante, precisa da cobertura de ações e conexões do serviço com a rede para a melhoria do atendimento. É o caso dos usuários que estão distantes do serviço, e muitas vezes não o acessam (ou o acessam com dificuldades) por conta do grande deslocamento geográfico ou das consequentes barreiras econômicas. É necessário, como destaca Assis e Jesus (2012), haver

³⁷ Entre as dimensões que estão relacionadas ao acesso estão: 1) a política, que corresponde à pactuação entre instâncias estadual e municipal, bem como a participação popular no processo; 2) econômico-social, que se refere ao investimento na rede pública e as barreiras econômicas, sociais e culturais; 3) organizacional, que se trata do fluxo de atendimento e das barreiras geográficas; 4) técnica, que são a integralidade na atenção, o vínculo, o acolhimento e a corresponsabilização compartilhada; 5) simbólica, referente à cultura, às crenças e aos valores dos usuários que influenciam em sua escolha e acesso ao serviço (ASSIS; JESUS, 2012).

coerência entre as ofertas e coberturas do serviço e os desejos dos usuários, indo ao encontro da equidade como premissa fundamental para garantir saúde no SUS.

Desse modo, a gestão do cuidado no território na saúde mental precisa considerar o acesso do usuário ao serviço, as barreiras e as facilidades para tal. O acesso vai desde a constituição do espaço geográfico até ao contexto socioeconômico dos usuários, suas necessidades individuais, suas crenças e culturas, e à adaptação dos serviços para essas demandas. Observando esses fatores, percebo a necessidade da composição de uma rede responsável e comprometida com o usuário por inteiro.

Nessa perspectiva, o acesso do usuário ao serviço, bem como do profissional ao território do usuário, é abordado por outros trabalhadores da equipe, que demonstram a necessidade de ocupar e conhecer o território de vida dos sujeitos:

“Quando ele passa a buscar um tratamento, daí o território se expande. Ele não conhece todos os serviços que ele pode utilizar, como, por exemplo, a cultura, a educação, saúde e às vezes, quando ele faz um tratamento de saúde, ele passa se conhecer, passa a frequentar. Então eu acho que basicamente o território é, na verdade, tudo é nosso território, mas às vezes a gente não conhece todo ele, então fica basicamente freado o território que ele vive que o cotidiano lá bairro trabalha. A maioria das vezes fora disso ele só passa a conhecer no momento que ele vai buscar um tipo de apoio, um tipo de ajuda. E às vezes falta uma apresentação do usuário no território dele é muito maior que daqui, que talvez levasse ele a não consumir drogas, que o tempo que ele tem ao invés de consumir drogas fazer outras coisas. O território é dele, mas talvez ele não conheça, e ele só passa a conhecer no momento que ele aciona o serviço...” (E6)

“A gente não consegue, e talvez não seja nosso papel em muitos casos, talvez em alguns, sim, de estar junto nessa caminhada, nesse território, de estar fazendo isso junto. Mas, ao mesmo tempo, a gente traz isso na conversa: ‘como é que é o bar? Quem é que está no bar? Não dá pra passar por outra rua, nesse momento, que não seja no bar?’. ‘Ah, eles tão ali me chamando para pegar alguma coisa, eu sei que ele tem fácil, hoje eu vou fazer não sei o que lá.’ Então, quais são as estratégias? ‘Dá pra comer alguma coisa e dormir mais cedo, só hoje?’ ‘Amanhã a gente vê. ‘Olha a tua magreza, então vamos tentar se alimentar um pouquinho melhor.’ Então são estratégias que acho que o território de quem é usuário, e usuário pesado, e que já tem todo um circuito fechado, o circuito faz parte disso, mas ele não codifica o território. Têm algumas zonas aonde tem outro tipo de relação e são nessas horas que a gente procura estar habitando, dando força para que isso cresça e que esse circuito perca força. A gente tenta pensar nessa estratégia, porque, se ele está aqui, por mais que ele já esteja muito ligado a isso, se ele vem ao CAPS ou se aceita a ajuda fora daqui, é porque ele aceita que tem alguma coisa melhor para a vida dele e é nisso que a gente sublinha, é isso que a gente põe na luz, assim, que a gente tenta trabalhar, nisso que são as linhas de fogo desse circuito, né...” (E1)

“A gente fala muito, né, a gente falava do processo pro usuário acessar o CAPS, ele geograficamente tá colocado... Então, o usuário, a gente pode entender que ele tem dificuldades de acessar o CAPS, mas enquanto o CAPS nesse território subjetivo não for questão, o território não vai ser habitado, não vai ser frequentado, o CAPS não vai ser parte do território, ele só passa por parte de ser território quando isso é subjetivamente colocado pros sujeitos. Eu estou falando no exemplo do CAPS, mas pode ser qualquer coisa, o trabalho, as pessoas...” (E7)

E6, E1 e E7 abordam a articulação entre os territórios, relacionada tanto à ocupação do usuário do serviço de saúde quanto ao serviço ocupando o território. Uma interface que provoca melhorias e qualidade no acesso do usuário ao serviço, justamente pela concepção de que o serviço faz parte dessa rede de relações do usuário.

No entanto, E6 propõe o acesso ao serviço como opção para o usuário ampliar seu território, conhecer outros dispositivos e transformar sua relação com a droga. Por outro lado, E1 e E7 avaliam não só a necessidade de o usuário habitar o espaço do serviço, como também a de os profissionais habitarem o contexto do usuário, construindo uma relação de trocas entre diferentes ambientes. Por conseguinte, o acesso do usuário ao serviço vai além de barreiras geográficas, sendo compreendido pela necessidade do profissional acessar o território subjetivo, simbólico e social do usuário, para que, assim, possam construir estratégias de cuidado que conversem com as necessidades, os desejos e as realidades de cada sujeito.

Esse debate enseja uma conexão com as prerrogativas da atenção psicossocial. Otsuka (2009) aponta que a “casa” é a referência do cotidiano das pessoas, a base de sua história de vida, referência de sua construção afetiva e social. Os serviços de saúde podem construir uma “ponte” para novas relações sociais, ajudando a organizar a vida cotidiana do usuário. Dessa forma, estará atuando na reinserção social ao exercer uma função de mediação, preparação e instrumentalização para a vida no território. Embora muitas vezes tragam um caráter de dependência, os serviços podem gerar autonomia.

Para DaMatta (1997), a “casa” simboliza o espaço de hospitalidade, enquanto a “rua”, o espaço perigoso. Para esse autor, a casa e a rua são espaços diferentes, mas que se complementam, já que alguns grupos sociais podem tornar da rua um espaço fechado, fazendo dele uma “casa” ou um “ponto”. Santos e Nunes (2011) observaram a “rua” como o maior espaço de negociação dos usuários, composta também por relações estabelecidas com vizinhos e estabelecimentos comerciais. O serviço de saúde é um local “bom”, do qual os usuários “gostam”, porém é um local de complacência, onde os profissionais avaliam suas vulnerabilidades psicossociais dentro de uma comunidade de iguais: os usuários do CAPS. Na rua, as relações sociais exigem outros tipos de trocas, ampliando seu espaço de negociação.

Os estudos de Otsuka (2009), DaMatta (1997) e Santos e Nunes (2011) ajudam a compreender a necessária articulação entre os diferentes territórios, já que a casa e a rua são apontadas como espaços importantes de trocas sociais. Em relação ao uso do crack, vários usuários utilizam a rua como sua casa, na medida em que habitam e fazem uso da droga em espaços públicos. Sentem-se protegidos, acolhidos, nesse cenário, sem estigmas ou preconceitos, uma vez que o uso não é isolado, mas em conjunto, partilhado com outros

usuários. Portanto, para aquele usuário que está sob efeito da droga, o serviço de saúde mental poderia representar um espaço mais asséptico, podendo causar estranhamento.

Assim, a relação que o indivíduo possui com seu espaço social é essencial na construção do cuidado. O CAPS, dessa maneira, só se tornará um instrumento capaz de produzir uma relação e um lugar social diferentes para a loucura e o uso de drogas, em seu dia a dia, em seu cotidiano, se inventar outro modo de funcionar, de organizar e de se articular com a cidade (LEAL; DELGADO, 2007). É o que podemos depreender das falas de E1 e E7, quando afirmam que o CAPS ainda precisa encontrar uma estratégia para conhecer essa realidade e se aproximar do contexto do usuário.

