

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Taciana de Almeida Buchs

**CAPS E O CUIDADO EM TERRITÓRIO: A CONCEPÇÃO DOS (AS)
GESTORES (AS)**

Santa Maria, RS
2021

Taciana de Almeida Buchs

**CAPS E O CUIDADO EM TERRITÓRIO: A CONCEPÇÃO DOS (AS) GESTORES
(AS)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito básico para a obtenção do título de **Terapeuta Ocupacional**.

Orientadora Prof.^a Dr.^a Tatiana Dimov

Santa Maria, RS
2021

Taciana De Almeida Buchs

**CAPS E O CUIDADO EM TERRITÓRIO: A CONCEPÇÃO DOS (AS) GESTORES
(AS)**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a
Universidade Federal de Santa Maria, como requisito
parcial para obtenção do grau de bacharel em Terapia
Ocupacional

Aprovado em 22 de julho de 2021:

Tatiana Dimov, Dr^a (UFSM)
(Presidente/orientador)

Ana Luiza Ferrer, Dr^a (UFSM)

Leidy Janeth Erazo Chavez, Dr^a (UFMT)

Santa Maria, RS
2021

AGRADECIMENTOS

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

Ao longo da minha trajetória de vida, muitas pessoas passaram por mim, assim, eu sou esta colcha de retalhos, onde cada pedaço é costurado com linhas de afeto e me constituem. São tantos os retalhos que me formam que, certamente, acabarei por ser injusta neste espaço de escrita, por isso quero agradecer primeiro a todos que por mim cruzaram e deixaram um pouco de si, em especial a:

- Mãe, Pai e Mana, por serem meus maiores incentivadores, por me ensinarem o valor do conhecimento, pelo apoio e pelas renúncias que fizeram para que eu pudesse ocupar este espaço. Agradeço também por serem rede de apoio cuidando do Miguel com tanto amor e carinho, sem vocês eu não teria conseguido.

- Miguel, que traz cor e leveza aos meus dias. Obrigada filho por ter suportado minhas ausências tão cedo e por me lembrar tantas vezes que há uma vida acontecendo para além da universidade;

- Daniel, por compreender minhas distâncias, mesmo dentro de casa, por me ouvir, pelas breves revisões de texto e pelo incentivo sempre.

- Minhas amigas que chegaram antes da vida acadêmica, e se mantiveram comigo, apesar dos nossos raros encontros, obrigada por permanecerem e pelo apoio.

- Obrigada as amigas que a vida acadêmica trouxe e que foram essenciais no meu caminho, especialmente Adriana, Amanda e Maria Eduarda, obrigada por compartilharem tantos momentos comigo e por terem tornado esta parte da estrada mais colorida, alegre e gostosa, a presença de vocês fez toda a diferença.

- A minha orientadora Tatiana Dimov, por auxiliar e acrescentar tanto a este trabalho, por ser paciente, compreensiva e tão acolhedora às minhas dúvidas, medos e processos de escrita.

- A TAE Fernanda Lemes, que se tornou uma amiga e me inspira na terapia ocupacional, assim como todas as professoras e TAEs do departamento de terapia ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria.

- A todos que lutaram e lutam para que muitos, assim como eu, tenham acesso ao ensino público de qualidade;

- A todos que lutaram, lutam e defendem o SUS. O SUS salva.

Uma voz que vem de todos os pobres, do peito de todos os pobres. Uma voz que diz uma palavra bonita de solidariedade, de amizade: companheiros. Uma voz que convida para a festa da luta. Que é como um samba alegre de negro, como ressoar dos atabaques nas macumbas.

Capitães de Areia. Jorge Amado, 1912. p.253

RESUMO

CAPS E O CUIDADO EM TERRITÓRIO: A CONCEPÇÃO DOS (AS) GESTORES (AS).

AUTOR: Taciana de Almeida Buchs

ORIENTADORA: Tatiana Dimov

Este trabalho propõe-se compreender como os gestores e as gestoras dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Política de Saúde Mental (PSM), pastas municipais e estaduais, entendem o conceito de território, as estratégias de territorialização dos CAPS e como buscam implementá-las em Santa Maria, RS. A pesquisa possui abordagem qualitativa exploratória, com delineamento de campo e natureza aplicada. Utilizou-se da entrevista semiestruturada, com os (as) gestores (as) citados (as), para a coleta de dados. Identificou-se que estes compreendem o território tanto de forma funcional, como espaço para a gestão do cuidado, quanto como espaço de subjetividades. Contudo, há no município uma fragilidade nas relações dos CAPS com a atenção primária e no cuidado compartilhado, sendo necessário o fortalecimento das redes e a sistematização das ações conjuntas dos serviços através de ações de matriciamento, que precisam ser aperfeiçoadas e consolidadas no município. Contudo, identificou-se que há a busca por estar nos territórios, articulando com as redes, fornecendo apoio e compondo projetos, ações que somadas ao apoio matricial eficiente e bem estabelecido, podem transformar o cuidado em saúde mental do município. Por fim, sugere-se, novas pesquisas no município para aperfeiçoar as ações de matriciamento e para compreender como a Atenção Primária à Saúde, tem desenvolvido o cuidado em saúde mental na cidade, colaborando para a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Também é importante o fortalecimento da luta contra os retrocessos na saúde mental, o subfinanciamento do SUS e o financiamento ainda mais defasado da saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Serviços de Saúde. Assistência à saúde.

ABSTRACT

CAPS AND CARE IN TERRITORY: THE CONCEPTION OF THE MANAGERS

This paper intends to comprehend how managers of Psychosocial Care Centers (CAPS) and Mental Health Policy (PSM), from municipalities and states, understand the concept of territory, the territorialization strategies of CAPS, and how they try to implement them in Santa Maria, RS. The research has a qualitative exploratory approach, with field delineation and applied nature. A semistructured interview with the managers mentioned was used to collect the data. The results show that they understand territory in a way, both functional - a space for the care management -, and as a space for subjectivities. However, there is a fragility in CAPS relations to primary care and shared care. It is necessary to strengthen the networks and systematize joint actions of services through matrix-based strategies, that need to be perfected and consolidated in the city. Still, there is a search for being part of territories, articulating with networks, providing support, and creating projects. These actions, added to an efficient and well-established matrix-based support, can change the mental health care in the city. Finally, new research is suggested in the city to improve the matrix-based actions and understand how Primary Health Care develops mental health care in Santa Maria, collaborating to the qualification of RAPS. It is also important to strengthen the fight against mental health setbacks, underfunding of SUS, and even worse funding of mental health.

Keywords: Mental Health. Health Services. Health Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ij	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CNSM	Conselho Nacional de Saúde Mental
CRS	Coordenadoria regional de saúde
GM/MS	Gabinete do Ministério/Ministério da saúde
GAM	Gestão Autônoma da medicação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NEPeS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSM	Política de Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
4. REVISÃO DE LITERATURA	12
4.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA (RPB)	12
4.2 AS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E OS CAPS	14
4.3 TERRITÓRIO POR MILTON SANTOS E SEUS ASPECTOS NA SAÚDE	16
4.4 MUNICÍPIO DE SANTA MARIA	17
METODOLOGIA	19
.1 DESENHO DE ESTUDO	19
.2 CAMPO DE ESTUDO	20
.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	20
.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão	21
.3.2 Técnicas de Coleta de Dados	21
.4 ETAPAS DA PESQUISA	21
.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	22
.6 ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO	23
6. RESULTADO E DISCUSSÃO	24
6.1 ESPAÇOS GEOGRÁFICOS E TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS;.....	24
6.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O CUIDADO COMPARTILHADO	28
6.3 APOIO MATRICIAL: COMPARTILHAR E FORTALECER.....	30
6.4 CUIDADO EM REDE.....	33
6.5 RECURSOS DE TRABALHO: O QUE (NÃO) SE TEM.	36
6.5.1. O transporte.....	36
6.5.2 Sobrecarga dos serviços	37
6.6 O QUE SE FAZ: O TRABALHO DESENVOLVIDO NOS CAPS.....	40
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	52
APÊNDICE B- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	53
APÊNDICE C – TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA GESTOR A	54
APÊNDICE D- TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA GESTOR B	61
APÊNDICE E – TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA AUTOR C	67
APÊNDICE F – TRANSCRIÇÃO GESTOR D	69
APÊNDICE G - TRANSCRIÇÃO GESTOR E	74
APÊNDICE H - TRANSCRIÇÃO GESTOR F	78
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	87
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	89

1. INTRODUÇÃO

O Movimento de Reforma Psiquiátrica implodiu no Brasil na década de 1980, assim como, os diversos movimento sociais que resultaram no Sistema Único de Saúde e a redemocratização do país. A Reforma Psiquiátrica, inspirada no movimento Italiano, surge para, em um movimento de luta, questionar a forma de cuidado dos manicômios, a violência do local, a mercantilização da loucura através de uma soberania da rede privada na atenção à saúde mental e o modelo hospitalocêntrico, que segrega e exclui pessoas com sofrimento mental ou pessoas que não condizem com as normas sociais da época. Neste cenário, surgiu em 1987, na cidade de São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil (BRASIL, 2005).

