

## **Compreensão de território em um centro de atenção psicossocial – Caps III**

### ***Territory comprehension in a psychosocial care center – CAPS III***

### ***Comprensión de territorio en un centro de atención psicosocial – Caps III***

Fabrizio Siqueira Basso<sup>1</sup>

Márcio Luís Costa<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Mestrado em Psicologia na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Especialista em Psicologia Clínica e Gestalt-terapia pelo Instituto Muller-Granzotto. Pós-graduado em Sociologia pela Universidade Gama Filho Graduado em Psicologia pela UCDB. Participa do Laboratório de Ética e Cuidado nas Políticas Sociais da UCDB. Atua como psicólogo clínico. **E-mail:** [fabrizio-psi@hotmail.com](mailto:fabrizio-psi@hotmail.com),  
**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0004-7114-2580>

<sup>2</sup> Doutorado em Filosofia na Facultad de Filosofía y Letras da Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF. Mestrado em Filosofia pela Universidad Nacional Autónoma de México. No curso de graduação em Filosofia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), colabora como professor de Ética e Ontologia e integra o Núcleo Docente Estruturante (NDE). No Programa de mestrado e doutorado em Psicologia da UCDB, colabora transversalmente, desde a Filosofia, com a discussão e o aprofundamento dos temas relativos às condições epistemológicas e fenomenológicas para a construção do conhecimento científico na pesquisa no campo da Psicologia. Coordena o Grupo de Pesquisa Modelos Histórico-epistemológicos e Produção de Saúde, com registro no CNPq e certificação da UCDB. Coordena o Grupo de Estudos Ética e Cuidado, vinculado ao Laboratório de Psicologia da Saúde, Políticas da Cognição e da Subjetividade do mestrado e doutorado em Psicologia. Desenvolve pesquisas e orienta em Fenomenologia e Ética voltada ao cuidado na atenção em saúde mental, no Mestrado e Doutorado em Psicologia da UCDB. **E-mail:** [marcius1962@gmail.com](mailto:marcius1962@gmail.com),  
**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-0412-4812>

**Resumo:** Este estudo discute o tema do território na atenção psicossocial em saúde mental a partir de um estudo de caso realizado em um Caps III de Campo Grande-MS. Participaram da pesquisa servidores que operam a política de atenção psicossocial em saúde mental. O método utilizado foi a análise de conteúdo e o tratamento e discussão dos dados se deram pelo recurso das unidades de análise. Os resultados apontam um descompasso entre o que preconiza a política e o que aparece nas falas, com o predomínio de uma compreensão de território, eminentemente, como adscrição de clientela, uma atenção protocolarmente engessada e sem espaço para outras experiências e compreensões de território. Conclui-se que a gestão da estratégia realiza a entrega da atenção de forma institucionalizada, em desacordo com a forma como os usuários se organizam e se movem a partir de suas respectivas compreensões de território e de demanda de atenção e cuidado.

**Palavras-chave:** saúde mental; atenção psicossocial; território; multiterritorialidade.

**Abstract:** This work discusses the theme of territory in psychosocial care in mental health, based on a case study conducted at a CAPS III in Campo Grande-MS. The research has involved employees who work with the psychosocial care policy in public mental health. The method used was content analysis, with data treatment and discussion carried out through the resources of the analyzed units. The results indicate a mismatch between what the policy advocates and what is reported in the discourses, with a predominance of an understanding of territory, eminently, as a user's ascription, evidencing a rigid protocol-based care with no room for other experiences and understandings of territory. It is concluded that the strategy management is carried out in an institutionalized manner, in disagreement with the way users organize themselves and move based on their respective understandings of territory and their care needs.

**Keywords:** mental health; psychosocial care; territory; multiterritoriality.

**Resumen:** Este estudio analiza el tema del territorio en la atención psicossocial en salud mental, a partir del estudio de caso en un Caps III en Campo Grande-MS, con la participación de los trabajadores que implementan la política en esta área. El método utilizado fue el análisis de contenido, el tratamiento y discusión de los datos se realizaron con los recursos de las unidades de análisis. Los resultados evidencian una desconexión entre lo que establece la política y lo que se refleja en los discursos de los entrevistados, destacándose una comprensión del territorio centrada en la adscripción del usuario, con una atención rígida y protocolaria que no permite otras experiencias ni interpretaciones del territorio. Se concluye que la gestión de la estrategia ofrece atención de manera institucionalizada, en desacuerdo con la forma en que los usuarios se organizan y se movilizan, según sus propias comprensiones del territorio y sus necesidades.