Embora reconheçam a necessidade de uma gestão de cuidado no território, com uma interface com a realidade do usuário, os trabalhadores sinalizam que o fato de não avançarem na constituição de uma prática para fora de seus muros ainda é resultado do “encapsulamento” do CAPS:

“Mas eu, falando como serviço, e como serviço específico e único no município, é difícil atender ao território, entendeu? Atender todo mundo, ver todo mundo, ou pelo menos, sei lá, acessar os outros lugares que, sei lá, quilombola, indígena, é muito grande Viamão, né? Então tu te sente meio que... Como é que eu vou te dizer? Impotente, né? Por que às vezes, muitas vezes, tu tem que esperar alguém acessar o serviço pra ti poder conseguir iniciar algum trabalho naquele local, pontualmente, né? Por que aí, se tem demanda, aí para, vamos lá, por que se tu parar simplesmente pra ir, não consegue, né? Existe muito além desse nosso microterritório aqui, né, no dia a dia, digo, tu te toma muito por isso aqui e o fora tu não consegue ver. Pra mim é isso assim...” (E3)

“O território do CAPS é ainda dentro, encapsulado...” (E1)

E1 utiliza o termo “encapsulado”³⁸ para assinalar o CAPS ainda como um território restrito ao contexto interno do serviço, com pouca articulação com a comunidade.

E3 ressalta a falta de um território definido como o problema central da dificuldade de saída do CAPS para o contexto externo, provocando um aumento da demanda do serviço e a impotência do trabalhador na busca de outras estratégias de acesso. O profissional reconhece o CAPS como um “microterritório” formado pela relação trabalhador-usuário e seu processo de trabalho ainda internalizado, e afirma que o ideal seria o acesso a outros locais e populações para o cuidado, bem como a visualização de um contexto externo ao serviço.

³⁸ O termo “encapsulado” remete a um sentimento de aprisionamento da equipe de saúde “dentro” do serviço, pouco se articulando com a comunidade. Demonstra a necessidade de maior cuidado para não serem reproduzidas velhas práticas características do modelo manicomial e a busca de projetos terapêuticos que incorporem a singularidade dos usuários e sua relação com seu território (WETZEL et al., 2011).

Há vários estudos trazendo essa questão (SILVA; PINTO; JORGE, 2009; BARROS; JORGE; PINTO, 2010; CALICCHIO, 2007). Segundo eles, as ações na atenção psicossocial continuam focadas na clínica tradicional, baseadas no controle, tutela e medicalização da vida. Observa-se um processo de trabalho voltado para dentro do serviço que pouco trabalha e dialoga com as subjetividades dos sujeitos. A busca de práticas que reforcem a autonomia e a emancipação dos usuários, reconhecendo o contexto em que os sujeitos estão inseridos e visando a produção de vida como objeto, é um desafio.

Oliveira, Andrade e Goya (2012), em um estudo no município de Fortaleza/CE, também destacam as dificuldades de acesso do CAPS ao território do usuário, abordando que o CAPS está aberto à comunidade, desde que ela o acesse, mas não se constitui ainda num campo comunitário. O serviço possui ações tímidas no território dos sujeitos, fazendo com que seus trabalhadores fiquem “presos” na demanda interna dos serviços. Diante disso, corremos o risco de uma institucionalização das práticas de cuidado ditas substitutivas (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012).

Observa-se que, apesar das transformações no campo da saúde mental, os serviços substitutivos ainda encontram barreiras na realização de um processo de trabalho que se insira no território. A equipe ainda permanece em um modelo hegemônico de institucionalização, que enfraquece a complexidade do cuidado (PINHO; HERNANDÉZ; KANTORSKI, 2010).

Segundo Leal e Delgado (2007), o que possibilitará que as atividades realizadas no CAPS ofereçam articulação com a trama do território é tomar a noção de território como ideia viva, processual e dinâmica. Ela deve atravessar todo o processo de trabalho do CAPS, investindo em atividades realizadas dentro do serviço que ganhem sentido por estarem articuladas com as experiências de vida fora do CAPS. A dicotomia dentro/fora, então, relativiza-se. Nessa perspectiva, é preciso superar a nova institucionalização promovida pelo CAPS, que expressa frequentemente o que deveríamos produzir na vida desses usuários, instrumentalizá-los para “seguir em frente”, ou seguir “para sempre com eles”.

A proposta da relação entre o CAPS e outros espaços, como a comunidade e a rede intersetorial de saúde, é uma necessidade do modo psicossocial, que faz com que o serviço se estenda para o território, vise ações de integralidade, considerando as demandas complexas do usuário. Na prática, observa-se a dificuldade da relação entre o CAPS e o território, o que reforça a reprodução de um modelo cronificador, característico do modo manicomial (WETZEL, 2011).

A preocupação do CAPS em não se “encapsular” é apresentada em uma pesquisa, na qual Kantorski et al. (2010) trazem a experiência de um município do interior do Rio Grande

do Sul que busca constantemente uma organização interna do serviço que provoque mais “saídas para fora”. Iniciativas como projetos na comunidade, participação em eventos, passeios, festas, viagens e exposições de trabalhos dos usuários mostram-se como estratégias que provocam movimentos do serviço com o intuito de inserção no contexto da sociedade.

Além da necessidade de novas práticas do CAPS que o articulem com a comunidade, é importante que a rede intersetorial trabalhe em conjunto, dando cobertura às suas ações e tendo uma responsabilidade compartilhada na atenção ao usuário de crack. Entendo que a rede também pode provocar o “encapsulamento” do CAPS, ao remeter-se a ele como o “centro” do cuidado em saúde mental, como se ele fosse a única referência, o “ordenador da rede”.

A proposta do Ministério da Saúde no ano de 2002 provoca algumas reflexões sobre a questão do CAPS ser o “ordenador” da rede. Os questionamentos exprimem ao que esse termo pode remeter se relacionado ao papel do serviço na rede. O termo pode indicar a necessidade de uma relação horizontal com os outros dispositivos, articulando-se a eles em um papel de agenciamento, como também remeter ao papel de centralidade do CAPS, em uma relação piramidal, de hierarquização (CAMPOS; FURTADO, 2006).

Compreendo, assim, que, quando o processo de cuidar em saúde mental se centraliza a partir do CAPS, suas dificuldades de “saída” para comunidade aumentam. Para superar isso, é necessária a distribuição de responsabilidades pela rede intersetorial, com a corresponsabilização pelos usuários.

Pensar o cuidado no território é refletir sobre as dificuldades e limites que são apresentados no cotidiano da atenção em saúde, na gestão dos territórios, no contexto do usuário, e sobre quais as estratégias podemos realizar dentro e fora dos serviços de modo a promover a reabilitação psicossocial. Os problemas além da delimitação territorial se caracterizam como a falta de uma organização interna dos serviços que trabalhem na perspectiva do território como força viva, que desenvolvam atividades que contemplem o saber e o viver do usuário e que busquem processos de trabalho que reforcem a saída do profissional para o espaço comunitário. Aponta-se também a necessidade de uma rede intersetorial fortalecida que se corresponsabilize em conjunto com a atenção em saúde mental, retirando do CAPS o papel de única referência. Mesmo que este seja o serviço estratégico nesse processo, não deve ser o único responsável ou o centralizador do cuidado.

6.2.2 Estratégias de cuidado no território

O cuidado no território propõe uma nova maneira de fazer clínica, diferente da clínica tradicional (baseada no controle e na tutela). Essa nova clínica considera o usuário como ator ativo no processo do cuidado, incorporando sua experiência de vida e seu local de moradia na constituição de novas ações de saúde mental.

No subtema anterior, a equipe de trabalhadores apontou uma diversidade de dificuldades e limites relacionada à gestão do cuidado. No entanto, traz algumas estratégias que podem ser fundamentais nesse debate:

“Então, a ideia de formar uma equipe itinerante é pensando nisso, que é esses usuários que não vêm ao CAPS, que não têm o CAPS como parte, às vezes tem, mas não tem como... Enfim, já vieram aqui uma vez e não voltaram mais, não acreditam que o CAPS possa ser um serviço que ajude, que não tem uma organização subjetiva pro CAPS ser um território ocupado, e por aí que a gente vem pensando: não, mas temos que ir ao encontro a essas pessoas, a gente tem que ir pra rua, a gente tem que ir, a gente tem que ir onde o povo está, é uma metáfora também, uma brincadeira que a gente faz. E daí, tá, pensamos mais estruturalmente e nomeamos assim, tentamos nomear de Equipe Itinerante, e o plano é que diariamente a gente tenha uma equipe, que não é a equipe toda do CAPS, porque a gente precisa ter pessoas aqui dentro também, mas uma parte da equipe que vá fazer essa inserção no território e aí o território pode ser a casa, pode ser a rua, pode ser o sujeito singularmente, pode ser um grupo, pode ser uma zona vulnerável, uma região vulnerável, pode ser um familiar, pode ser uma comunidade terapêutica, com a ideia do CAPS, da rede, da possibilidade de um outro projeto de vida se fazer possível...” (E7)

“Temos muitos vetores de fuga no território geográfico, de ir atrás dos usuários, fazendo uma VD. Na medida em que temos uma família dentro de uma casa de um bairro, isso modifica alguma coisa nessas relações com o usuário, com o território...” (E1)

E1 e E7 apontam duas estratégias de cuidado que reforçam o espaço social como locus de atuação do serviço. E1 aponta a visita domiciliar como uma estratégia potente, já realizada pelo CAPS AD e debatida no item anterior, enquanto E7 propõe a criação de equipes itinerantes como possibilidade para o cuidado no território. Essa estratégia é adequada para usuários que não reconhecem no CAPS um dispositivo de cuidado, que possuam vínculos frágeis com o serviço e tenham dificuldades de acessá-lo. O profissional ressalta a importância de a equipe estar onde as pessoas estão, na rua, na cidade, na casa, propondo novos projetos de vida para a população e inserindo os profissionais nessa realidade.