Os CAPS são voltados ao atendimento de pessoas com sofrimento mental persistente, moderado à grave. Prestam acolhimento a esta população e agem de forma a estimular a sua integração no âmbito social e familiar, apoiando suas buscas por autonomia, além de fornecer atendimentos médicos, psicológicos, terapêuticos ocupacionais, entre outras especialidades. Estes serviços, segundo a portaria nº 336 GM/SM (BRASIL, 2002), devem estar organizados sob a lógica de um território, que inclui, para além da área geográfica, as pessoas, os conflitos, os interesses, as relações sociais, as instituições e os outros cenários, como igreja, escola, associação de moradores, etc. (BRASIL, 2005).

O município de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS) contém uma população estimada de 282.123 pessoas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), e abriga quatro CAPS: dois de características álcool e outras drogas (CAPS ad II), presta atendimento à pessoas com transtornos decorrentes do abuso de substâncias psicoativas; um CAPS Infanto-juvenil (CAPS ij II), presta atendimento à crianças e adolescentes de até 18 anos; e um CAPS II. A modalidade dois de CAPS é voltado à municípios com população de até 200.000 (duzentos mil) habitantes, sendo a modalidade de CAPS III a indicada para municípios com população acima de 200.000 mil habitantes.

Esta compreensão de território, que está para além da área geográfica, aproxima-se a compreensão de Milton Santos (2007, p. 13) onde o território é “Lugar onde desembocam todas as paixões, todas as ações, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência” É neste

local de existência que os CAPS devem estar inseridos e construir suas ações.

Desta forma compreende-se a importância da efetivação da territorialização do cuidado em saúde mental, considerando-se a busca pela existência plena dos sujeitos, assim como o pertencimento das pessoas que estão em sofrimento mental e historicamente são excluídas dos espaços e das relações sociais. Além disso, a noção de território na saúde mental não diz respeito apenas ao lugar onde o cuidado ao louco acontece, mas, como compreende-se a vida na nossa sociedade e como compreende-se o cuidar (SAFFIOTI, 2017). Discutir o cuidado em território é dar luz a uma forma de cuidado que vai além da remissão de sintomas, mas que produz subjetividades e cidadania.

Portanto, justifica-se a relevância de estudos que busquem identificar o entendimento e as ações de gestores(as) acerca destes conceitos e as ações e estratégias que traçam para tornar este cuidado efetivo, visto o papel fundamental do gestor(a) em um processo de mudança, que depende inicialmente de seu desejo, entre outros diversos fatores, para ser levado a efeito, considerando que o(a) dirigente é o(a) responsável por sustentar a instituição e garantir o desenvolvimentos das ações propostas (HEIDEMANN, 2009).

A relevância dos estudos e ações sobre o território para o planejamento de ações são apontados por Faria e Bortolozzi (2009), justificando a pertinência do seguinte estudo para compreensão das estratégias de territorialização dos CAPS a fim de diminuir os processos de exclusão e apropriação/dominação a que estão submetidos às pessoas com sofrimento mental nos seus territórios

[...] a categoria território se mostra pertinente, tanto no que se refere ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna, quanto para a investigação das realidades sociais mais deploráveis. Se de um lado o território - cenário das relações sociais -, pode ser essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, de outro, torna-se importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas (p. 37).

Tendo em vista o disposto, tem-se como objetivo compreender como os gestores e gestoras dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Maria, da política de saúde mental da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e da política de saúde mental do Município de Santa Maria interpretam a territorialização do cuidado em saúde mental e como implementam-nas nos CAPS. Para isso, assume-se como objetivos específicos: compreender como os (as) gestores (as) entendem o conceito de território; identificar as estratégias que assumem para promover a territorialização no município de Santa Maria e compreender como Santa Maria está desenvolvendo a Rede de Atenção Psicossocial e a Política de Saúde Mental.

Com isso pretende-se contribuir com a atenção à saúde mental do município através da troca de saberes e experiências entre os serviços com a devolutiva das descobertas feitas ao fim do estudo. Colaborando para que o cuidado em saúde mental de base territorial seja uma prática possível e comum aos CAPS de Santa Maria.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA (RPB)

A história psiquiátrica brasileira teve início na metade do século XIX com a criação do primeiro Hospício de Alienados Pedro II, na cidade de Rio de Janeiro. Com uma história marcadamente excludente e de estrutura manicomial, as instituições totais que controlavam a psiquiatria Brasileira tinham como objetivo a higienização social, promovendo a exclusão social dos indivíduos indesejados socialmente, os indisciplinados, trancafiando-os em áreas geograficamente distantes. No início do século XX, mais precisamente nos anos 1920 e 1930 surge a Liga Brasileira de Higiene Mental que fortaleceu a ideia de higienização social através dos seus ideais eugênicos (YASUI, 2006).

Ao fim dos anos 1980, o Brasil passa por processos de redemocratização após a ditadura militar e há o fortalecimento dos movimentos sociais que abrem espaço para discussões dos modelos de assistência à saúde através da reforma sanitária. O clima de reivindicação e disputa, onde a sociedade civil exige do Estado a concretização dos seus direitos, é terreno fértil para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1986, um ano após a redemocratização do país.

Os movimentos sociais deste período eram organizações que buscavam a renovação da política, constituindo-a através da vida cotidiana, de forma que os implicasse diretamente. Os novos sujeitos políticos deste período buscam o rompimento das instituições estabelecidas “Através de suas formas de organização e de luta, eles alargam as fronteiras da política. Neles aponta-se a autonomia dos sujeitos coletivos que buscam o controle de suas condições de vida contra as instituições de poder estabelecidas” (SADER, 1995, p. 313).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um dos exemplos deste rompimento com o que estava estabelecido. Iluminada pela Reforma Psiquiátrica Italiana, estruturada pelo psiquiatra Franco Basaglia na década de 70. Basaglia era um contestador, de forma incondicional, do modelo manicomial instituído, visto que segundo este, as instituições produziam de forma

direta a violência e consequente o assujeitamento das pessoas com sofrimento mental (COUTO, ALBERTI, 2008).

Desta forma a Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada na década de 1970 e fortalecida na década de 1980, buscou o rompimento progressivo com os hospitais psiquiátricos e os modelos manicomiais. Yasui aponta a influência da vida cotidiana na mobilização pelas mudanças na psiquiatria brasileira e a luta contra as instituições e as epistemologias instituídas, assim como, o seu alargamento para o campo sociocultural,

Nascida a partir da mobilização de trabalhadores de saúde, no cotidiano de suas práticas institucionais e nas universidades, a Reforma Psiquiátrica buscou politizar a questão da saúde mental, especialmente, na luta contra as instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocam uma ruptura epistemológica; criou experiências e estratégias de cuidado contra hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais e buscou produzir efeitos no campo sociocultural (2006, p. 26).

As mudanças não se davam apenas para acabar com o modelo manicomial e a instituição asilar, mas para contrapor-se às formas de cuidado, à compreensão de loucura e a mercantilização desta, através dos convênios formados pelos Institutos de Nacional de Previdência Social (YASUI, 2006, p. 27). Assim sendo, a reforma psiquiátrica estabeleceu-se como uma revolução no cuidado em saúde mental, e teve seu marco teórico e político no ano de 1987 através da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) e no mesmo ano a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, Dr. Luís da Rocha Cerqueira, localizado em São Paulo. Outro momento importante é a intervenção médico-legal no hospital Casa de Saúde Anchieta, em Santos, visto as denúncias de morte e maus tratos dos internos, no ano de 1989 (HIRDES, 2008; YASUI, 2006). Após estes marcos no cuidado em saúde Mental é que se passou a priorizar a construção de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, ampliando a construção dos CAPS, Residências terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de convivência, entre outros.

No Rio Grande do Sul, em 1992, foi aprovada a lei estadual da reforma psiquiátrica, lei nº 9.716, que, entre outras disposições, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental (RIO GRANDE DO SUL, 1992). No entanto, foi apenas no ano de 2001 que se aprovou a lei federal nº 10.216 de 2001 que, entre outras disposições, vai tratar do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, apontando o estabelecimento de serviços comunitários, assim como, a inserção de pessoas com transtornos mentais na sociedade, na família e no trabalho (BRASIL, 2001). Com

o sanciona mento destas leis, o Brasil passa a construir e fortalecer, o que virá a se tornar em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial.