**Palabras clave:** salud mental; atención psicossocial; territorio; multiterritorialidad.

## **1 INTRODUÇÃO**

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

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

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

Um dos principais instrumentos da Raps é o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), um serviço de atenção contínua em saúde mental de porta aberta, acessível para a comunidade, de funcionamento 24 horas, que conta com uma equipe multidisciplinar e atende prioritariamente pessoas que se encontram em intenso sofrimento psíquico por consequência de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso advindo de álcool e outras drogas, bem como outras situações clínicas que impossibilitem ou dificultem estabelecimento de laços sociais e realizações de projetos de vida. A depender da quantidade da população atendida, será definido, de maneira crescente, em CAPS I, II, III ou IV.

Nesse contexto, nosso objetivo é estudar a questo da territorialidade na ateno psicossocial em sade, focando em um CAPS III e seu respectivo territrio. Para ser mais especfico, buscamos discutir o tipo de compreenso de territrio que orienta a ateno psicossocial em sade mental em um CAPS III do municpio de Campo Grande-MS, bem como se essa compreenso condiz com a compreenso de territrio proposta pelas diretrizes da Raps e pelas falas dos participantes.

Realizamos entrevistas semiestruturadas com seis participantes operadores da poltica neste Caps<sup>1</sup>. Apas transcries, tratamento e anlise dos dados segundo o mtodo de anlise do contedo, chegamos a algumas unidades de anlise que permitem uma adequada discusso temtica da questo do territrio. So elas: 1) territrio como adscrio de clientela operando na recepo e no primeiro acolhimento; 2) territrio como adscrio de clientela operando no atendimento; e 3) outras facetas da estratgia de ateno que considera o territrio: que tipo de territrio?

As unidades de anlise, alm de estarem referidas as falas dos participantes, refletem tambm contedos preconizados nos textos da poltica pblica de sade mental. importante destacar que as unidades de anlises, bem como as questes que delas emergem na discusso, no aparecem estanques nas narrativas dos participantes, so recursos tericos e metodolgicos para a anlise e a discusso da questo do territrio na ateno. Sendo assim, ser possvel perceber que um ou mais temas, por exemplo, podero facilmente atravessar vrias unidades de anlise, como acesso, vnculo, adesao, vulnerabilidade social e econmica.

Realizamos o levantamento e a coleta de dados referentes ao servio de ateno em sade mental no municpio de Campo Grande-MS, assim como a abrangncia territorial do Caps estudado, a geografia das condies de acesso e os textos da poltica municipal, nos sites da Secretaria Municipal

---

<sup>1</sup> Por uma questo de sigilo e preservao de identidade, optamos por no descrever detalhes sobre os participantes, haja vista que a cidade na qual realizamos este estudo possui poucos Caps e, conseqentemente, poucos profissionais trabalhando nas unidades. Sendo assim, dar mais informaes seria permitir a possibilidade de que tanto o local da pesquisa quanto os participantes pudessem ser identificados, o que fere o princpio fundamental da tica em pesquisa, que a privacidade e a confidencialidade dos dados dos participantes.

de Saúde de Campo Grande (Sesau) e do Sistema Municipal de Indicadores de Campo Grande-MS (Sisgran).

Neste artigo, não temos como objetivo abordar todas as questões relacionadas ao tema do território na atenção psicossocial em saúde mental. Na verdade, pretendemos provocar reflexões a partir de questões provenientes do campo pesquisado, bem como as consequências advindas das possíveis compreensões de território operadas pelos trabalhadores envolvidos. Acreditamos que, assim, desenvolvemos possíveis contribuições para a discussão das políticas públicas e para o aperfeiçoamento da estratégia de atenção em relação ao seu respectivo território.

## **2 TERRITÓRIO COMO ADSCRIÇÃO DE CLIENTELA OPERANDO NA RECEPÇÃO E NO PRIMEIRO ACOLHIMENTO**

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

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

Com o objetivo de promover a integração regional das redes de atenção no município, a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (Sesau), em seu Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025, propõe uma organização territorial através dos Distritos Sanitários – 7 distritos que possuem em sua nomenclatura as regiões urbanas –, visando o reconhecimento das especificidades das diferentes bases regionais, como: “[...] a divisão territorial, os problemas ou práticas sanitárias e o processo de trabalho das unidades adscritas” (Sesau, 2021, p. 26). No entanto, nem todas as regiões contam com uma unidade, sendo 3 Caps responsáveis pelo atendimento de 2 distritos e outros 2 centros responsáveis por atender

a demanda de todo municpio – que   o caso do Caps AD e do Caps-IJ (Sesau, 2021).

Nesta configura o, a maneira na qual os Caps – e outros dispositivos do SUS – se organizam para entregar a aten o em saude aos usuários se d por meio de fluxos operacionais. Ao tratar de fluxos operacionais, abre-nos questões a respeito do processo, por exemplo, de como isso acontece.   importante destacar que os operadores da política atuam e organizam tais fluxos de maneira protocolar. Ou seja, determinam a cada novo acolhimento a repeti o de uma certa forma de organiza o do processo que já está estabelecido na política.