Segundo Lemke e Silva (2011), o termo “itinerância”³⁹ tem sido utilizado na área das políticas públicas. É a utilização de tecnologias de cuidado que objetivam o deslocamento do

³⁹ Na atenção psicossocial, Lancetti (2006) aborda algumas experiências positivas de um modelo de cuidado que trabalha o território de vida dos sujeitos, a “clínica peripatética”. O termo “peripatético” significa andar, caminhar, ir até os usuários. Nesta nova clínica, percebe-se o encontro entre os profissionais e os usuários em seus territórios, abordando seus desejos e vivências na construção do cuidado. Algumas destas estratégias são trabalhadas como a

profissional até o território dos usuários. A itinerância busca maior cobertura de ações de cuidado ao alcançar grupos populacionais com maior dificuldade de acesso e de criação de vínculo, como moradores de rua, indígenas, nômades e usuários de droga, que não se adaptam ao modelo tradicional de tratamento dos serviços.

A equipe itinerante não deixa de ser um movimento político que age em contato com os elementos do território, afetando-o de algum modo e sendo afetado por ele. A construção da itinerância pode se dar por três elementos: o movimento de encontro com o usuário no território, os movimentos ocasionados pelo processo de acompanhamento do trabalhador com o usuário (construindo seu pertencimento no território) e, por fim, a invenção de novos caminhos no pensamento e no real social (LEMKE; SILVA, 2011).

Segundo o depoimento de E7, o CAPS é um serviço interno, devendo possuir uma equipe que trabalhe “dentro” de seu espaço. No entanto, a construção de equipes itinerantes traria a possibilidade de inserção do profissional no território do usuário, conhecendo seu cotidiano, o que ensejaria novas alternativas de cuidado e permitiria acessibilidade a usuários que não enxergam o CAPS como um local de cuidado. Para o profissional, essa seria a solução para a efetivação da proposta de cuidado no território.

Em contrapartida, E1 aborda a realização de visitas domiciliares como uma estratégia importante de inserção no território. Ele relata que o fato de o serviço estar em um espaço, em um bairro, em uma cidade, e de haver famílias e populações envolvidas, já aponta a necessidade de criar relações entre equipe e território, sendo a visita domiciliar uma estratégia de cuidado.

As visitas domiciliares objetivam a busca do usuário ao serviço, bem como a interação da equipe com seu ambiente e sua família. O ambiente familiar é essencial na reabilitação psicossocial, pois a família e sua rede social podem ser importantes aliados na reinserção no meio social e na adesão ao tratamento (WETZEL; KANTORSKI, 2005).

É importante destacar que a visita domiciliar se trata de uma atividade pontual no processo de trabalho: o profissional vai até a casa do usuário e retorna ao serviço de saúde, conhecendo o ambiente familiar daquele usuário, mas inserindo-se pouco naquele contexto. Já a construção de equipes itinerantes propõe uma mudança de modelo de cuidado: o profissional tem no território um espaço de atuação, visto que esse modelo provoca encontros entre usuários e trabalhadores por meio da inserção do profissional no ambiente de vida do usuário.

Dessa forma, a observação da complexidade movente do território provoca o encontro do trabalhador com os afetos, acidentes, potências e contradições advindas do contexto em que

Redução de danos, o acolhimento, o vínculo e a busca da valorização da experiência, dos sonhos e dos desejos dos sujeitos. Esta experiência de clínica, a meu ver, vai ao encontro da ideia de “itinerância”.

os usuários vivem. A exposição ao território pode provocar no profissional, em primeiro nível, a territorialização das práticas de cuidado, contextualizando com os modos de vida do usuário; em segundo nível, pode provocar a desterritorialização do pensamento, possibilitando saídas criativas e a busca por linhas de fuga (LEMKE; SILVA, 2011).

Assim, considero que experiências de itinerância demonstram que a ocupação do território dos sujeitos pelo profissional é uma estratégia potente na atenção ao usuário de crack. Isso porque há um deslocamento do olhar do trabalhador para o contexto da população. A estratégia de cuidado no território exposta por E7 corrobora esse tipo de processo de trabalho, que não se vincula ao contexto interno do serviço de saúde, mas aos espaços sociais da comunidade – o bairro, a cidade, o território –, incorporando-os como locais de cuidado.

Pensando o território como local de cuidado, espaço potente para prática em atenção psicossocial, E2 traz as seguintes colocações:

“Então, acho que isso também, falando um pouco na dependência química, em usuário de crack, a gente não pode deixar de pensar em projetos de vida, potência de vida de estar explorando essas questões no território daquele sujeito. E acho que, no serviço de saúde, a gente, aqui no CAPS AD, a gente tem a preocupação de ver aquele indivíduo além da doença. Se pensando a nível de usuário de crack no território a gente tem que pensar na família daquele sujeito, nos amigos daquele sujeito, no que aquela pessoa faz durante o dia, faz durante a noite, como é que ela se comporta em diversas situações, o que ela faz além do trabalho, o que ela faz além do CAPS, qual é o lazer daquela pessoa... E acho que, quanto mais possibilidades de oferta tiver nesse território, melhor para aquele sujeito estar investindo em outras possibilidades de vida, além daquele uso de substância química.” (E2)

E2 se demonstra preocupado com a construção de uma clínica do sujeito, que pense para além da doença e crie projetos de vida a partir do contato com a realidade dos usuários de crack, da relação com sua família, de seu cotidiano, de seus afetos e desafetos. A fala exprime a necessidade dos profissionais descobrirem sobre o sujeito, seu território e suas relações, visto que isso permite a construção de um cuidado potente e criativo. Investir nas possibilidades de cuidado no território é investir na vida e construir uma nova relação do usuário com a substância química.

Pensando a gestão do cuidado no território na saúde mental, percebe-se uma nova forma de organizar os processos de trabalho e produzir ações de cuidado. Busca-se o trabalho em equipe interdisciplinar a partir das necessidades individuais dos usuários, abarcando suas diversas dimensões: biológica, cultural, existencial, sócio-econômica, política e religiosa. Tendo o usuário como norte, seu território e a complexidade de formar projetos terapêuticos que reconheçam a amplitude de questões que envolvem o sujeito, a equipe precisa trabalhar em

conjunto, rompendo a fragmentação de saberes e hierarquização de relações (SAMPAIO et al., 2011).

Logo, existe a necessidade de uma nova clínica: a clínica dos coletivos. O conceito de clínica ampliada ou clínica do sujeito se mostra, portanto, pertinente. Ela traz a possibilidade de os profissionais investirem em outros aspectos do sujeito, não somente no biológico, considerando o contexto sócio-histórico, seus modos de vida e, enfim, seu território. É necessário deslocar da doença, centralizando na pessoa, saber o que ela manifesta de diferente, de singular, e buscando a construção de vínculo com o usuário (CAMPOS, 2007).

Trabalhar com a proposta de clínica ampliada é ligá-la à reprodução social do usuário, atribuindo um caráter de protagonismo ativo ao sujeito, como ser de direitos. A reforma da clínica moderna consiste em retirar a ênfase na doença e colocá-la no sujeito concreto, não desconsiderando a doença, mas assumindo-a como parte da existência das pessoas. Nessa lógica, o usuário é visto em sua integralidade, incorporando o processo social, cultural, biopsicossocial (CAMPOS, 2007).

A noção de território no conjunto de princípios e preceitos da clínica desloca o cuidado da doença para o sujeito que sofre. As ações de saúde começam, então, a acontecer onde o sujeito vive, observando o conceito de indivíduo e sociedade em uma relação de imanência e não oposição (LEAL; DELGADO, 2007).

Conseqüentemente, a gestão do cuidado no território está associada às formas de fazer clínica, sendo necessária a incorporação de uma clínica do sujeito no contexto dos serviços substitutivos. Com a formação e reformulação da clínica, temos a construção de projetos de vida que enxerguem o sujeito e seu espaço social em sua totalidade, trazendo a utilização de crack como parte da existência do indivíduo, e não como foco de atendimento. A possibilidade de nova relação do usuário com a substância pode ser possível com a criação de novos espaços de cuidado no território, bem como com a percepção das reais necessidades do sujeito, trabalhando a qualidade de vida e o usuário para além do crack.