4.2 AS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E OS CAPS

As redes de atenção psicossocial (RAPS) foram instituídas através da portaria nº 3.088 GM/MS de 2011 com o intuito de consolidar as ações da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) em serviços de base comunitário e territorial, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o cuidado em liberdade por vias da articulação e integração das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

As RAPS possuem como princípios para o cuidado: o respeito aos direitos humanos; o cuidado em liberdade; o combate a estigmas e preconceitos; o cuidado de forma integral, assim como, a diversificação das suas estratégias; atividades no território, favorecendo a inclusão social, pretendendo a promoção de autonomia e o exercício de cidadania; o controle social exercido através dos usuários e familiares; a educação permanente em saúde e a construção de Plano terapêutico Singular. Composta por sete componentes que se subdividem em outros pontos de atenção, a RAPS se materializa na: atenção básica; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de de institucionalização e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Dentre tais componentes destacamos a atenção psicossocial especializada, formada pelas diversas modalidades de CAPS, citado jurídica-politicamente pela primeira vez através da portaria nº 224/92 (BRASIL, 1992) que estabeleceu as novas diretrizes e normas de assistência em saúde mental após a RPB. Em tal portaria os CAPS estabeleciam-se como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, no entanto, ainda não se previa um cuidado de base territorial. No início da década de 2000 a portaria nº 336 GM/MS (BRASIL, 2002) estabeleceu as diretrizes para o funcionamento dos CAPS e designou-o como a experiência oficial de modelos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Até o ano de 2009, cabia a estes estabelecimentos exercer ação organizadoras em conjunto com a rede, sendo um

elemento articulador central (MOREIRA, ONOCKO-CAMPOS 2017), contudo, com o estabelecimento das RAPS, as ações de cuidado em saúde passam a ter centralidade na Atenção Primária à Saúde (APS), e os CAPS passam a atuar como pontos estratégicos da rede (SAFFIOTI, 2017).

Os CAPS são serviços destinados ao acolhimento e tratamento de pessoas “com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo,” (BRASIL, 2002, §1º), constituem-se nas modalidades CAPS I (municípios com população de até 70.000 habitantes), CAPS II (municípios de até 200.000 habitantes) e CAPS III (com oferta de até 5 leitos para acolhimento noturno em municípios de mais de 200.000 habitantes) definidos, de forma crescente por abrangência populacional e complexidade, e diferenciam-se pelas especificidades da atenção em: CAPS ij, voltado ao atendimento de crianças e adolescentes até 18 anos e os CAPS ad, voltados ao tratamento de pessoas com transtornos em decorrência do uso e abuso de álcool, crack e outras drogas. A portaria nº 130 (GM/SM, 2012) instituiu também o CAPS ad III para municípios com população de 200 a 300 mil habitantes e funcionamento 24 horas todos os dias da semana.

Aponta-se aqui que, a cidade de Santa Maria, com uma população maior que duzentos mil habitantes, possui apenas um CAPS de modalidade II, contudo, segundo a portaria nº 336 (BRASIL, 2002), deveria abranger um CAPS da modalidade III, assim como um CAPS ad III conforme portaria nº 130 de 2012 (BRASIL). Supõe-se, através disto, um déficit de recursos materiais e humanos para a assistência à população.

Os centros de atenção psicossocial atuam sob a forma de um serviço ambulatorial de funcionamento diário, com uma área territorial adstrita pela qual é responsável assim como deve atuar sob a lógica do território (BRASIL, 2002). Observa-se, assim, o uso do termo território, pela portaria nº 336, com dois sentidos destoantes, o de território como área geográfica para organização do serviço, e o território com sentido não explicitado na portaria.

Na publicação, pelo ministério da saúde no ano de 2004, de um manual sobre os CAPS é possível compreender de forma mais objetiva a lógica do território à qual supõe o serviço, o documento refere-se: “Sua característica principal [CAPS] é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. ” Assim, vemos uma aproximação ao conceito de território desenvolvido por Milton Santos.

4.3 TERRITÓRIO POR MILTON SANTOS E SEUS ASPECTOS NA SAÚDE

Milton Santos foi um geógrafo brasileiro reconhecido mundialmente por sua geografia crítica, entre diversas discussões, Milton Santos aborda de forma bastante condenatória a globalização, visto o processo de acentuação das desigualdades entre territórios que esse processo causa. Conseqüentemente à esta discussão, Milton Santos ocupou-se também dos conceitos de espaço geográfico e território, conceito de grande importância para o autor pois “nada considerado essencial hoje se faz no mundo que não seja a partir do conhecimento do que é o território” (SANTOS, 2007, p. 13).

O conceito de território veio a tornar-se de grande valor para as ciências da saúde, adentrando este campo nas décadas de 1970 e 1980, junto à movimento sanitarista e o movimento da RPB. Santos, não estipula uma única definição para território, cuja concepção é base para outras discussões, assim o conceito é desenvolvido em diversos livros e artigos (SAFIOTTI, 2017). Com vistas nisso, as definições aqui abordadas, são uma síntese do pensamento do autor.

Santos compreende território como um organismo vivo, onde a análise social ocorre através do uso do território e não do território por si só, apontando que a sua única permanência é ser “o nosso quadro de vida” (SANTOS, 1994, p 15). O autor também trata território como “o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida” (2007, p 14). É possível identificar nas apresentações sobre território trazidas pelo geógrafo a centralidade do território como um espaço que, para acontecer precisa de vidas vividas e relações entre os que dividem aquele espaço incluindo os jogos de força que se constituem, as paixões, instituições e poderes e tudo que se articula na manifestação da existência (SANTOS, 2007, p 14).

Em um desenvolvimento mais atual do conceito território o autor o compreende, de forma mais complexa, como um campo de forças que define quem pertence e quem não pertence ao território, de forma a sempre existir ‘os outros’, aqueles que, embora estejam no território não encontram espaço para a sua produção de vida.

O território será um campo de forças, uma teia ou uma rede de relações sociais que, a par de sua complexidade interna, define, ao mesmo tempo, um limite, uma alteridade: a diferença entre nós (o grupo, os membros da coletividade ou comunidade, os insiders) e os outros (os de fora, os estranhos, os outsiders) (SANTOS, 2002, p. 86).

Para o estudo do território na saúde, usaremos dos conceitos de Milton Santos apresentados, incluindo-se o componente cultural, de forma que o território abrange sempre duas dimensões: a simbólica, que é cultura, e a material, que é político-econômica. Assim compreende-se, de acordo com Santos e Silveira (1997), que: a cotidianidade dos sujeitos é afetada pelas desigualdades, provocadas predominantemente pelo sistema político-econômico vigente e pelas heterogeneidades do território, estabelecidas pela cultura. A partir disso, podemos pensar como o território é compreendido no cuidado em saúde, mais especificamente no cuidado em saúde mental.

A saúde mental Brasileira recebeu grande influência da Psiquiatria democrática Italiana, inclusive na RPB, como já mencionado. A Psiquiatria Democrática Italiana propõe a luta pela cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, muito além da construção de serviços de saúde, mas ao exercício de proporcionar uma condição de existência. A intenção de cuidado passa ser a de produção de vida e de singularidade, produções que só se dão no território.

É através do território do sujeito que ele pode existir como “nós” ou como “os outros”, os que integram ou os que são excluídos (SANTOS, 2002, p. 86), constituindo-se enquanto sujeitos a partir disto. Assim, é necessário traçar estratégias que possam reinventar a existência no território, transformá-lo, romper com os lugares que marcam as desigualdades e que excluem, buscando a produção de uma coletividade que sustente as diferenças.

Nesse sentido, a tarefa do serviço de saúde mental, pensado sobre uma base territorial, se torna preferencialmente voltar a conectar o usuário, ou construir pontes onde não haviam, com um sistema de relações e de recursos humanos e materiais, pensando sempre que possível nos lugares de vida deste sujeito[...]” (SAFFIOTI 2017, p. 88)

Portanto, para que o cuidado em território aconteça de fato é importante que o serviço de saúde mental esteja presente no território, não só como uma construção material no espaço, mas como um agente político e ético disposto a produzir cidadania e singularidade àqueles que são historicamente excluídos e assujeitados. Visto isso, é importante contextualizar um pouco do território de Santa Maria, onde os Centros de atenção Psicossocial exercem seus cuidados.

4.4 MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

Localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul a cidade de Santa Maria é uma

cidade de médio porte, estimada, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), com uma população estimada de 282.123 mil/habitantes para 2019. Fundada em 1876 Santa Maria, antes habitada pelos índios Tapes e Minuanos, foi densamente povoada após um acampamento formado por espanhóis, portugueses, índios e negros, conhecido pelo acampamento de Santa Maria. Salienta-se também a importante povoação de imigrantes italianos, alemães, judeus e libaneses (CARVALHO, 2012).