Além de organizar, de maneira geral, dentre as possíveis características dos protocolos, destacamos duas funoes. Por um lado, protege e ampara o profissional em seu fazer laboral, haja vista que, ao se tratar de profissionais da aten o  saude mental, suas aoes e intervenoes estão amparadas, por exemplo, na legisla o que regula o exercício de sua profissão, protegendo-o de possíveis reclamaoes e demandas dos usuários, de superiores e até da Justiça. Por outro lado, tem como funoo proteger o usuário na medida em que serve para garantir que o mesmo receberá a aten o de maneira equitativa e segura, garantindo que o profissional de saude não cometer abusos medicamentosos que podem gerar novos problemas. Ademais, a operacionaliza o de tais protocolos estabelece uma rela o de aten o que traz, de forma subjacente, uma compreensão de território.

Diante de tal compreensão de território, materializada em forma de fluxo de aten o pelos trabalhadores de um Caps, determinado por uma divisão territorial geográfica e responsável pela popula o de um ou mais Distritos Sanitários, torna-se possível perguntar se um fluxo e uma operacionaliza o condizem com a compreensão de território proposta pela política, em especial nas diretrizes da Raps (Brasil, 2011).

Aqui, olharemos para uma das formas na qual este processo se inicia. A saber, o primeiro contato ocorre por demanda espontânea através da recepo e, conseqüentemente, do primeiro acolhimento no Caps. Vejamos como isso acontece a partir do relato de um participante:

*[...] porque quando a pessoa chega na recepo, o pessoal da recepo, eles pede o cartão do SUS, o comprovante de residência e algum*

*documento com foto. Aí eles preenche, ou atualiza, no sistema. [...] Só que somente a gente, só atende os pacientes que são área da nossa área de abrangência, que é. [...]. Aí, quando é a paciente que não é da nossa área de abrangência, a gente atende e encaminha pro Caps de referência. Por exemplo, hoje, hoje eu fiz o atendimento de uma paciente que ela não é da nossa área de abrangência, ela mora no [...] aí eu fiz o atendimento dela, encaminhei pro Caps de abrangência (Participante 2).*

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

Na fala de outro participante, vemos como isso se dá através do fluxo de acesso iniciado por um encaminhamento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS): “[...] *Se ele é referência das unidades básicas que a gente atende [...], ele é nosso. Se ele não estiver dentro dessas áreas, ele vai ser encaminhado pelo Caps de referência*” (Participante 6).

Dessa maneira, em ambas as situações, o operador não descreve apenas qual o tamanho da abrangência territorial do Caps, no sentido da adscrição de clientela<sup>2</sup>, mas também que a abrangência da atenção operada naquele Caps tem, de maneira subjacente, uma compreensão de território como adscrição de clientela. A atenção passa, assim, a ser fragmentada e impor uma compreensão de território operada de forma diferente da que é operada pelo usuário. Uma atenção que, ao ser operada com base em uma compreensão de território como adscrição de clientela, acaba por atender o território distritalmente delimitado pelo texto da política, e não pelo território do usuário.

Mas então perguntamos: qual é o tamanho do território do usuário? É o mesmo tamanho daquele estabelecido distritalmente pela política? A resposta vem na continuação da fala de um participante.

*A maioria não quer, porque é aqui perto [...]. Geralmente eles num gostam de ir, pelo menos quando eu faço acolhimento, que é paciente que já conhece aqui, que já fez atendimento aqui, mas que mudou*

---

<sup>2</sup> Entende-se por adscrição de clientela a demarcação de um território ou população sob responsabilidade de uma equipe (um serviço).

*de outros bairros, que a gente noo acompanha, eles noo quer ir [...]. Geralmente eles noo gosta (Participante 2)*

O usuário oferece resistncia à estreiteza do protocolo, que é calcado na abrangncia e na compreenso territorial como adscrio de clientela por um simples motivo: ele est operando com uma outra compreenso de territrio. Uma compreenso que parece se dar atravs de outro tipo de vnculo que no é da ordem dos protocolos, mas, sim, da vida que se vive em um territrio existencial.

Com todas as coisas que podem estar envolvidas na busca do usuário por atendimento no Caps mais prximo de sua casa, no se pode ignorar algumas questes, como as de vulnerabilidade econmica e social, de segurana, de vnculo afetivo e de distncia. Estes elementos culminam em duas temáticas muito caras no que diz respeito à entrega da ateno e à adesão ao tratamento em sade mental: o tema do acesso e o tema do vnculo.