Outro depoimento aborda estratégias de cuidado no território, trazendo-o para além de um espaço de cuidado, mas também como local de residência profissional:

“Território eu entendo como, têm várias formas de ver o território, o meu território com os usuários não só a serviço que eu trabalho, é também o local que eu resido. O que acho importante é, não acontece em todos os serviços de saúde, mas que eu acho que seria importante, seria relevante, tu morar no território que tu trabalha, daí tu tem uma percepção maior... Eu acho assim: no momento que tu reside no local do trabalho, eu acho que tu tem uma visão maior do território, né, porque antigamente o meu território era uma transição, Porto Alegre e Viamão, Viamão e Porto Alegre, e hoje eu conheço mais o lugar que eu moro, e ver as coisas diferentes, sem desdenhar o

colega que mora na zona sul de Porto Alegre, mas o o território que ele mora é diferente do lugar que ele trabalha. Ele talvez não veja aquela questão social como um problema que tá dentro do CAPS como cotidiano. Pra mim se torna mais fácil tendo o cotidiano dentro do trabalho e ele se torna uma extensão do serviço. Um exemplo que eu tenho disso é que vários usuários moram no lugar onde eu moro, eu venho de ônibus com ele, eu cumprimento eles, eles vem aqui, eu também cumprimento, então tem essa coisa que é uma continuidade do meu território de trabalho, ao mesmo tempo a minha residência, e isso cria um elo bem interessante, bem legal, tanto do tratamento do usuário, ou ter pertencimento do território meu com o dele do meu, que isso ajuda muito no acompanhamento do usuário, do serviço, ter uma consciência que ‘ah, não, essa pessoa tem os mesmo problemas que o meu, ele mora nem lugar precário...’ (E6)

E6 traz a importância de o profissional residir no mesmo território do usuário, o que possibilita que o trabalhador compreenda melhor o contexto em que o usuário está inserido, facilitando o trabalho no território. Essa ideia é utilizada na atenção básica do SUS, em que, nas Estratégias de Saúde da Família, o profissional agente comunitário deve residir no mesmo local de trabalho, aumentando o vínculo com os usuários e facilitando as ações de promoção de saúde para o território.

Pensando o cuidado no território como uma teia complexa, formada por diversos serviços, profissionais, usuários e dispositivos de cuidado, considera-se que o profissional não precisa necessariamente ter residência no território do usuário, desde que o “ocupe” na construção de propostas de cuidado, de modo que haja uma maior articulação em rede e de diferentes territórios.

Nesse contexto, a atenção básica pode ser uma importante aliada no cuidado ao usuário de crack. A Estratégia Saúde da Família se configura como a principal modalidade de atuação da atenção básica. Seus princípios propõem a atuação no território, o enfrentamento de problemas de maneira pactuada com a comunidade e a busca pela integração com instituições e organizações sociais, a fim de construir a cidadania (BRASIL, 2006).

A Reforma Psiquiátrica visa a integração entre diferentes serviços, dentre eles a atenção básica e a assistência social (BRASIL, 2010). A atenção básica, por ser um serviço com a proposta de ações no território e inclusão do usuário na comunidade, corrobora as ideias da atenção psicossocial, defendendo a necessidade de interlocução entre a saúde mental e atenção básica para a realização da integralidade na atenção ao usuário de crack.

Compreende-se, então, que o fato de os profissionais do CAPS residirem no mesmo território do usuário pode reforçar a ideia de que o CAPS é o “centro” da rede de saúde mental, única referência para o cuidado. No entanto, o CAPS deve ser um serviço voltado para o território, buscando a comunicação com outros dispositivos (LIBERATO, 2009).

Na prática, o desafio continua sendo a composição de uma rede móvel, flexível e resolutive, que facilite o trânsito do usuário e acolha suas diferentes demandas. No âmbito da gestão, buscam-se alternativas frente à demanda de linhas de cuidado e sistemas de referência e contra-referência para consolidação do desafio da construção de redes. Identificam-se, no momento, muito mais serviços isolados, fechados em suas rotinas, do que redes articuladas para atender a demanda do usuário. Para a composição de uma rede móvel, flexível e resolutive, são necessárias a comunicação e a busca por uma boa articulação entre dispositivos da rede (LIBERATO, 2009; SAMPAIO et al., 2011).

Assim, a gestão do cuidado no território precisa reconhecer a multiplicidade de suas dimensões, incorporando estratégias tanto no campo macropolítico como na micropolítica do serviço. É necessária a construção de redes de cuidado dispostas no território, que ampliem relações entre os trabalhadores e usuários, melhorando o acesso e a comunicação do serviço com a realidade do território. Os profissionais, usuários e familiares são atores deste processo de construção do cuidado no território, e o desafio é a consolidação de uma clínica do sujeito, que não se apoie somente na doença e na dependência química para elaboração de planos de cuidado. Precisamos de estratégias que incorporem o espaço social como local de saber e de prática, que mudem os paradigmas do cuidado, pois só assim será possível consolidar a proposta da Reforma no que se refere à cidadania, reabilitação social, acolhimento e inclusão dos usuários em seu espaço de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta dissertação de Mestrado, à qual dediquei dois anos de muito estudo e trabalho, reflito sobre a trajetória que me fez chegar até este momento, escrever estas considerações finais. Embora se tratem de considerações finais, podem ser o ponto de partida para muitos estudos que contemplem o desejo de pensar a Reforma Psiquiátrica, a saúde mental e o cuidado ao usuário de crack do lugar onde estão as pessoas, onde estão seus sonhos, onde estão suas vidas, o seu contexto social, político e histórico, o seu território.

Lembro-me de meus primeiros passos no Mestrado, de como foi a escolha de meu objeto de estudo e de quanto estudá-lo significou em minha trajetória acadêmica. A grande importância deste estudo em minha vida está relacionada à vontade de contribuir com o cuidado em liberdade, de sair para “fora” dos muros da instituição e de tentar pensar para além da saúde mental ligada ao biológico, mecânico e institucional. Para isso, imergi na interdisciplinariedade, outro grande desejo que sempre nutri, buscando em outras áreas disciplinares subsídios para evoluir no debate da Enfermagem Psiquiátrica e atenção psicossocial.

O objetivo de analisar a concepção de território dos trabalhadores de um CAPS AD foi atingido, tentando ultrapassar diversos desafios, como realizar um debate utilizando a Geografia atrelada à saúde mental, um campo pouco conhecido, mas que demonstra o quão importante é pensarmos o processo saúde/doença como um processo dinâmico, social, político, histórico e cultural. Outro desafio foi realizar uma pesquisa qualitativa, que implica estar em contato com o outro, ouvir seus depoimentos, as contradições, os pontos de vista, as diversas visões de mundo, e poder transmitir para a folha de papel uma verdadeira análise, que comporte tantas informações e significados quanto um discurso pode apresentar.

Os resultados da pesquisa demonstram uma concepção de território que é dinâmica e complexa, visto que envolve não somente o espaço geográfico do qual faz parte o serviço de saúde, mas também o cotidiano das pessoas, suas relações sociais, suas vivência no mundo, os desejos e as histórias de vida do usuário de crack. O território do uso do crack é apresentado para além do uso da substância e da dependência química, sendo um espaço rico de simbolismo, o lugar do usuário, que constrói sua identidade, suas escolhas e suas histórias de vida.

As concepções também refletem um território diverso e descontínuo, apontando os diferentes territórios, a saber: os serviço de saúde, a rede intersetorial, a rua, a casa e o espaço de vida do usuário. Esses territórios se complementam e se contradizem, e o desafio aqui é a articulação entre eles, de maneira a formar uma rede, uma teia complexa de relações. Nesse sentido, a utilização do conceito de território-rede ajudou a problematizar a existência da

diversidade territorial, a compreensão deste campo de forças constituído por poder e movimento.

Na atenção psicossocial, esses conceitos de território contribuem para pensarmos os processos de trabalho dentro e fora dos serviços, a percepção da necessidade de incorporarmos o território de vida dos usuários nas ações em saúde mental, sendo o norte para avançarmos no processo de desinstitucionalização. No que concerne a essa discussão, o termo desinstitucionalizar reflete a complexidade do cuidado que precisa perceber a existência e o estar do sujeito no mundo, suas reais necessidades, seus desejos, bem como o que realmente espera do CAPS AD e dos dispositivos de cuidado que aciona.

Tendo como norte os conceitos de território, a equipe de profissionais avança para questões de gestão do cuidado no território, abordando o planejamento e a gestão. Observa-se a necessidade da territorialização para efetivar ações dos serviços substitutivos, bem como organizar a rede intersetorial. O trabalhador aponta que, para cuidar no território, é preciso delimitá-lo e conhecê-lo, incorporando práticas direcionadas ao território de “uso” da população.