A cidade surgiu como um centro ferroviário do Estado do Rio Grande do Sul, tendo sua economia baseada neste setor. Com o desmantelamento do sistema de ferrovias, a cidade precisou buscar novos elementos para se reorganizar, estabelecendo como potência atrativa e econômica a Universidade Federal de Santa Maria e o grupo de quartéis, que alimentam o território corporativo de comércio que se instalou (FARIA et al., 2019).

A cidade de Santa Maria, assim como todo o território nacional, é marcada pela desigualdade social em seus territórios, tendo uma concentração de renda na região central da cidade e grandes índices de privação social aos arredores, principalmente nas regiões oeste, norte, nordeste, sul, leste e centro-oeste. Privação social é definida como “ausência, ou a escassez, no território, das condições fundamentais para o desenvolvimento da vida” (FARIA et al., 2019, p. 246).

Grande parte dos territórios com privação social, são territórios advindos da ocupação de terras irregulares, uma prática comum na cidade. Estes espaços são caracterizados por Milton Santos (1988) como “territórios de não cidadãos”, visto que a ausência de direitos e justiça social, tal como se dá nestes territórios, não permitem uma vivência cidadã. Tal vivência é ainda mais afetada pelo uso que o poder público faz do território, criando claras divisões na construção dos serviços, exemplificado na cidade de Santa Maria pela construção de um aterro sanitário na região Oeste da cidade, onde a privação social é extremamente alta, e a construção de uma universidade e de um aeroporto na região Leste, onde os índices de privação social são bastante baixos. Conforme Faria et.al. (2019)

Sim, a instalação do aterro sanitário e do presídio deixa mais pobre o pobre, isso objetivamente, porque desvaloriza o que lhe pertence (a casa, a terra, o lugar). Então, esse pobre não é só segregado, vulnerável ou excluído, mas também é privado das possibilidades (p. 247).

Posto isso, compreende-se o grande desafio que se apresenta aos trabalhadores da saúde de Santa Maria, em especial trabalhadores de saúde mental, em estabelecer um cuidado territorial em locais tão distintos e singulares, especialmente nos territórios com privação social

alta. No entanto, é nestes locais que o trabalho territorial precisa acontecer de forma ainda mais engajada, de modo a construir, junto aos usuários a possibilidade de exercer a cidadania, transformando o território vivenciado, estabelecendo redes e construindo novos significados e relações para com aquele território.

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DE ESTUDO

De acordo com Minayo (2010) considerar a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são fundamentais a qualquer pesquisa social. A partir da compreensão de que: o cuidado em território, abordado neste trabalho provém de um processo dinâmico que é a Reforma Psiquiátrica Brasileira, provavelmente provisório, pois as concepções de saúde, cuidado e loucura são construções sociais e históricas, e ainda, específico do território em que propus a pesquisa, constrói-se este trabalho como uma pesquisa social, restringindo-se portanto à uma abordagem de pesquisa.

Assim, definimos esta pesquisa com uma abordagem qualitativa com delineamento de campo, visto o interesse em compreender a interpretação dos e das gestoras da política de saúde mental que abrange o Município, assim como os (as) gestores dos CAPS de Santa Maria acerca da territorialização do cuidado, além de identificar as estratégias usadas para atuar com base no território. Buscando compreender a relação entre a linguagem, a compreensão dos(as) gestores(as) acerca do território na saúde, e as suas ações, aquilo que é do seu cotidiano, para efetivar isso no município.

Segundo Minayo (2002), os pesquisadores que seguem a linha da pesquisa qualitativa se opõem à uma corrente positivista, pois suas preocupações são outras que não a de generalizações e quantificações.

Os autores que seguem tal corrente não se preocupam em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositários de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultado da ação humana objetivada. Ou seja, desse ponto de vista, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis. (p. 24)

A preocupação desta pesquisa em adentrar ao campo das atitudes e da cotidianidade dos gestores e das gestoras, para que se produza um entendimento acerca das suas compreensões,

valores e relações estabelecidas, evidência a escolha por esta abordagem em específico. Esclarece-se que não há um interesse na quantificação ou generalização das ações desenvolvidas, mas a preocupação com o como, o porquê e a partir do que estas ações são desenvolvidas.

Assim, a pesquisa caracteriza-se como aplicada, pois há a preocupação em torno de uma questão em específico de uma instituição (FLEURY e ERLANG, 2017), neste caso, estabelecimento de ações territoriais pelos CAPS. Além disso, há o interesse em produzir impactos nas ações de territorialização do serviço, reforçando a sua natureza aplicada pela definição de Fleury e Werlang.¹

Portanto, com vistas ao objetivo proposto, constitui-se como uma pesquisa exploratória através da aplicação de entrevista semiestruturada, apoiando-me nas vivências dos (as) sujeitos (as) que estão mais próximos da organização e da realidade dos serviços, os gestores e gestoras, e das percepções geradas no momento das respostas dos gestores.

5.2 CAMPO DE ESTUDO

A coleta de dados ocorreu nos CAPS situados na cidade de Santa Maria e nos locais de trabalho dos (as) gestores (as) da PSM, tanto da 4º CRS, que abrange 32 municípios de parte da região Centro-oeste do estado do RS, quanto da cidade de Santa Maria.

O município conta com quatro CAPS, sendo eles: o CAPS Álcool e outras drogas (AD) II Caminhos do Sol, localizado na rua Euclídes da Cunha; o CAPS II Prado Veppo, localizado na AV. Hέλvio Basso; o CAPS AD Companhia do recomeço localizado na rua General Neto e o CAPSi O equilibrista localizado na rua Conrado Hoffman.

5.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa caracterizam-se pelos gestores e gestoras dos CAPS de Santa Maria e gestores (as) da Política de Saúde Mental, (responsável pelo cargo na 4º Coordenadoria Regional de Saúde e o (a) responsável pelo cargo no Município de Santa Maria) que estavam em exercício da função no momento da pesquisa e que aceitaram participar de forma voluntária.

¹ “Atividades em que conhecimentos previamente adquiridos são utilizados para coletar, selecionar e processar fatos e dados, a fim de se obter e confirmar resultados, e se gerar impacto” (p. 11-12)

5.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

O critério de inclusão dos sujeitos entrevistados foi a disponibilidade em responder à entrevista de forma voluntária, estar ocupando o cargo de gestor (a) do serviço a no mínimo um mês e ter no mínimo 5 meses de atuação em serviços da Rede de Saúde Mental de Santa Maria. Aos gestores e gestoras que irão participar da entrevista será submetido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estando a participação destes, ou não, na pesquisa sob a influência de seus interesses.

Os critérios de exclusão são: não estar exercendo o cargo de gestor no momento da pesquisa, não ter interesse em participar voluntariamente.

5.3.2 Técnicas de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu através do uso de entrevista exploratória semiestruturada, aplicada aos gestores (as) dos CAPS de Santa Maria e os (as) coordenadores (as) da PSM do Município de Santa Maria e da 4º CRS. O interesse de tal entrevista é identificar como os (as) gestores (as) entendem território, como compreendem a territorialização dos CAPS e que estratégias desenvolvem para efetivar isso nos serviços pelos quais são responsáveis.

A entrevista semiestruturada é composta por perguntas abertas e fechadas, permitindo assim, que o sujeito da pesquisa discorra sobre o tema sem distanciar-se das informações que o pesquisador necessita receber. As entrevistas possibilitam a tomada de informações de dois tipos, as objetivas -que podem ser obtidas por outros meios que não o sujeito- e as subjetivas, que dizem respeito ao sujeito da pesquisa, a sua opinião, a sua vivência, a sua interpretação da realidade. Na entrevista semiestruturada proposta, pretende-se abranger as duas informações, com mais ênfase nas questões subjetivas (MINAYO, 2010).

5.4 ETAPAS DA PESQUISA

A seguinte pesquisa teve quatro momentos principais: 1º) Aprofundamento teórico ao tema; 2º) Emprego da entrevista semiestruturada aos gestores e gestoras da PSM que digam respeito à Santa Maria, como também aos gestores e gestoras dos CAPS; 3º) Análise dos dados obtidos através da análise do discurso.

As etapas para a realização destes momentos foram:

- Contato com o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde, que disponibilizou o e-mail das instituições envolvidas na pesquisa;
- Contato, via e-mail com os (as) gestores (as) dos CAPS de Santa Maria e os (as) gestores (as) das políticas de saúde mental;
- Estabelecimento, em conjunto, de horários, dias e locais para a realização da entrevista, assim como o modo como seriam desenvolvidas (via google meet, presencialmente ou via e-mail);
- Realização da entrevista semiestruturada, com gravação das informações;
- Transcrições das entrevistas;
- Organização das informações;
- Análise dos materiais por via da análise do discurso.