Isso traz um problema para a efetividade da entrega da ateno e do incio do tratamento, pois essa operacionalizao protocolar possui, de maneira subjacente, uma compreenso de territrio como adscrio de clientela que no leva em considerao os problemas reais de acesso dos usuários, tampouco o acompanha no fluxo de seu territrio existencial.

Uma das caractersticas que Ferreira *et al.* (2017) sugere como forma de compreenso de territrio nos textos da poltica é considerar a capacidade de produo de vida e vnculos a partir dos recursos disponveis, que tornam a vida cotidiana do usuário possvel em seus espaos de circulao, em seu territrio existencial. Isso no se aplica somente aos atendimentos de fato, mas tambm à forma como a poltica oferecerá a ateno para que o usuário inicie o tratamento – os chamados: fluxos de acesso.

A resistncia que apareceu na fala do participante acima no é isolada. Vejamos o relato de outro participante que toca nesta mesma questo e abre espao para outras:

*Ento, às vezes, uma rua impede que aquele paciente seja [...] atendido pela UBS ou pelo Caps. Ento, já aconteceu de paciente falar: 'Ai, nossa, mas na rua de cima o meu [...] colega é atendido, lá no [...]'. 'Ah, tem um Caps [...] lá do lado da minha casa'. Ai eu me explico pra eles porque, né, eles tm que ser atendidos aqui. Porque existem*



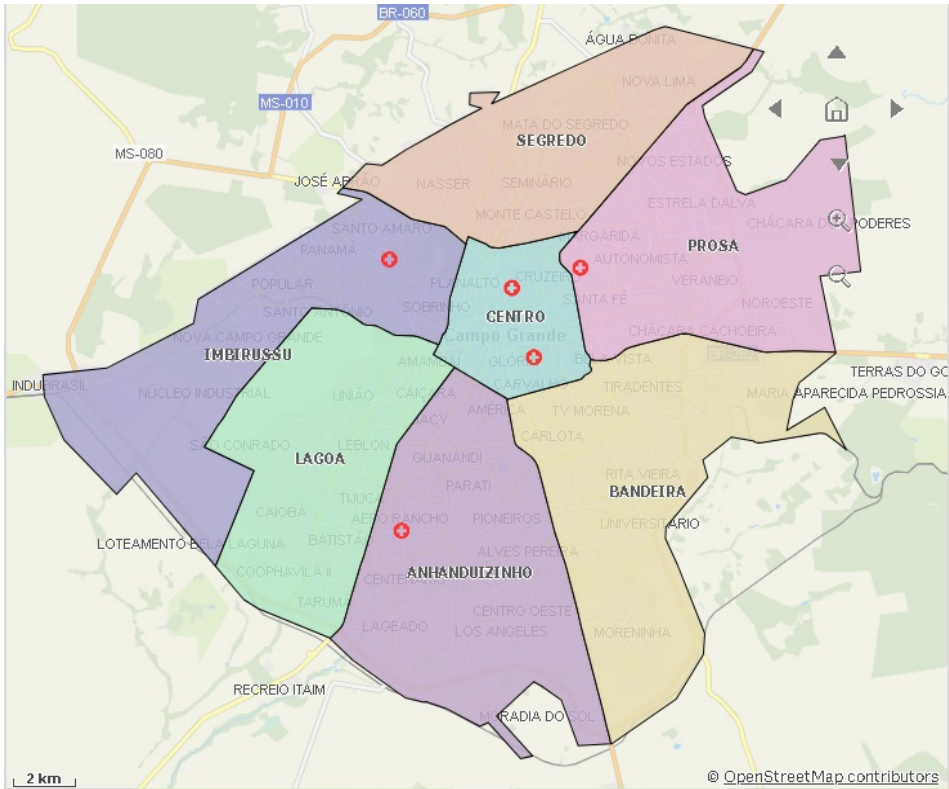
*questões de divisão de território [...]. Então, eu acho isso, eu entendo que alguém ia ser prejudicado, mas acaba que [...]. É, eu acho pouco, poucos Caps pra atender tanta população (Participante 5).*

Aqui vemos novamente que, na prática, a assistência que deveria ser de base territorial está atravessada por linhas que delimitam administrativamente um território vivo de maneira mecânica em vez de maneira orgânica. Demonstra um funcionamento operacional de um sistema que tem como proposta oferecer atendimento à população em seu território e na sua comunidade, mas que, ao estabelecer seus contornos políticos desta maneira, pode estar gerando resistências, desistências, abandonos, dificultando o acesso ou mesmo não assistindo parte da população.