A falta de delimitação territorial do CAPS AD pode influir no acesso do usuário ao serviço, estabelecendo barreiras geográficas e econômicas. É importante, então, definir que o acesso é o profissional indo até o território do usuário e o usuário obtendo facilidades de habitar o território do serviço. Dessa forma, é organizar os serviços de modo a atender as necessidades de acesso da população, criando estratégias para autonomia, bem como o fortalecimento de dispositivos da rede intersetorial que abarquem a complexidade do cuidado e as singularidades dos sujeitos.

O acesso/ acessibilidade é pensado também para além de barreiras geográficas, levando em conta a necessidade de acesso do serviço ao território subjetivo, simbólico e cultural do usuário. Isso demonstra a necessidade de o CAPS AD ocupar o território do usuário, trazer o espaço da cidade, da rua, da casa para ser problematizado em seu processo de trabalho, ou ir ao encontro desse usuário em seu ambiente social. Logo, o acesso está intimamente ligado às ofertas do serviço para sua população e a forma como se articula com a cidade.

O trabalhador do CAPS AD discursa sobre as dificuldades e limites enfrentados no cotidiano do serviço, bem como sobre seus reflexos nos processos de trabalho. É evidente a dificuldade de “saída” para a comunidade e o “encapsulamento”, que se confronta com desafios como alta demanda de usuários para atendimento dentro do serviço, dificuldades de comunicação com outros dispositivos da rede e processos de trabalho ainda internos, que pouco promovem articulações com o território de vida do usuário.

As equipes itinerantes surgem como uma estratégia inovadora na saúde mental, fazendo com que o cuidado vá até o lugar onde as pessoas estão, conhecendo os espaços comunitários, a verdadeira realidade do usuário de crack, e possibilitando uma atenção em saúde que contemple os desejos, as vivências e os espaços sociais em que os usuários habitam. Essa estratégia é imprescindível para usuários que não reconhecem no CAPS um dispositivo de cuidado, que possuem vínculos frágeis com o serviço e têm dificuldades de acessá-lo.

As formas de “fazer clínica” podem criar uma nova relação do indivíduo com a droga. Uma clínica que visualiza o sujeito e sua existência em seu espaço social tira o foco somente da utilização da droga, buscando resgatar suas histórias de vida. Assim, pela percepção das reais necessidades do usuário, pelo interesse em conhecê-lo e contextualizar a utilização da droga, percebe-se uma clínica do sujeito que pode criar possibilidades para novos espaços de cuidado no território, visto que este é visto como uma teia de forças vivas, ampliando locais de trocas sociais e fortalecendo a autonomia e projetos de vida do sujeito.

O fato de o território de residência do profissional do CAPS AD ser o mesmo do território do usuário é apontado como estratégia de cuidado no território. Assim, torna-se importante problematizar que essa ideia é trazida na atenção básica, em que os agentes comunitários devem residir no mesmo local de moradia da população para que estreitem seus vínculos e ampliem seu ponto de vista acerca daquele contexto social. O território, na perspectiva de uma teia complexa de relações, que se articula, complementando-se e contradizendo-se, demonstra a necessidade de o CAPS se comunicar com outros dispositivos da rede, como a atenção básica. Portanto, essa estratégia de cuidado no território pode fortalecer a ideia de o CAPS AD ser o “centro” da rede e, muitas vezes, a única referência para o cuidado em saúde mental.

A gestão do cuidado no território é, portanto, um campo multifacetário, composto de diversas dimensões, que não devem ser analisadas separadamente. Assim, a micropolítica no cotidiano do serviço e na relação do usuário com o trabalhador interfere no contexto macropolítico, ou seja, nas políticas públicas e na organização de linhas de cuidado. Então, é importante que o território seja percebido como um espaço de relações sociais, composto pelas marcas da população, seus movimentos, as relações de poder e o contexto histórico, cultural e social do sujeito. Essa percepção contribui com o planejamento e a gestão de territórios, influenciando o cotidiano do trabalho de saúde, lá na intimidade entre equipe e usuário.

Consideramos que esta pesquisa é apenas o primeiro passo de um extenso caminho a ser ainda percorrido para pensarmos o cuidado ao usuário de crack para além dos muros e

instituições. Espera-se, dessa maneira, que este estudo possa servir de subsídio para novas pesquisas que tratem sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, R. C. F. et al. Etnografia da cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. **Saúde e transformação social**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 4-13, 2013.
- ALMEIDA, E. H. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 381-395, 2010.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. AMARANTE, Paulo (Org.). Rio de Janeiro: Ed. Trarepa, 2005.
- ALVES, C. F. O. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, n. 72, jan./mar 2009.
- ALVES, V. S. Modelos de Atenção à Saúde de usuários de Álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 25, p. 2309-2319, nov. 2009.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003. v. 3.
- AMORIM FILHO, O. B. **Reflexões sobre as tendências teórico metodológicas da geografia**. Belo Horizonte: IGC/UFMG, 1978.
- ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 207-215, jan. 2007.
- ARAÚJO, M.R, MOREIRA F. G. Histórias das drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AUGÉ, M. **Não lugares**: introdução a uma antropologia da supermodernidade. 9. ed. Campinas: Papyrus, 2012.
- BALL, A. L. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. **Addiction**, Oxford, v. 102, no. 5, p. 684-690, May 2007.

BARCELLOS, C. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: MIRANDA, A. et al. (Orgs.) **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BARIANI, E. Crack, corrosão da sociabilidade e inviabilização dos indivíduos. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 12, n. 133, p. 131-136, jun. 2012.

BARRETO, M. L. Debate sobre o artigo de Dina Czeresnia & Adriana Maria Ribeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-617, jul./set. 2000.

BARROS, J. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Escola de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: _____. **A instituição negada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. p. 99-133.

_____. **A Instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio 2010, Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**: caderno informativo. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

BÜCHELE, F. et al. A interface da saúde mental a atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 226-233, set./dez. 2006.

CAMATTA, M. W. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, 2011.

CAMPOS, C. M. S.; SANTOS, V. E.; SOARES, C. B. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

CAMPOS, R. O. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 16-22, 2009.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 51-67.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARRADAS, R. B. (Org.). **Condições de vida e situações de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

CASTELLS, M. **A Sociedade em rede**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

CASTEL, R. **A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr./jun. 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001. Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf. Acesso em: 23/04/2012.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2002. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. **A Instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade**. Assis: Unesp, 2006.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Campinas, 2004.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O Conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-613, 2000.

DAMATTA, R. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 5.ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DE LUCCA, D. Crack, exclusão e sociabilidade. **Contemporânea**, São Carlos, n. 1 p. 245-249, jan.-jun. 2011

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DI NOLA, A. Sagrado/profano. In: **Enciclopédia Einaudi**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1987. v. 12.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009 (CD-ROM).

FALK, M. L. R; RAMOS, M. Z.; SALGUEIRO, J. B. A rede como estratégia metodológica da política nacional de humanização: a experiência de um hospital universitário. **Interface**. Botucatu, v.13, supl. 1, p. 709-717, 2009.

FARIA, R. M; BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e Saúde**: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia na saúde do Brasil. Curitiba: UFPR, 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Netto. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999. (Estudos Filosofia v. 61).

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GEHLEN, I.; RIELLA, A. Dinâmicas territoriais e desenvolvimento sustentável. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 6, n. 11, p. 20-26, jan./jun. 2004.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GONDIM, G. M. M. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, A. C. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GONDIM, G. M. M. et al. **O território da saúde**: a organização do sistema de saúde e a territorialização, [2009]. Disponível em:
http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf. Acesso em: 27 mar. 2012.

GOULART, M. S. B. A Construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, jun. 2006.

GUBA, E. G; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

GULJOR, A. P. F. **Os Centros de atenção psicossocial**: um estudo sobre a transformação do modelo Assistencial em Saúde Mental. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

HAESBAERT, R. **O Mito da desterritorialização**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

HAMID, A. Crack: new directions in drug research. Part 1: differences between the marijuana economy and the cocaine/crack economy. **The International Journal of the Addictions**. New York, v. 26, no. 8, p. 825-836, Ago. 1991.

KAMKHAGI, V. R. Horizontalidade, verticalidade e transversalidade em grupos. In: BAREMBLITT, G. (Org.). **Grupos: teoria e técnica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 205-219.

KANTORSKI, L. P. et al. . Avaliando a política de saúde mental num CAPS: a trajetória do movimento antimanicomial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 1, p. 242-263, 2010.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. Série Políticas do Desejo.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira**: Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2007.

LARANJEIRA, R.; RIBEIRO, M. **Tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2012.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o Caps como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 137-154.

LEFEBVRE, H. **O Direito à cidade**. Trad. de Rubens Eduardo Frias. São Paulo: Centauro, 2001.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 979-1004, 2011.