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa ocorreu respeitando a resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, visto que se trata de uma pesquisa com seres humanos. Tal resolução visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado, considerando os princípios da bioética que tratam da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, além de outros (BRASIL, 2012). Visto a abordagem qualitativa da pesquisa, está também foi elaborada em consonância com a resolução nº 510 de 2016, que “dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes[...]” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016) orientando esta pesquisa conforme os princípios éticos e outras disposições apontadas na resolução.

A pesquisa teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, registrado sobre o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 35314220.1.0000.5346, e com autorização do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde (NEPeS) de Santa Maria e da comissão de integração ensino serviço da 4º CRS, assim como, as entrevistas só ocorreram após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte dos entrevistados. Os gestores tiveram participação voluntária, e poderiam interromper a entrevista a qualquer momento sem nenhuma penalidade. O TCLE foi disposto em duas vias, ficando uma cópia sob a posse do entrevistado, e a outra, com o entrevistador. Garante-se também a confidencialidade dos entrevistados, que na transcrição e na análise de dados foram

renomeados, de forma aleatória, por símbolos alfabéticos.

Os riscos apresentados pela pesquisa eram de constrangimento por conta das perguntas realizadas aos gestores e gestoras e coordenador (a) da política de Saúde Mental e fadiga em responder às questões, buscou-se diminuí-lo através da garantia do cumprimento do que prevê o TCLE. Garante-se o encaminhamento/acolhimento em serviço de saúde público a (o) participante que apresente algum problema relacionado à saúde por conta da pesquisa.

Espera-se que os dados obtidos com a pesquisa e a identificação das práticas territoriais dos CAPS de Santa Maria sirvam como um referencial ao serviço sobre a atuação territorial, além de promover a reflexão e a construção conjunta de estratégias para promover a territorialização do cuidado. Beneficiando, assim, os usuários dos Centros de Atenção Psicossocial e os (as) dirigentes que terão um retorno teórico acerca de suas ações de territorialização.

Toda a pesquisa foi supervisionada e orientada pela docente orientadora Dr^a Tatiana Dimov que se responsabilizou pelo cumprimento das normas da resolução nº 446/12 e resolução nº 510/16, assim como, assinou o termo de confidencialidade.

5.6 ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO

A análise do material coletado se deu através da Análise do Discurso, fundamentada, pelo filósofo Frances Michel Pêcheux, em 1960, onde estabelece uma relação entre a língua e a ideologia, matriz do sentido para Pêcheux. O sentido de uma palavra ou expressão é determinada pelas ideologias que estão em jogo em determinados tempo histórico, assim, uma expressão ou palavra nunca é ligada apenas àquilo que significa, mas traz implícita as posições ideológicas em determinado contexto sócio histórico de quem as pronunciou. A partir desta análise, considera-se a linguagem como um “espaço social de debate e de conflito”. (MINAYO, 2010 p. 320).

Através desta ferramenta de análise, compreende-se para além do discurso, mas a sua produção, os processos e meios da sua elaboração. Segundo Orlandi (Apud. MINAYO, 2010), o último procedimento de análise do texto considera que o seu sentido se dá pela constituição social deste, evidenciando-se as relações de poder/dominação que são dissimuladas no discurso.

Por meio deste mecanismo de análise dos dados obtidos, pretendeu-se alcançar elementos que contextualizassem os discursos, não de forma generalista, positivista ou fenomenológica, mas de uma maneira crítica e complexa, compreendendo-se as ideologias e

as influências sócio históricas que dão sentido às falas dos gestores e gestoras responsáveis pela

6. RESULTADO E DISCUSSÃO

Com base na metodologia de pesquisa disposta no tópico anterior, realizou-se as entrevistas com os gestores no período de novembro a dezembro de 2020. Em decorrência da pandemia de COVID-19 priorizou-se realizar as entrevistas via aplicativo de vídeo chamada, *google meet*, no entanto, dois gestores optaram por responder à entrevista de forma presencial, onde foram mantidos o distanciamento social e o uso de máscara facial, e um gestor optou por responder à pesquisa de forma escrita, em decorrência da sobrecarga do serviço e consequente indisponibilidade de horários, tendo sido respondida via *e-mail*.

Todos os gestores, alvos da pesquisa, aceitaram responder à pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, assim como, todos possuíam no mínimo cinco meses na Rede de Saúde Mental de Santa Maria, e no mínimo um mês como gestor, o menor período no cargo foi de seis meses. Desta forma, todos os seis gestores convidados a participar da pesquisa responderam à entrevista, sendo uma gestora da pasta municipal, um gestor da regional estadual e quatro gestores locais, dos quatro CAPS da cidade.

A partir da leitura das transcrições das entrevistas elaborou-se seis categorias de análise, que serão desenvolvidas a seguir: espaço geográfico e territórios existenciais; Atenção Primária à Saúde (APS): o cuidado compartilhado; apoio matricial: compartilhar e fortalecer; cuidado em rede: estabelecer relações; recursos de trabalho: o que (não) se tem; o que se faz: o trabalho desenvolvido nos CAPS.

6.1 ESPAÇOS GEOGRÁFICOS E TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS;

O conceito de território pode ser entendido por diversas perspectivas diferentes, ora mais ligado a delimitação espacial, a fim de gestão e organização do cuidado, ora por perspectivas sócio políticas e culturais, que se aproximam do conceito de Milton Santos, que trata o território como um campo de forças e pano de fundo para que a vida aconteça.

A própria portaria nº 336/02, que institui os CAPS, traz estas duas perspectivas de território, ambas no artigo 1 da lei: no parágrafo primeiro, a portaria refere-se aos objetivos do CAPS de realizar atendimento a “pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em

sua área territorial”, referindo-se a uma organização espacial; enquanto que, no parágrafo segundo, refere-se ao modo de funcionamento do serviço, que deve acontecer “segundo a lógica do território” (BRASIL, 2002), subentendendo-se, já que não é esclarecida qual a lógica referida, uma aproximação a uma compreensão de um território-vivo, desenvolvido por Milton Santos.

Esta multiplicidade de compreensões acerca do conceito território, discutida por Elizabeth Lima e Silvio Yasui (2014) e identificado nas produções científicas por Furtado et.al. (2016), é múltipla, também, entre os gestores dos serviços de Atenção Psicossocial de Santa Maria. Todos os entrevistados demonstram conhecimento sobre o conceito de território na saúde, identificando as características do cuidado territorial na gestão em saúde, e alguns, trazendo a concepção de território vivencial.

Há a compreensão, entre parte dos gestores entrevistados do território como o espaço geográfico, onde o sujeito se movimenta e onde está localizado os serviços de saúde e os espaços comunitários, para além dos serviços públicos, e são referidos como potenciais produtores de saúde. Entende-se o território aqui como um espaço de oferta de suporte à população, como se observa nestes trechos retirados da entrevista semiestruturada realizada:

“ O território para mim, ele envolve os serviços de saúde, ou também outros serviços assim né, que o município onde essa pessoa vive dispõe, e que então a gente possa circular, transitar, por esses locais, né, na nossa cidade. ” (Gestor B).

Percebe-se também a compreensão que vem a envolver as relações de afetividade, e possível apoio emocional e relacional, que se constituem no território

“ O território é o local por onde tu circula, onde eu círculo é onde tenho meus vizinhos, onde tenho meus amigos, onde eu tenho minhas atividades. ” (Gestor A).

Esta percepção de território como espaço delimitado geograficamente é importante para a gestão do cuidado e também como um “importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde” (SANTOS; RIGOTTO, 2011), assim como, corrobora com o princípio do SUS de regionalização e hierarquização da Rede de Atenção à Saúde - RAS (BRASIL, 1990). Em algumas falas foi possível perceber bem esta assimilação, como se pode identificar nestes trechos:

“Olha, para mim território é todo aquele local onde o usuário está inserido e ele exerce todas as suas atividades tanto familiares, quanto procura da assistência básica, quanto a sua locomoção e até mesmo as vezes desempenha suas atividades profissionais. Então as vezes a gente traça o território, né, aqui, mas quando a gente chega lá o território já é bem diferente porque já tem uma nova invasão já tem um novo público que a gente nem sabia né” (Gestor D).

“O território se constitui na ideia de uma localidade onde as pessoas moram, trabalham, têm seu lazer, ou seja, vivem” (Gestor C).

A operacionalização dos CAPS, com vistas ao território como espaço geográfico, como tomada por alguns gestores, tem importância na medida em que facilita o planejamento, a descentralização e a intersetorialidade do serviço, contribuindo para uma maior comunicação e conhecimento das ferramentas de cuidado do território, assim como, da população específica e suas necessidades. Tornando o cuidado o mais descentralizado e longitudinal possível.