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

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

Figura 1 – Caps e Distritos Sanitrios



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

A rede de ateno psicossocial do municpio de Campo Grande-MS, conforme pactuao do Plano de Ao Regional de 2019, conta com 1 Centro de Ateno Psicossocial Alcool e Drogas – AD IV, localizado no Centro, no ponto mais abaixo indicado no mapa, que atende todo o municpio; 1 Centro de Ateno Psicossocial Infantojuvenil III, localizado no Centro, no ponto mais acima indicado no mapa, que atende todo o municpio; 1 Centro de Ateno Psicossocial III Afrodite Doris Contis, localizado no Centro, no mesmo ponto indicado pelo Caps IJ (sao imoveis vizinhos), que atende as regies de sade Centro e Segredo; 1 Centro de Ateno Psicossocial III Margarida, localizado no Distrito Prosa, que atende as regies de sade Prosa e Bandeira; 1 Centro de Ateno Psicossocial III Vila Almeida, localizada no Distrito Imbirussu, que atende as regies de sade Imbirussu e Lagoa; 1 Centro de Ateno

Psicossocial III Aero Rancho, localizada no Distrito Anhanduizinho, que atende toda a região de saúde Anhanduizinho (Sesau, 2021).

Como podemos perceber, a localização dos Caps não favorece o acesso para quem mora nas extremidades dos distritos sanitários. Outra questão é o fato de que essas linhas que dividem a abrangência dos Caps acabam cortando bairros, de maneira que ocorre a situação relatada pelo participante 5. Ou seja, partes de um mesmo bairro são cobertas por unidades diferentes, fazendo com que pessoas que moram na mesma vizinhança tenham que se deslocar mais ou menos para receber atendimento no Caps.

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

Ainda que haja um acolhimento e não se negue o atendimento, é preciso questionar quanto à efetividade de sua entrega e acesso, dada a maneira como está estabelecido os fluxos de acesso na política. A pessoa que é acolhida e encaminhada para outro Caps, de fato, dá continuidade ao tratamento? Uma pessoa em sofrimento mental, uma família em sofrimento, que consegue buscar atendimento no Caps mais próximo de sua residência tem condições mínimas para se deslocar até outro Caps, em outra região? Uma família que, além do adoecimento mental, das dificuldades e das consequências da dependência química, agora passa a ter de fazer a gestão desse deslocamento (tempo, dinheiro, planejamento, etc.) terá condições de arcar com mais esta demanda? A possibilidade de abandono e desistência aumenta ainda mais se essa pessoa e/ou família está em situação de vulnerabilidade social e econômica.

Há de se questionar também quanto a quantidade de Caps existentes em funcionamento no município e, conseqüentemente, a oferta de recursos humanos. Aumentar a quantidade de Caps poderia resolver problemas

como o de acesso e distribuio nos Distritos Sanitrios, bem como aliviar sobrecarga de demanda que se encontra nas unidades.

*Queixas quanto à sobrecarga de trabalho foram pontuadas por todos os participantes. A gravidade é tamanha que um participante, após estar desligado o gravador, relatou haver até reclamações de colegas quando algum operador sai de licença do trabalho. Explicou que o motivo das reclamações se dá pelo fato de estarem com a equipe muito reduzida, com necessidade de haver mais contratos para se desafogar (Registro de diário de campo do pesquisador).*

No que diz respeito à relação do número de operadores e à demanda dos usuários, tal observação demonstra que a atual gestão política da estratégia agrava a precariedade não apenas dos atendimentos, mas também do fluxo de acesso da atenção. De acordo com o Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025, publicado em dezembro de 2021, o tempo de espera para uma consulta em psiquiatria no ambulatório do Caps é de aproximadamente três meses (Sesau, 2021).

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

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

Não bastando o problema da distância para parte dos usuários, nota-se mais um agravante relacionado à gestão política da estratégia. Dado que a gestão do município oferece um fluxo de acesso à atenção em saúde mental a partir de uma compreensão de território como adscrição de clientela, ao estabelecer uma divisão distrital com determinado número populacional, supõe-se o princípio lógico de que cada unidade de saúde terá um número

de adequado de operadores para atender à demanda de sua respectiva região. Cada Caps deveria dispor de recursos humanos suficientes para atender à população, de acordo com sua abrangência, mas não é o que está ocorrendo. Ou seja, a própria gestão política da estratégia não é operada de maneira coerente com a lógica da divisão territorial.

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

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

Muito provavelmente estes critérios estariam amparados na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, art. 1, § 1º, que versa sobre a regulamentação do Caps, suas modalidades, organização e funcionamento. Nela consta que os Caps deverão estar capacitados “para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial” (grifo meu). Chamamos a atenção para a palavra grifada “prioritariamente”, que não significa exclusivamente (Brasil, 2002).

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

Mesmo que tenha como objetivo a descentralização da oferta especializada em psiquiatria para a atenção básica (Sesau, 2021), a desinstitucionalização da saúde mental como proposta de ação no território ainda impõe regras ao usuário sobre onde ou com quem receberá o atendimento.