LEVY, A. **O Posicionamento clínico: ciências clínicas e organizações sociais**. São Paulo: Autêntica, 2001.

LIBERATO, M.D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009. (CD-ROM).

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JÚNIOR, A. A Proposta de reabilitação psicossocial de saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-456, maio/jun. 2006.

MACEDO, C. M. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil**. 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatica-no-brasil>>. Acesso em 20 out. 2012.

- MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 181-187, 2009.
- MACHADO, C.V. Prioridades de Saúde no Brasil nos anos de 1990: três políticas, muitas lições. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 20, n. 1, p. 44-49, 2006.
- MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2006.
- MARLATT, G. A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- MARQUES, A. Da construção do espaço à construção do território. **Fluxos & Riscos**, Lisboa, n. 1. p. 75-88, 2010.
- MENDES, E. V. **Reflexões sobre o NOAS SUS 01/02**. Texto não publicado.
- MIDANIK, L. T.; TAM T. W., WEISNER, C. Concurrent and simultaneous drug and alcohol use: results of the 2000 National Alcohol Survey. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 90, no. 1, p. 72-80, 2007.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- _____; DESLANDES, S. L. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.
- MONKEN, M. et al. O território e a Saúde: Construindo referências para análises em Saúde e ambiente. In: MIRANDA, A; BARCELOS, J. C.; MONKEN, M. (Orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- MORORÓ MEML. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em centro de atenção psicossocial – CAPS III**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- MEDEIROS, R. Clínica e CRONI(CIDADE): impactos do uso/abuso de crack na configuração urbana e nos tratamentos de toxicomania. In: SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. (Orgs.). **Crack um desafio social**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010.
- MORAIS, P. C. C. **Drogas e políticas públicas**. Tese (Doutorado em Sociologia e Política)-Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

- NAPPO, S. A. et al. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 in São Paulo, Brazil. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 33, no. 3, p. 241-253, July/Sep. 2001.
- NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan./abr. 2005.
- OLIVEIRA, E. A. A. Q.; KAMIMURA, Q. R. Processo de regionalização da saúde na percepção dos gestores. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v. 9, n. 2, p. 280-300, maio/ago. 2013.
- OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M.; GOYA, Neusa. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3069-3078, nov. 2012.
- OLIVEIRA W. F., MARTINHAGO F., MORAES R. S. A. M. **Entendendo a reforma psiquiátrica**: a construção da Rede de Atenção à Saúde Mental. Florianópolis: ABRASME, 2009.
- ONOKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006.
- OTSUKA, E. **A inserção das atividades de lazer no cotidiano de usuários de serviços de saúde mental**: a experiência da “Copa da Inclusão”. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. A. Construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2000.
- PERDUCA, M. Vamos criminalizar a proibição. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, AIDS e direitos humanos. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 51-63.
- PEREIRA, M. E. C. Pinel: a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 3, ano 3, p. 113-116, set. 2004.
- PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- PINEL, P. **Traite medico-philosophique sur l'alienation mentale ou la manie**. Paris: Richard, Caille e Ravier, 1801.
- PITIÁ, A.C; FUREGATO, A.R.F. O Acompanhamento terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 67-77, jul./set. 2009.

PINHO, L. B.; HERNANDEZ, A. M.; KANTORSKI, L. P. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão do território: contradições e potencialidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 28-35, jan./mar. 2010.

QUINTAS, R. M; AMARANTE, P. D. C. A ação territorial do centro de atenção psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 99-107, jan./dez. 2008.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

REINARMAN, C.; LEVINE, H. G. The Crack attack: politics and media in the crack scare. In: REINAEMAN, C.; LEVINE, H. G. (Orgs.). **Crack in America: demons and social justice**. Berkeley: University of California Press, 1997. p. 18-52.

RIBEIRO, M. M.; ARAÚJO M. R. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: Silveira D.X, Moreira F.G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 457-468.

RIGHI, L. B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D.; CRUZ, I. (Orgs.). **A Saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: Ed.Unijuí, 2006. p. 73-92.

RITTER, A. L.; CAMERON, J. **A systematic review of harm reduction**. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2005.

ROSA, R. M. Subjetividade produzida: poder e disciplina em uma problemática foucaultiana. In: BAPTISTA, D. (Org.). **Cidadania e subjetividade: novos contornos e múltiplos sujeitos**. São Paulo: Imaginário, 1997. p. 229-263.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

RODRIGUES, D.S.R. et al. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1247-1258, 2012

RUI, T. C. **Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. 2012. Tese (Doutorado em Antropologia Social)-Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

SAMPAIO, J. J. C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia**. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. **Pensando o espaço do homem**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003a.

_____. **Uma economia política da cidade**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. O retorno do território. In: SANTOS, Milton et al. (Org.). **Território: globalização e fragmentação**. 4. ed. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1998. p. 15-20.

_____. O dinheiro e o território. In: SANTOS, M.; BECKER, B. K. (Orgs.). **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3. ed. Rio de Janeiro, 2007.

_____. **Por uma geografia nova**. São Paulo: Edusp, 2002.

_____. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2003b.

_____. **A Natureza do espaço: técnica, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2004.

_____. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Técnica, espaço e tempo: globalização e meio técnico- científico-informacional**. 5. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2008.

SANTOS, M.R.P; NUNES, M.O. Território e saúde mental: uma experiência de usuários de um centro de atenção psicossocial, Salvador, Bahia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.15, n. 38, p.715-726, jul./set. 2011.

SANTOS, V.E; SOARES, C. B; CAMPOS, C. M.S. Redução de Danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, R. B. Câmara técnica de humanização como dispositivo de co-gestão: experimentando o conceito de rede. In: _____; _____. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 203-232. Coleção Saúde Coletiva.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SAÚDE MENTAL EM DADOS. Brasília: Ministério da Saúde, ano V, n. 7, jun. 2010. Ed. Especial.

SAÚDE MENTAL EM DADOS. Brasília: Ministério da Saúde, ano VII, n. 10, mar. 2012.

SCHNEIDER, A. R. S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

SHANNON K. et al. Mapping violence and policing as an environmental–structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. **International Journal of Drug Policy**, Amsterdam, v. 19, no. 2, p. 140-147, 2007.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, S.L.; ADORNO, R.C.F. A etnografia e o trânsito das vulnerabilidades em territórios de resistências, registros, narrativas e reflexões a partir da cracolândia. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 21-31, 2013.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA JUNIOR, F.J.G. et al. Reflections on the consumption of crack and its interface with the social determinants of health. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 1, n. 2, p. 139-142, maio-ago. 2012.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 637-644, 2010.

SOUZA, M. L. O território: sobre espaço e poder: autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA R. L. (Orgs.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

_____. Territórios e lugares. In: SOUZA, M.L. (Org.). **A Prisão e a ágora**: reflexões em torno da democratização do planejamento e da gestão das cidades. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

TEIXEIRA, C. P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 15, n. 1, p. 165-178, jan./jun. 2009.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distritos sanitários**: processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993. p. 221-235.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **2008 world drug report**. Vienna, 2008. Disponível em:
<http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf>

VASCONCELOS, E.M. Reforma psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In: _____. **Abordagens psicossociais**: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008. v. 2.

VASCONCELOS, E.M. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VENTURA, C. A. A.; ARAÚJO, A. S.; MOLL, M. F. Dimensões organizacionais de um centro de atenção psicossocial para dependentes químicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 650-655, 2011.

VIANNA, A. M. Revolução Industrial: um breve ensaio crítico. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 8, n. 90, nov. 2008. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/090/90vianna.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.

WEEKS, M. R. et al. Outcomes of a peer HIV prevention program with injection drug and crack users: the risk avoidance partnership. **Substance Use & Misuse**, London, v. 44, no. 2, p. 253-281, 2009.

WEIL, P.; D'AMBROSIO, U.; CREMA, R. **Rumo à nova transdisciplinariedade: sistemas abertos de conhecimento**. São Paulo: Summus, 1993.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo**. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, abr. 2011.

_____; KANTORSKI L. P. A inserção da família na assistência em saúde mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, n. 69, p. 5-16, 2005.

WODAK A. Harm reduction is now the mainstream global drug policy. **Addiction**, New York, v. 104, no. 3, p. 343-345, 2009.

YASUI, S; COSTA-ROSA, A. A Estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

YASUI, S. A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 4., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Z Aidan, T.E. História da loucura: A trajetória do louco e o rompimento com a epistemologia. **Revista de Educação**, Cascavel, v. 3, n. 6, p. 259-264, jul./dez. 2008.

APÊNDICE

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao senhor a presente pesquisa, intitulada "**O cuidado ao usuário de crack: análise da concepção de território dos trabalhadores de um CAPS AD**", que tem como objetivo **analisar a concepção de território dos trabalhadores de um CAPS AD**.