Estas compreensões de território previstas em documentos ministeriais, leis e portarias (BRASIL, 1990; 2002; 2011; 2012) já se mostraram de amplo conhecimento dos gestores. Desta forma, podemos pensar em uma ampliação do conceito de território, abrangendo para além da sua materialidade as construções sociais através da ação humana e a sua dimensão simbólica. Para além do espaço, podemos pensar o território como o uso deste espaço pelos sujeitos e os processos históricos que constituíram e foram constituídos por ele (FURTADO et.al., 2016), considerando-se a importância de se elaborar o território como uma correlação destas duas compreensões distintas, mas complementares.

Na fala de um dos gestores há a compreensão do sentido de território como ferramenta da gestão referindo-se ao local de morada, de circulação dos usuários, de acesso a serviço e organização da rede, contudo, há também, a menção de território como espaço de vivência de experiências e de constituição de laços, trazendo inter-relação de sentidos, como referido.

“Tem uma questão mais de gestão assim, seria algo mais de dividir a cidade em espaços, tal território pertence a tal serviço de saúde que abrange tais ruas, tais locais do bairro. Essa é uma visão de território para essa parte mais de gestão da política pública que é importante, mas também tem a parte que ela é mais vivencial né, do território que é como é que as pessoas criam seus laços, as raízes com os locais em que elas moram os locais em que elas trabalham no local que elas têm lazer e descanso” (Gestor E).

Essa perspectiva de território, relacionada a sua constituição através de relações, inclusive as relações de poder que provocam tensões e marginalizações (FURTADO et.al., 2016), e que possui um “papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social” (LIMA; YASUI, 2014) mostra-se importante na saúde mental, tanto quanto, a compreensão de espaço geográfico. Através dela podemos compreender os múltiplos processos sociais, econômicos, políticos, culturais e afetivos que agem sobre os sujeitos (LIMA; YASUI, 2014), constituindo-os e subjetivando-os.

Nesta perspectiva mais próxima a de território existencial, dialogando com o geógrafo Milton Santos e com os filósofos Franceses Gilles Deleuze e Félix Guattari, onde apreende-se o território como “espaço de construções simbólicas e de pertencimento” (FURTADO, et.al., 2016), temos a seguinte colocação:

“A minha perspectiva de trabalho é essa ideia de território existencial e como é que o CAPS vai produzir uma existência, [...], mas não é só uma relação de vai lá e eu atendendo [...] como é que a gente compõe para fortalecer os territórios” (Gestor F)

Dando espaço às múltiplas perspectivas sobre território, desenvolvida pelos gestores, podemos considerar o que o geógrafo brasileiro, Rogério Haesbaert, coloca como um território *continuum*, que se desdobra entre dominação político-econômica e apropriação cultural-simbólica (2005, p. 6775). Assim, respectivamente, uma extremidade é funcional, e nesta análise refere-se às políticas públicas de saúde que dominam os territórios a fim de organizar acesso aos serviços de saúde e fluxos de rede, e outra extremidade é mais subjetiva e vai dizer da compreensão do território a partir de uma concepção sobre os sujeitos e das suas múltiplas relações materiais e imateriais de poder (FURTADO et.al., 2016).

Desta forma, podemos considerar que os gestores da atenção psicossocial de Santa Maria encontram-se distribuídos neste “*continuum*”, alguns no polo do funcional e outros centralizados, embora com uma tendência maior ao polo das subjetividades, abarcando uma parte daquilo que as políticas públicas de atenção psicossocial preveem. No entanto, como Santos (1998) afirma, é o uso do território que o faz objeto de análise social e, portanto, a sua única certeza é “[...]ser nosso quadro de vida” (p. 15), desta forma a sua compreensão e ação ético-político deve ser amplamente discutida, revista, aprofundada e constantemente aperfeiçoada.

6.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O CUIDADO COMPARTILHADO

A Atenção Primária à Saúde foi construída como um serviço voltado a territórios definidos enquanto delimitação espacial, cujo objetivo é ofertar o cuidado de modo capilarizado, descentralizado e aproximado da população. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), deve ser o primeiro serviço a ser acessado, caracterizando-se como a principal porta de entrada, inclusive da saúde mental. (BRASIL, 2012)

A proximidade da atenção primária com os sujeitos, usuários do serviço, e com o território que ocupam facilita o acesso, do serviço, aos sujeitos que estejam com algum sofrimento psíquico, possibilitando a oferta de um cuidado integral e longitudinal. No entanto, geralmente, equipes de saúde mental não fazem parte da atenção básica à saúde, de forma que, cabe aos serviços especializados fornecer apoio matricial, e cabe à atenção básica ordenar a rede de cuidado, compartilhando com os CAPS, quando necessário, o cuidado de sujeitos em sofrimento mental grave ou persistente (BRASIL, 2013).

A responsabilização compartilhada do cuidado propõe romper com a lógica do encaminhamento e contra encaminhamento, desburocratizando o cuidado e contribuindo para que, através da ampliação da clínica, se estabeleça um cuidado integral dos sujeitos. (BRASIL, 2003; 2013). A responsabilização compartilhada do cuidado, que pode e deve acontecer entre CAPS e APS, é entendida como essencial, pelos sujeitos da pesquisa, para que o cuidado possa ocorrer no território, como podemos perceber nos trechos que seguem:

“[...] como é que o CAPS vai produzir uma existência, e aí tem que ter uma relação com a atenção básica, tem que ter suporte lá, tem que ter relação com os outros territórios. ” (Gestor F).

“Tanto o CAPS quanto a Atenção Básica é essa via de mão dupla, para o cuidado ser realmente efetivo” (Gestor A)

A responsabilização compartilhada de casos, segundo Silveira Et al. (2019) e Delfini et al. (2009), contribui para a capacidade resolutiva pelas equipes de referência, contribuindo para uma não sobrecarga de serviços especializados, com demandas que poderiam ser resolvidas pela atenção primária. Com uma baixa resolutividade na atenção primária, serviços como os CAPS, sobrecarregam e recebem demandas de cuidado incongruentes com o objetivo do serviço, como aponta um dos entrevistados:

“A gente ainda fala da importância do cuidado no território, a gente ainda fala, mas ainda assim, ainda temos encaminhamentos inadequados, por questões de ansiedade” (Gestor A).

Há também uma sobrecarga do serviço especializado por não conseguir encontrar na atenção básica um suporte para a continuidade do cuidado em saúde mental após a alta dos usuários, seja pela sobrecarga também da AP, ou por uma lógica de cuidado que não abarca uma parte dos sujeitos com sofrimento psíquico:

“Eu acho que se investisse na atenção básica, tivesse mais condições dos trabalhadores de cuidar da saúde mental, aí sim o CAPS poderia sim tirar um pouco da sobrecarga, mas também não adianta liberar esses pacientes que aqui estão acostumados a ter uma assistência do CAPS, que seria essa mais.... Livre acesso aos profissionais, à escuta, aos suportes, para serviços que ainda estejam ou sobrecarregados ou que ainda não tenham esse método de trabalho” (Gestor E).

A alta dos CAPS não se vincula a uma cura biológica dos sintomas, mas a um processo de reabilitação psicossocial, de produção de vida, de autonomia dos sujeitos, de tornar-se cidadão e cidadã. Para tanto, é necessário que haja uma articulação das redes de cuidado, buscando a promoção de um cuidado continuado, uma disponibilidade dos dispositivos da rede de manter o apoio, quando necessário, mesmo fora de um cuidado especializado. A desinstitucionalização depende da disponibilidade de uma rede “flexível, ágil e resolutiva” (GUEDES, et al., 2017, p. 02). Para isso, é importante que a APS tenha uma maior apropriação das questões relacionadas à saúde mental, conforme um dos entrevistados apontou ao ser perguntado sobre um facilitador da territorialização do cuidado:

“Uma maior propriedade e maior pertencimento dos serviços de território nas questões de saúde mental. Trabalho em conjunto entre atenção primária e especializada ” (Gestor C).

Percebe-se que a articulação do cuidado em níveis de complexidade diferentes, possibilitando o compartilhamento do cuidado, ainda é um desafio a ser superado em Santa Maria, e para isso é necessário o fortalecimento das relações e a sistematização das ações conjuntas dos serviços (SILVEIRA et al., 2019). Alguns caminhos possíveis para efetivar-se isso, segundo Aosani e Nunes (2013) é através de discussões e atendimentos em conjuntos e

também pela forma de supervisão e apoio profissional, ações desenvolvidas através do matriciamento em saúde.