Isso significa operar na lgica da compreenso de territrio como adscrio de clientela, e no do territrio vivo dos usurios.

Agora, no bastando o usurio ter que cumprir com o requisito de estar residente na rea de abrangncia da unidade, ele ainda dever cumprir com outros critrios a serem avaliados pelo operador, e isso definir aquilo que abre ou fecha a possibilidade de ateno e a forma como a mesma acontece, ou no. O estabelecimento destes protocolos e fluxos de acesso aos servios de ateno em sade mental, ao se pautar em uma compreenso de territrio como adscrio de clientela, pode estar produzindo excluses, desistncias e abandono.

Agora, vejamos qual a compreenso de territrio operada nos atendimentos realizados em Caps que conseguiram cumprir com todos os critrios e superar as dificuldades de acesso, bem como suas conseqncias.

### **3 TERRITRIO COMO ADSCRIO DE CLIENTELA OPERANDO NO ATENDIMENTO**

A resistncia que se apresentou nas falas dos participantes no que diz respeito ao primeiro acolhimento, calcada na distribuio adscrita do Caps e em protocolos, no aparece de maneira isolada. Ela aparece novamente nas falas dos mesmos ao tratar sobre os atendimentos aos usurios que, aps terem passado pelo primeiro acolhimento e serem tidos como perfis de Caps, so considerados como pacientes da unidade em questo: *“Ento, o territrio [...] fica muito distante, ne? Da unidade fsica nossa [...]. Ento, a gente v que a gente um territrio extremamente, extremamente, vulnervel. E as pessoas tm dificuldade de chegar no Caps”* (Participante 6).

Aparece-nos aqui, mais uma vez, o que j havia sido apontado como resistncia no primeiro acolhimento: o tema da acessibilidade e da vulnerabilidade social e econmica. Tanto na anlise do tpico anterior quanto nesta, a dificuldade de acesso por conta da distribuio dos Distritos Sanitrios e a localizao da unidade em territrios extensos e distantes indicam escassez de condies para a locomoo por parte dos usurios.

possvel constatar que, agora que o usurio e a sua famlia esto recebendo a ateno de seu Caps de referncia, a dificuldade de locomoo

até a unidade continua sendo um problema criado pela gestão política da estratégia, que distribuiu as abrangências de maneira ineficiente no território, provocando, assim, dificuldades tanto para o usuário quanto para o profissional e o trabalho a ser desenvolvido com o paciente, sua família e a comunidade em seu território. Esse efeito é percebido na fala a seguir:

*Então, pra nós, é difícil isso, porque, às vezes, você prevê um projeto terapêutico incluindo o paciente em oficinas aqui, mas aí, quando cê [...], a família fala que não dá para trazer. Entendeu? Então, a gente tem que ter parceria com quem tá lá, né? A gente tem que ver o que é possível, assim, que o paciente venha o mínimo possível de vezes no Caps, porque ele não vai te. Não vai te, você vai [...], você vai marcar a oficina com ele, ele não vai vir. Você vai marca o atendimento com ele, ele não vem (Participante 6).*

Conforme pode ser percebido nesta fala, tem acontecido ausência e abandono do tratamento por parte do usuário. Isso acontece em virtude da ausência de condições adequadas de acesso para que ele possa participar das atividades inerentes ao Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>3</sup>, que organiza e de fato realiza a atenção psicossocial em saúde, conforme a demanda de cada um. Não é difícil compreender que as dificuldades de acesso estão vinculadas à organização e à maneira com que a distribuição territorial está estipulada.

Já constatamos a mesma situação na etapa do processo inicial do fluxo de acesso da atenção em saúde mental nos Caps, porém, agora temos um novo elemento: o tema da adesão, tema extremamente importante e necessário para o tratamento e a efetividade da entrega da atenção em saúde mental. O que vemos é que a adesão ao tratamento está sendo prejudicada pela gestão política da estratégia, que não leva em consideração condições mínimas, como a vulnerabilidade socioeconômica.

No relato de um participante, o mesmo descreveu uma situação muito comum que ocorre com usuários engajados em seus PTS e que moram nas regiões mais distantes do Distrito de abrangência do Caps: diversas

---

<sup>3</sup> O Projeto Terapêutico Singular (PTS) “[...] é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas” (Brasil, 2007, p. 40).

reclamações e justificativas de faltas e abandonos do tratamento se dão pelo fato de terem que pegar até dois ônibus para chegar à unidade, levando horas de deslocamento, e também por não terem dinheiro para se deslocar. Por ser um local muito longe deles, os operadores também não conseguem ter conhecimento do que está acontecendo nas áreas mais distantes do território.