Este trabalho é um subprojeto do projeto “Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental para atendimento a usuários de crack” (ViaREDE), sendo desenvolvida pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, tendo como objetivo avaliar a rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack em Viamão/RS. O projeto ViaREDE foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS (CEP/UFRGS) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Espera-se que a pesquisa contribua para o avanço do conhecimento científico no campo da atenção psicossocial, analisando a concepção de território dos trabalhadores para melhor entender a conformação das redes que proporcionem cuidado ao usuário de crack dentro e fora dos serviços.

Realizaremos uma entrevista conforme roteiro previamente estabelecido, a ser aplicada em dia e horário acordados com você, e no local de sua preferência. Como a entrevista precisará do uso de gravador, pedimos sua colaboração nesse sentido. No entanto, não se preocupe, pois todas as informações coletadas e transcritas serão mantidas em sigilo. Garantimos também que em nenhum momento da pesquisa você será identificado e que você terá acesso livre aos dados coletados por nós. Você tem total liberdade para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, e nós teremos o dever de destruí-las no momento em que isso acontecer. Caso isso ocorra, manifestamos nossa solidariedade e nosso respeito, bem como a garantia de que não haverá nenhuma retaliação.

A entrevista deverá durar em torno de 60 minutos. Estaremos atentos para minimizar quaisquer riscos morais ou emocionais que possam ocorrer com a entrevista. No entanto, caso ela esteja se tornando desconfortável para você, pedimos a gentileza de interrompê-la imediatamente. Poderemos retomá-la em outro momento ou deixamos livre a sua decisão em continuar participando ou não da pesquisa. Caso você tenha disponibilidade e interesse em

participar como sujeito deste estudo, por favor, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma cópia ficará conosco e será arquivada; a outra ficará com você.

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado(a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados, da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO COORDENADOR DA PESQUISA: _____

OBS: Caso surja qualquer dúvida em relação à pesquisa, entre em contato com:

Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Pesquisadora: Mda. Aline Basso da Silva

E-mail: aline_basso@hotmail.com

Contato: (51)96289041

Coordenador geral: Prof. Leandro Barbosa de Pinho

Rua São Manoel, 963 – Bairro Rio Branco

CEP: 90620-110 – Porto Alegre/RS


Telefones: (51)33085431 ou (51)82210103

E -mail: Lbpinho@ufrgs.br


Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS:

Tel: (51)33083629

ANEXO A – Carta de Aprovação CEP


UFRGS
 Universidade Federal de Rio Grande
 91201-900, Foz de Aduar, RS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 Comissão de Ética em Pesquisas de Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê de Ética em Pesquisas de Ufrgs aprova o projeto:

Número: 20107
Título: Avaliação da qualidade e perfil de serviços em saúde mental psiquiátrica em um serviço de saúde

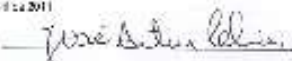
Responsáveis:
Equipe UFRGS:

LEANDRO BARBOSA DE MENEZES - coordenador desde 2010/2010
 ANNE CLSCHOWSKY - pesquisadora desde 2010/2010
 CHRISTINE ATTÍLI - pesquisadora desde 2010/2010
 RAYLA NAYARA HENRIQUELI - pesquisadora desde 2010/2010
 JACO FERNANDO SCHEILLER - pesquisador desde 2010/2010
 Patrícia Treiter Mohr - pesquisadora desde 2010/2010
 MARILYN HANSEN THOMPSON DE MATTOS - pesquisadora desde 2010/2010
 BOLE REJANE KULHARSKA - Alameda de Saúde desde 2010/2010
 RODRIGO DA SILVEIRA - Apoio de Qualidade desde 2010/2010
 Ana Carolina Brant da Fátima - Apoio de Qualidade desde 2010/2010

Equipe Parceira:
 Valério Cruzes, Cláudio Gonçalves - pesquisador desde 2010/2010
 Elaine Prado Kottowski - pesquisadora desde 2010/2010

Comitê de Ética em Pesquisas de UFRGS aprova o mesmo, em reunião realizada em 07/04/2011 - Sala de reuniões do Gabinete do Reitor - 8º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ético e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. O mesmo somente poderá iniciar sua execução com a aprovação do COMEPNS - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

Realizada em Curitiba, a 7 de Abril de 2011.


 JOSE ANTONIO DE OLIVEIRA
 Presidente do COMEPNS

Cont. Parecer CONEP nº. 037/2012

como dispositivo metodológico, o círculo hermenêutico-dialético adaptado à realidade da saúde mental por Wetzell, a partir da identificação de grupos de interesse da rede do município.

Métodos: Entrevistas individuais com usuários, familiares, trabalhadores e gestores do sistema de atendimento psicossocial, somando cerca de quarenta entrevistas em horário e local de preferência do entrevistado. Esse procedimento será seguido de dinâmicas de interação, onde os entrevistados divididos em grupos organizarão materiais a partir dos conteúdos das entrevistas realizadas, os apresentando em reencontro com os outros agrupamentos com o fim de subsidiar avaliação participativa da Rede de Serviços, procedimento denominado Técnica Grupal (p.37).

Critérios de inclusão/exclusão: a seleção dos entrevistados será feita a partir da definição dos grupos de interesse incluídos no estudo: usuários, familiares, trabalhadores e gestores do sistema. O projeto trabalha com o número de sujeitos de pesquisa indefinido.

Riscos/Benefícios: Os conhecimentos gerados pela pesquisa podem vir a contribuir para a consolidação do debate técnico-político em torno do cuidado prestado pela rede de serviços em saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Local de realização

Trata-se de um projeto nacional e unicêntrico a ser realizado no município de Viamão / RS.

Apresentação do protocolo

Os seguintes documentos foram apresentados no CD-ROM do protocolo em tela: Ofício do CEP de origem, Folha de rosto (arquivo "folha de rosto"), Parecer do CEP de origem (arquivos "parecer CEP", "aprovação CEP", "parecer consubstanciado 1" e "parecer consubstanciado 2"), Currículo Lattes (arquivo "Currículo Lattes Leandro (Nov-2011)", Cronograma de execução da pesquisa (arquivo "Cronograma"), Orçamento financeiro (arquivo "orçamento detalhado e aprovado"), Projeto de pesquisa (arquivo "projeto CNPq - crack"), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (arquivo "TCLE").

Juntamente com as respostas ao Parecer CONEP Nº. 037/2012, os seguintes documentos foram apresentados: Ofício-resposta às solicitações do CONEP; Folha de rosto; Parecer do CEP de origem; Parecer consubstanciado do recurso; Currículo Lattes; Cronograma de execução da pesquisa; Orçamento financeiro; Projeto de pesquisa (23/07/2012); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (23/07/2012).

Considerações sobre a análise das respostas ao Parecer CONEP Nº. 37/2012, relativo ao projeto de pesquisa em questão:

1) "As normas da Resolução CNS 196/96, especialmente as exigências contidas nos itens II.3."g", "h", "i", "s", "v"; IV.1."g", "h"; V; V.1; V.5; VI.3."a", "b", "c", "d", "e", "f", "g", "h", não estão contempladas no projeto."

Item: III.3

Resposta: Letra "g": O projeto consta de TCLE, que foi reformulado conforme sugestões. Foi acrescentado Termo de Consentimento específico, para o caso de ser necessário colher assinatura de representante legal de usuários (Apêndice B).

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Letra "h": O projeto está sendo financiado com recursos do CNPq e do Ministério da Saúde (Edital MCT/CNPq 041/2010). As informações sobre o recurso liberado

Cont. Parcer CONEP nº. 337/2012

já foram disponibilizadas junto com a documentação enviada anteriormente para análise (arquivo "Orçamento detalhado e aprovado"). O orçamento "detalhado" corresponde ao valor inicial solicitado quando da submissão da proposta, e o "aprovado" foi o valor aprovado após análise do projeto pelo Comitê Assessor do CNPq. A importância de R\$ 66.000,00 já foi liberada. Com relação aos recursos humanos, a equipe de pesquisadores está descrita detalhadamente no projeto e serão apresentados aos sujeitos quando da coleta de dados em campo.

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Letra "r": Não há conflitos de interesses entre os participantes da pesquisa, os participantes do projeto e o patrocinador. Os pesquisadores comprometem-se a evitar quaisquer conflitos de interesse que possam surgir e explicar todos os procedimentos, de maneira exaustiva, aos sujeitos investigados. Quanto ao patrocinador, trata-se de projeto financiado por agência de fomento nacional.

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Letra "s": a colaboração do pesquisador estrangeiro está devidamente descrita no item "9" do projeto ("Indicação de colaborações ou parcerias já estabelecidas com outros centros de pesquisa na área"). O pesquisador participará apenas da etapa da análise dos dados empíricos, pela experiência em outros projetos de pesquisa desenvolvidos em parceria e pela longa trajetória no campo da análise de discurso de sujeitos que trabalham no campo da saúde. Nesse item, também destacam-se as possíveis contribuições dele à pesquisa e à instituição.