6.3 APOIO MATRICIAL: COMPARTILHAR E FORTALECER

Proposto por Campos e Domitti (2007), o matriciamento é uma prática de cuidado que implica em uma relação horizontal entre os diferentes dispositivos de cuidado das redes de saúde. Trata-se de uma construção conjunta, entre equipes, de uma “intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011). O matriciamento, para além de um modelo organizacional é também uma metodologia da gestão do trabalho que tem por pressuposto a ampliação da clínica e a integração de diferentes profissões e especialidades, contribuindo para o trabalho Inter profissional onde de forma dialógica se constroem saberes, preservando as singularidades e diferenças dos diversos núcleos profissionais (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O apoio matricial ocorre entre duas equipes, a equipe de referência e a equipe matricial, no caso desta discussão, composta pelos profissionais da APS e da saúde mental, respectivamente. A equipe de referência é a qual tem a responsabilidade do acompanhamento do caso, de forma contínua e longitudinal, enquanto que a equipe matricial é a responsável na prestação do apoio assistencial assim, como, do suporte técnico-pedagógico (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Pressupõe-se que o encontro entre estas equipes precisa ter uma periodicidade, sendo combinada entre as equipes o espaçamento de tempo entre cada encontro. No período entre um encontro e outro, o contato entre as equipes pode e deve ocorrer, em casos de urgência ou emergência, através de meios de comunicação diretos, como número de telefone pessoal ou *e-mail* pessoal (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

No entanto, conforme relatado pelos gestores da política de saúde mental, os encontros matriciais entre CAPS e AP em Santa Maria acontecem de maneiras distintas, utilizando-se de mecanismos e organizações diferentes das encontradas em literaturas sobre o tema, propondo encontros entre toda a atenção primária e toda a rede de atenção à saúde mental do município.

“[...] Comunicação bem efetiva sabe, um estreitamento de laços e vínculos é algo que a gente propõe com o “Saúde Mental na Roda”, né, é uma vez por mês que a gente se encontra com a atenção básica, o matriciamento né, as visitas juntas né, para que o cuidado seja compartilhado mesmo” (Gestor A).

“Então teve muitas coisas boas, a própria retomada do projeto antigo que era o [...] “Saúde Mental na Roda” que é exatamente isso, eu fazer a conversa dos CAPS com a rede da atenção básica, atenção primária” (Gestor B).

Este projeto, acontece de forma regular e possibilita ações de educação permanente, de trocas de experiências entre serviços, de intersectorialidade, de discussão de dificuldades e potencialidades dos serviços, definição de alguns fluxos da rede, além de possibilitar o diálogo entre os serviços, conforme as palavras de um dos entrevistados:

“Vão limpar os problemas, vão limpar as falhas na comunicação, vão fazer acordos, [...] vão estruturar os fluxos de encaminhamento, os fluxos de referência. ” (Gestor B).

Contudo, estes encontros não abarcam ações características do matriciamento, como a discussão de casos clínicos, além de não possibilitar a construção de projetos terapêuticos integrados, não promover a vinculação entre equipe de referência e equipe de apoio matricial - devido à grande demanda em um espaço pequeno de tempo- além de não facilitar a realização de ações conjuntas entre as equipes, como atendimentos e intervenções (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Assim, estas ações de matriciamento acabam por ficar diluídas pelos CAPS, e passam a ser realizadas de forma pontual, quando solicitadas, como se observa nesta fala:

“Ahn, atualmente a gente presta apoio para as equipes que solicitam, seja para refletir sobre o cuidado, pensar ahn, caminhos para cada um, dividir o cuidado, é importante dar um suporte quando acionado, ahn, e aí acaba podendo fazer uma visita domiciliar, participar de uma reunião de equipe” (Gestor E).

Outra alternativa de apoio em saúde mental para a Atenção Primária relatada por um dos entrevistados foi a oferta de Apoio Matricial através do grupo condutor de Gestão Autônoma da medicação (GAM), um grupo independente formado por diversos profissionais e usuários da RAPS de Santa Maria:

“ A gente se reúne toda a semana [grupo GAM], no ano passado a gente se reunia quinzenal, desse grupo a gente montou toda uma

estratégia de apoio para a atenção básica, e a gente ia fazer apoio com a GAM” (Gestor F).

Essa estratégia de apoio matricial é uma alternativa que colaboraria com os CAPS para que se estabelecesse encontros matriciais mais periódicos e com ações mais complexas. Condições importantes para que se consiga alcançar os objetivos apontados por um dos entrevistados:

“Essa ligação isolada que tu vai fazer, o caso do Joãozinho lá com a estratégia, isso não se configura matriciamento, isso pode ser uma ação de matriciamento, mas assim, isso não vai, não vai aproximar, não vai solidificar, não vai vincular as equipes e os usuários dos serviços né” (Gestor B).

O matriciamento, como uma das ações de responsabilidade do CAPS e uma das ações de cuidado no território, é uma estratégia da qual os gestores possuem pleno conhecimento, inclusive que é uma ação prevista, embora sem explicitar a palavra matriciamento, na portaria nº 336/02 (BRASIL, 2002). Contudo, o que se percebe é uma necessidade de oferta de mais condições, materiais e de formação, para que estas estratégias possam ocorrer de maneira mais aperfeiçoada, inclusive para que seja possível que se efetive possibilidades apontadas, pelos gestores, para a realização do matriciamento como: cronograma mensal de encontros, miniequipes de apoio ao território e vínculos sólidos entre as equipes.

Por fim, compartilha-se das palavras de Iglesias e Avellar (2017):

[...] há que se operar certo abandono dos protocolos, no sentido de se disponibilizar mais a estar e fazer com o outro, independentemente da situação que se apresenta, ao contrário de uma postura defensiva de fluxos fechados, que consolidam barreiras aos encontros produtivos necessários ao cuidado.

O matriciamento e o cuidado compartilhado, só são possíveis de se consolidarem e acontecerem se, para isso, houver um comprometimento e investimento nas ações. É preciso, que, de um lado haja investimento público que dê condições das ações se desenvolverem, assim como, de outro lado é necessário que haja uma disponibilidade dos agentes, uma abertura dos envolvidos que permita às trocas e construções conjuntas de projetos de cuidado. Caso contrário, acaba-se desenvolvendo pequenas ações pontuais e específicas, que não se configuram como ações de matriciamento.

6.4 CUIDADO EM REDE

Conforme a Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são caracterizadas como um conjunto organizado de ações e serviços de saúde, de diversas densidades tecnológicas, que buscam garantir o cuidado integral do sujeito e ocorre de forma integrada através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2017). Ainda, conforme o decreto 7.508/11, “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011).

Também são apontados como características da rede, pela Portaria de Consolidação nº 03/17 no anexo 1: as relações entre os distintos serviços e ações de saúde horizontais; a necessidades em saúde de uma população ocupa a centralidade das redes; a responsabilização dos diversos serviços por uma atenção longitudinal e integral da população e o exercício do cuidado multiprofissional (BRASIL, 2017).

O centro de comunicação entre os distintos pontos da rede ocorre através da Atenção primária em Saúde, responsável também pela organização e ordenação dos fluxos (BRASIL, 2017). A comunicação entre os diferentes serviços de uma rede é apontada como uma questão fundamental para a instituição de uma rede de saúde, pelos entrevistados.

“Importância da comunicação nas redes de atenção né, essa comunicação é fundamental para que se possa construir fluxos adequados” (Gestor B).

No entanto, se a comunicação ocorre, não apenas, mas principalmente, pela atenção básica, é importante que se faça o fortalecimento e a ampliação dos recursos (tecnológicos e de formação) na atenção básica, dando a este importante ponto da rede condições para que possa funcionar como amplificador do cuidado no território. A necessidade de uma Atenção Primária mais fortalecida e com mais clareza sobre a atenção em saúde mental foram pontos abordados pelos entrevistados:

“Tem as dificuldades estruturais né [...] a própria organização do trabalho, tem a questão do, tem a questão de o território ser muito frágil em relação às ESFs”. (Gestor F)

“Acho que o reforço da atenção básica é fundamental, cada vez mais, ahn, talvez até se a gente tivesse, eu chego a pensar assim, porque, uma

rede mais ampliada no cuidado no sentido de mais fortalecida, né, eu não sei nem se, ahn, se a gente ampliaria o número de CAPS ou se ampliaria para um cuidado mais efetivo no caso no CAPS III". (Gestor A)

Cristianne Rocha (2005) afirma que a capacidade das redes de tornar possível o compartilhamento de informações e experiências, de favorecer a colaboração em ações e projetos e em aprendizado coletivo e de promover o fortalecimento dos laços entre os diferentes membros da rede é diretamente ligada à potência destas redes. Contudo, se o que se espera é um fortalecimento da RAPS, é preciso que se possa investir no fortalecimento dos espaços e das condições de comunicação entre diferentes serviços de saúde, de diferentes níveis e de outros setores também, consequentemente há de se investir no fortalecimento e ampliação das ações de Apoio Matricial.