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

O tema da adesão é fundamental para a efetividade. Sem acesso não há adesão, e sem adesão não há efetividade. E se não há efetividade, então a política da estratégia é ineficiente, não cumprindo aquilo que a política está preconizando. Vemos, então, uma ineficiência que atinge parte dos usuários, tanto no fluxo de acesso, na recepção e no primeiro acolhimento, quanto no atendimento daqueles que estão sendo acompanhados pela unidade.

Uma outra situação que nos foi relatada é sobre o encaminhamento de pacientes que estão sendo atendidos pelo Caps em questão e que comecem a ter problemas graves com dependência química. Contou-nos um participante que, nessas situações, o protocolo a ser operado é desvinculá-lo e encaminhá-lo para o Caps AD., ou seja, há uma interrupção dos atendimentos dele no seu Caps de origem, tendo que continuar o tratamento em outra unidade, em outra comunidade, com outros profissionais.

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



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

Abre-se aqui mais uma temática advinda do problema que se tem em operar sob essa forma de compreensão: o tema do vínculo. Algo tão caro, basilar e fundamental na construção e na participação do usuário no seu tratamento. No que diz respeito à atenção em saúde mental proposta pela Raps, é possível perceber que a temática do vínculo deve ser explorada de duas maneiras: do vínculo que o usuário faz com os profissionais e, conseqüentemente, com a rede e o vínculo entre o usuário e a sociedade, a comunidade e os aparelhos sociais.

Em ambas, o território é considerado como elemento fundamental e necessário para se chegar a determinados objetivos, como a desconstrução de preconceitos, a inclusão social, o respeito às diferenças, etc. Portanto, uma grande fatia do fazer dos operadores da política seria efetivar essa mediação, que deveria ser de acordo com o território do usuário, o território de sua vida, de sua multiterritorialidade, e não com um território adscrito, operado e manifestado através dos protocolos pelos corpos dos trabalhadores, que dizem, neste caso, com quem e onde ele deveria ter um vínculo ou não. Isso sem falar nas problemáticas agravantes já abordadas anteriormente no texto, a distância, as vulnerabilidades sociais e econômicas e o sofrimento da dependência química que o usuário e a família podem se encontrar.

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

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

ineficiente e incoerente com o que preconiza a política estabelecida pela Raps. O usuário precisa se adequar ao território do Caps ou o Caps precisa se adequar ao território do usuário em sofrimento?

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

#### **4 OUTRAS FACETAS DA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO QUE CONSIDERA O TERRITÓRIO: QUE TIPO DE TERRITÓRIO?**

Neste momento, iremos trazer e analisar algumas falas que remetem diretamente ao tema do território nos atendimentos, aos instrumentos da operacionalização da atenção no Caps, como as oficinas, o matriciamento<sup>4</sup>, as visitas domiciliares, as relações intra e intersetoriais, as comunicações com as Unidades Básicas de Saúde e com os aparelhos sociais e o conhecimento da comunidade em seu entorno.

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

Começando pelas oficinas, ainda que tenha todos os dias no Caps, apenas três conseguem ampliar sua interação com a comunidade. Uma delas é a oficina de canto, que virou um coral e se apresenta em feiras, outros Caps e eventos de saúde mental. Usuários, familiares, e servidores podem participar. Outra oficina é a de artesanato, que acontece no Caps e, assim como a anterior, quando há oportunidade, o próprio usuário expõe

---

<sup>4</sup> Matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes criam, de forma compartilhada, uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, servindo como suporte técnico especializado a uma equipe interdisciplinar de saúde, com o objetivo de qualificar as suas ações e ampliar seu campo de atuação. (Chiaverini, 2011).

e vende suas artes produzidas em feiras. “[...] *Toda feira da saúde mental a M. tá lá, né? Coloca os panos de prato dela pra vender*” (Participante 6). Ambas promovem uma interação com o território e a comunidade, ainda que realizadas dentro da instituição.

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

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

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

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

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

Como uma das consequências disso, os usuários que conseguem ser atendidos recebem uma atenção precarizada, que não privilegia o território vivo, o extramuros, e tampouco encontram um mínimo de estrutura física e humana à disposição da atenção. Muitas vezes, aqueles que estão

abrigados na unidade acabam, segundo o relato de um participante, ficando muito tempo ociosos – consequêcia das péssimas condições de trabalho dos operadores, sobrecarregados e limitados. Vejamos o exemplo de um caso, relatado, que aconteceu com um usuário internado nestas condições:

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

O quadrado citado nesta fala é o corredor em volta da estrutura física interna e externa do Caps, que o corta pelos fundos e pela parte onde ficam as salas de atendimento. O participante em tela cita, ainda, a necessidade de outros profissionais para auxiliá-los e conseguir de fato atender aos abrigados. “[...] *A gente sente muita falta de educador físico, T.O., é... até uma arteterapeuta*” (Participante 5).