Vale ressaltar que o pesquisador internacional assinou termo de anuência para participar da pesquisa, exigência para ser apreciado junto ao CEP/UFROB. Não há financiamento exterior, apenas nacional.

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Letra "t": Os dados serão utilizados apenas para divulgação na comunidade científica e retorno ao município, com os resultados do processo de avaliação. Não haverá identificação dos sujeitos sob qualquer natureza, como destacado no item "considerações éticas".

Análise: Pendência atendida.

Item IV.1

Resposta: Letra "g": Todos os dados serão mantidos sob o mais absoluto sigilo pela equipe de pesquisa. Sobre a etapa de negociação, salienta-se que ela faz parte do processo de aplicação do círculo hermenêutico-dialético, não podendo ser descartada. No entanto, qualquer dado apresentado para validação não contém nenhuma informação pessoal ou de identificação dos entrevistados. Nessa etapa, conforme a metodologia, como já há etapas analíticas do material – e que estão devidamente descritas no projeto –, as informações não são mais individuais, mas coletivas, pois são representações dos depoimentos de todos os entrevistados.

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Salienta-se ainda que apenas a equipe de pesquisa conhecerá a identificação dos entrevistados (usuários, familiares, trabalhadores e gestores). Nenhuma informação pessoal será compartilhada com grupos de interesse ou entre os grupos, que poderiam ser potencialmente beneficiários ou vítimas nesse processo.

Análise: Pendência atendida.

Cont. Parecer CONEP nº. 337/2012

Resposta: Letra "h": O projeto prevê que a participação do sujeito seja voluntária, e não haverá ressarcimento ou pagamento de quaisquer despesas envolvidas com a participação do indivíduo, pois as entrevistas serão realizadas preferencialmente no serviço onde trabalham ou são atendidos. O TCLE garante que essa participação é voluntária, mas foi acrescentada nova redação, informando que não haverá pagamento de despesas pela participação na pesquisa.

Análise: Pendência atendida.

Itens V, V.1 e V.5

Resposta: A pesquisa será realizada com aplicação de entrevistas aos sujeitos. Os riscos previstos são de ordem moral e emocional. Nesse caso, o TCLE foi adaptado com a inclusão da redação "... se isso acontecer, será disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar a situação...".

Análise: Pendência atendida.

Item VI.3, "a", "b", "c", "d", "e", "f", "g", "h"

Resposta: Essa exigência está descrita ao longo do campo "aspectos operacionais do processo avaliativo", disponível no projeto original. Foram realizadas algumas inclusões no texto, descrevendo melhor critérios de exclusão ou inclusão de sujeitos e o delineamento amostral.

A pesquisa descreve quais técnicas serão utilizadas (observação prévia e entrevista). Foi acrescentado um parágrafo afirmando sobre como será o tratamento dos dados brutos da pesquisa (página 29, antes dos objetivos).

Em outras pesquisas com o uso da mesma metodologia, vem sendo convencional entrevistar, após a etapa de observação, em torno de 10 (dez) usuários e 10 (dez) familiares. Sobre trabalhadores e gestores, estima-se que sejam em torno de 30 pessoas. Isso foi adaptado ao longo da metodologia (página 36), assim como critérios de inclusão de cada grupo de interesse.

Os sujeitos são escolhidos após a etapa da etnografia prévia, quando os pesquisadores fazem a incursão no campo e começam a identificar os potenciais respondentes do processo avaliativo. Por isso, não há como delinear o perfil desses indivíduos e outras características sociais a priori, pois apenas a imersão no campo, com a aplicação da etnografia prévia, mostrará aos pesquisadores a real situação desses respondentes, onde e como vivem.

Os usuários e familiares se enquadram nos grupos vulneráveis, mas no decorrer do projeto os pesquisadores procuraram tomar cuidado para destacar a relevância da pesquisa para investigar a problemática no contexto brasileiro. Também se comprometem com os rigores éticos e a detalhar para os sujeitos todos os passos que incluem sua participação. Lembrando que se trata de um projeto que recebeu financiamento específico de agência federal e do próprio Ministério da Saúde.

Análise: Pendência atendida.

2) "No TCLE apresentado não consta a possibilidade de haver um representante legal, o que poderá ocorrer, considerando que o sujeito de pesquisa é usuário de crack. Como não existe critério de inclusão/exclusão, não se sabe se deverá haver Termo de Assentimento ou TCLE assinado por representante legal, em face de menoridade (Resolução CNS 196/96, item II.3."g")."

Resposta: A pesquisa prevê a utilização de TCLE. Conforme descrito anteriormente, foi acrescentado Termo de Consentimento específico, para o caso de ser necessário colher assinatura de representante legal de usuários. O referido termo encontra-se no apêndice B.

Cont. Parecer CONEP nº. 3372912

Análise: Pendência atendida.

3) "O projeto coloca ImproPRIAMENTE que o estudo cumpre os preceitos ético-legais que regem as pesquisas com seres humanos, como é preconizado pelo Ministério da Saúde (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), o que é absolutamente Impróprio, pois a norma citada apenas contempla os preceitos de ordem ética que envolvem a pesquisa em seres humanos."

Resposta: O campo "considerações ético-legais" do projeto foi substituído pelo termo "Considerações Éticas".

Análise: Pendência atendida.

4) "O projeto será todo desenvolvido no-município de Viamão, no Rio Grande do Sul, mas o título - "ViaREDE AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE CRACK" - pode dar a errônea impressão de que o estudo engloba todo o serviço de saúde mental do país."

Resposta: O título do projeto será adaptado para "ViaREDE- Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack". Acrescentaremos essa modificação aos relatórios (Ministério da Saúde, CNPq, CONEP e CEP/UFRRGS), justificando que o título foi adaptado por orientação do CONEP.

Análise: Pendência atendida.

5) "Consta do estudo apresentado que a totalidade das informações obtidas será disponibilizada ao grupo, o que fere a garantia do sigilo. Além disso, tal possibilidade não consta no TCLE (Resolução CNS 196/96, Item VI.3."9")."

Resposta: Como descrito anteriormente, no item correspondente (item III.3."g"), todos os dados serão mantidos sob o mais absoluto sigilo pela equipe de pesquisa. Sobre a etapa de negociação, salienta-se que ela faz parte do processo de aplicação do círculo hermenêutico-dialético, não podendo ser descartada. No entanto, qualquer dado apresentado para validação não contém nenhuma informação pessoal ou de identificação dos entrevistados. Nessa etapa, conforme a metodologia, como já há etapas analíticas do material – e que estão devidamente descritas no projeto –, as informações não são mais individuais, mas coletivas, pois são representações dos depoimentos de todos os entrevistados.

Análise: Pendência atendida.

6) "O cronograma do projeto sugere que a pesquisa já foi iniciada"

Resposta: O cronograma foi adaptado para o real início das atividades. Salienta-se que o arquivo previamente enviado contém as informações submetidas ao Edital do CNPq e do MS, no final de 2010. Salienta-se que o projeto iniciará após a aprovação do CONEP, e contamos com a colaboração deste órgão no sentido de não atrasarmos o calendário das atividades.

Análise: Pendência atendida.

7) "Não foi apresentado documento dos CAPS ou de eventual patrocinador estrangeiro corroborando os dados do orçamento e o investimento concedido ao projeto."

Resposta: Há anuência da secretaria de saúde do município de Viamão para o desenvolvimento das atividades de pesquisa. A coordenação municipal de saúde mental assinou a folha de rosto do projeto, autorizando a coleta no campo. Além disso, também acrescentamos, ao final do projeto (apêndice F), cópia da autorização, assinada pela Secretária de Saúde do Município de Viamão.

Sobre o investimento estrangeiro, informa-se que não se aplica ao caso.

Cont. Parecer CONEP nº. 337/2012

Sobre a necessidade de confirmação do orçamento por parte do município, o investimento recebido pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde não será revertido para consumo pelo município. Trata-se de investimento público gerido pelo grupo de pesquisadores e para consumo da pesquisa. O município manifestou-se favorável a esse quesito, disponível no apêndice F.

Análise: Pendência atendida.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Brasília, 27 de novembro de 2012.



Anibal Gil Lopes
Coordenador Adjunto da CONEP/CNS/MS

ANEXO C- AUTORIZAÇÃO




UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO

Declaro que a mestranda **Aline Basso da Silva** é pesquisadora do projeto ViaREDE - “Avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack”, financiado pelo CNPq e Ministério da Saúde, através do Edital MCT/CNPq 041/2010.

Autorizo também a utilização geral e irrestrita do banco de dados da pesquisa pela mestranda, para fins de construção de sua dissertação.


Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Escola de Enfermagem - UFRGS
Coordenador da pesquisa