Diante de tal quadro exposto, no tocante às oficinas, nos parece ser possível afirmar que, com exceção das três que foram citadas no início deste tópico, a atenção operada no Caps em questão traz, de fundo, uma compreensão de território institucionalizante. O que deveria ser uma experiência com orientação desinstitucionalizante, conforme apontam as Diretrizes da Raps, ao se encontrar com condições desfavoráveis e precarizantes, termina se convertendo em uma atenção transinstitucionalizada, conforme nos alerta Bandeira (2012). Torna-se, assim, uma atenção que opera com elementos manicomial, que fracassa ao tentar desconstruir preconceitos, ao educar a sociedade para o convívio com a diferença, ao estabelecer e fortalecer vínculos com aqueles que sofrem com transtornos mentais fora das instituições. Fracassa ao trazer de volta a liberdade e a participação destes em seu próprio tratamento.

É unanimidade entre os participantes que o matriciamento e as visitas domiciliares sofrem da mesma precariedade de recursos materiais e humanos. Uma forma de realizá-los, mesmo com poucos recursos, foi por meio da internet, com as estratégias de grupos do WhatsApp e videochamadas. Através desses recursos, os operadores conseguem chegar até as Unidades Básicas de Saúde, realizar matriciamentos e se comunicar quando houver

necessidade ou demanda. Ainda assim, a queixa de falta de comunicação com as UBS foi prevalecte nos relatos.

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

A falta de comunicação não acontece somente com as UBS, mas com outros aparelhos da rede de atenção e aparelhos sociais que se encontram no território. Além disso, todos os participantes relataram não ter conhecimento do que acontecia no território de abrangência do Caps, os grupos de convivência, cursos, igrejas, etc.

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

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

Por fim, parece relevante destacar que a noção de território relatada explicitamente pelos participantes, majoritariamente, é fundada em uma compreensão de território intrasetorial e intersetorial. Ou seja, continua sendo uma compreensão de território como adscrição de clientela, institucional. No conjunto das falas e nas observações feitas pelos pesquisadores, fica uma forte impressão de que o Caps está isolado, tentando sobreviver a uma condição de trabalho que é colocada por uma gestão política ineficiente da estratégia.

A gestão opera a política de atenção em saúde mental no município a partir de uma compreensão de território como adscrição de clientela, cujas limitações terminam em ineficiência, ineficácia e inefetividade. O resultado não pode ser outro se não a precariedade da atenção e das condições de trabalho, os abandonos e as desistências do tratamento e o recrudescimento das condições que geram o sofrimento e o adoecimento.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Constatou-se que a atenção operada pelos trabalhadores da política na atenção em saúde mental do Caps pesquisado traz, de fundo, majoritariamente, uma compreensão de território como adscrição de clientela, institucional. Esta aparece como resultado do decantamento de uma gestão política da estratégia de atenção do município, que estabelece sua organização e protocolos a partir de uma compreensão, igualmente, de território como adscrição de clientela.

Isso tem gerado problemas de acesso, adesão, sobrecarga de trabalho, adoecimentos de operadores e usuários e agravamento das condições que geram o sofrimento, assim como também tem oferecido uma atenção predominantemente institucionalizante. Tal gestão, da maneira como está, não contribui em termos operacionais para a efetividade da entrega da atenção em saúde mental, de base territorial e comunitária, conforme preconizado pela política da Raps.

Faz-se necessário, portanto, repensar a maneira como a divisão territorial política dos Distritos Sanitários do município está distribuída entre os Caps, a quantidade de unidades e operadores para as demandas de cada área e as localizações em cada região. Assim, possivelmente, a gestão do município poderá dar condições para que o trabalhador opere a política a partir de uma compreensão de território existencial e vivo. Uma compreensão que, ao trabalhar no e com o território do usuário, permite desconstruir preconceitos, educar a sociedade para o convívio com a diferença, estabelecer e fortalecer vínculos entre os usuários e o seu entorno e trazer uma maior possibilidade de participação no tratamento, tanto do usuário quanto da sociedade.

## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG; Humanitas, 2010.
- BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 6, n. 2, p. 171-182, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 336*, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as diretrizes de organização dos CAPS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 19 set. 1990.
- CHIAVERINI, D. H. (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- FERREIRA, T. P. S.; SAMPAIO, J.; SOUZA, A. C. N.; OLIVEIRA, D. L.; GOMES, L. B. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 373-384, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>
- MBEMBE, A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte* (R. Santini, Trad.). São Paulo: N-1 Edições, 2018.
- SESAU. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. *Plano Municipal de Saúde – 2022-2025*. 2021. Campo Grande: SESAU, 2021.