Contudo, as redes não se restringem apenas a serviços que as políticas ofertam, para além da RAS e das RAPS, há a consolidação também de redes informais, que funcionam como promotoras e protetoras da saúde, embora não possuam essa finalidade a priori.

Os “nós”, que dão formas às redes, constroem o território que estão se constroem a partir deles. São estas extensões da rede oficial que estimulam a autonomia em busca de recursos não convencionais de proteção e promoção de saúde, que fomentam uma rede de solidariedade e cooperação no território, estas redes são capazes de promover o ideal de comunidade, de grupalidade no território, produzindo, também, cidadania (BRASIL, 2009).

Considerando que, conforme descrito na portaria nº 3.088/11, uma das diretrizes para o funcionamento da RAPS é o desenvolvimento de atividades no território, com vistas na promoção de autonomia e exercício da cidadania (BRASIL, 2011), é de grande relevância que os CAPS possam estabelecer relações de trabalho em conjunto com as redes comunitárias, fortalecendo o vínculo dos serviços com os territórios. Observa-se, a partir do relato de um dos gestores, estas trocas e relações com movimentos sociais dos territórios, que juntos constroem diferentes formas de cuidado e atuam para possibilitar a cidadania dos usuários junto ao território:

“Para se fortalecer é uma troca né, e, daqui a pouco o pessoal de lá [do território] precisa acessar a gente, também vai ter mais recursos porque está todo o território mais envolvido, as pessoas, mas não só o território das pessoas que usam drogas, mas a comunidade em geral assim, as forças ativas, entende?! A gente tem muito essa coisa do envolvimento no território. A gente devia se perguntar como é que o

CAPS se mostra para esses, como é que a gente se relaciona com esse povo? O povo vem aqui de boa assim, na fé, vem toda sexta, vem pra ajudar, pra somar [...] vem pra compor um projeto junto de cuidado, [...] é um cuidado nosso, é produzir vida em diferentes sentidos e estar aqui fazendo renda não é só uma questão do nosso CAPS né, é uma questão do Brasil” (Gestor F)

No entanto, no território há também outros atravessamentos, o cuidado no território e com o território implica no contato direto com a desigualdade social brasileira. O acesso e a distribuição de renda entre a população, foram abordados por diferentes entrevistados:

“É os serviços de rede no território não é só saúde, a gente tem desenvolvimento social, a gente sabe que o adoecimento não vem só pelas questões de saúde, o adoecimento vem de questões de vulnerabilidade social, e várias outras questões. ” (Gestor A).

“No Brasil essa demanda socioeconômica é básica né, é o atravessador de saúde mental é a questão econômica né, muito forte, principalmente da questão de abuso de álcool e drogas né. ” (Gestor F)

“Se conseguisse integrar também o trabalho com outros setores da sociedade né, mas isso depende de outras coisas também né, isso depende de renda, depende da pessoa ter um ambiente sadio pra viver, que a pessoa tenha acesso a lazer, que a pessoa tenha acesso a outros direitos” (Gestor E).

A Organização Mundial de Saúde (2010) aponta que as desigualdades sociais interferem nas condições de saúde e doença da população, agindo como uma, dentre outras, determinação social (DIMENSTEIN et al., 2017). Desta forma, o enfrentamento destas condições requer diversos níveis de intervenção, desde políticas públicas que busquem a diminuição das desigualdades sociais e ações que efetivem os princípios do SUS, até o fortalecimento de ações que mobilizem as redes de forma intersetorial, tecendo uma rede de saberes múltiplas, para superar condições de sofrimento que se entrelaçam.

Com vistas nisso, para além do fortalecimento dos pontos entre as redes de saúde e das redes comunitárias, se faz necessário o fortalecimento das relações intersetoriais, dos múltiplos diálogos entre múltiplos serviços com vistas na produção de saúde e na emancipação dos usuários.

Segundo Rocha (2005) os objetivos compartilhados e a cooperação na produção de ações e atividades que alcancem sentidos comuns, de forma que alimente o interesse em estar

e fazer juntos, é o que determina a força da rede, seja esta a rede instituída formalmente, seja esta a rede informal. Portanto, que possamos fortalecer os nós das redes, estreitar os laços, definir os objetivos, compartilhar os fazeres, e acima de tudo, produzir uma relação dialógica e que seja claro que “uma rede sempre é (e sempre será) fruto de nossa capacidade de (inter) ação nela, pois, ao fim e ao cabo, a rede somos nós”. (p.13).

6.5 RECURSOS DE TRABALHO: O QUE (NÃO) SE TEM.

6.5.1. O transporte

Em 2012, Tathiane Siqueira, abordou o processo de implementação do Apoio Matricial no município de Santa Maria através de um CAPS, participante desta pesquisa. Em um processo cartográfico, a autora aborda como um analisador o “carro expiatório²²”, termo escolhido para referir-se às dificuldades de relação com a gestão de saúde do município naquele ano, expressas através da dificuldade em obter-se um carro para a realização das ações de matriciamento, que se iniciaria, apenas, após a disponibilização deste recurso.

Aproximadamente oito anos se passaram desde as observações realizadas, nas primeiras organizações dos CAPS municipais para implementação do matriciamento (2012), e ainda se identifica o transporte configurando-se como um símbolo das fragilidades da relação entre a gestão pública e os serviços, assumindo a principal culpa, quando relatado pelos CAPS, de não se efetivar as ações territoriais e o apoio matricial.

“As principais dificuldades se dão: nos recursos de deslocamento, grandes demandas de atendimentos nos serviços e recursos humanos insuficientes” (Gestor C).

“A gente chegou a se organizar para fazer miniequipes de apoio aos territórios diferentes unidades e aí faltou carro[...]” (Gestor F).

“[...] quando tem esses eventos quem está disponível, e tem carro e tal, porque nem sempre a gente consegue transporte na prefeitura. Então a gente monta o acampamento dentro dos nossos carros e vai.” (Gestor D).

²² Referindo-se ao termo bode-expiatório, cunhado por Deleuze e Guatarri (2000) que refere-se a algo, ou alguém, que é marcado como representativo de tudo que há de ruim, um signo negativo.

As dificuldades e carências materiais dos serviços de saúde públicos brasileiros, especificamente dos serviços de saúde mental, são problemáticas encontradas em diversas regiões do Brasil e que perdura pelos anos, desde o estabelecimento dos serviços (DOMITTI, 2006; LANCMAN ET.AL., 2013; BISPO JÚNIOR E MOREIRA, 2018; PINHEIRO, KANTORSKI, 2018). Em todos os casos, a dificuldade de acesso aos meios de locomoção dos profissionais, foi apontada como um importante empecilho para o apoio matricial.

Onocko-Campos (2017), após realizar uma análise documental do período de 2009 a 2014, enfatiza o subfinanciamento da saúde mental dentro de um sistema de saúde que já possui um financiamento defasado. Os rumos do cuidado em saúde mental, comprometidos com os princípios da RPB, e com o cuidado com base comunitária e territorial mostram-se ainda em maior risco, visto o processo de desmonte da reforma psiquiátrica, que vem ocorrendo desde o ano de 2016 (CRUZ, GONÇALVES & DELGADO, 2020).

No entanto, observa-se nas equipes uma mobilização para buscar alternativas que possibilitem a realização de algumas ações, desde a utilização de recursos próprios para a locomoção até a apresentação de outras propostas, como relatado:

“ [...] a gente já chegou a ofertar de conseguirem, hã, os vales que os usuários usam para a gente conseguir ir para o território, usar para o trabalhador né. Então a gente vai tentando estratégias, a gente tem ido com o nosso carro também né, os redutores de danos vão para o território com o carro deles” (Gestor F).

Estas mobilizações apontam para um desejo dos serviços em fazer acontecer, reflexo de serviços que compreendem as relevâncias do trabalho territorial e que, cada vez mais precisam posicionar-se resistentes aos desmontes da política de saúde mental. Cabe buscar, uma relação dialógica entre a gestão pública e os serviços buscando-se construir, em conjunto, alternativas viáveis para o aperfeiçoamento deste trabalho, apesar do subfinanciamento, buscando estratégias que possibilitem o deslocamento destes profissionais de forma mais ágil e disponível para os momentos necessários. Inclusive pensando estratégias que integrem outros setores da sociedade, como o transporte público.

6.5.2 Sobrecarga dos serviços

O município de Santa Maria possui uma população de aproximadamente 282.123 habitantes (IBGE, 2016), a Portaria nº 336/02 (BRASIL, 2002) prevê a possibilidade de

implantação de um CAPS III, com funcionamento 24 horas, para municípios acima de 200 mil habitantes, contudo, o processo de ampliação do CAPS tipo II existente na cidade (para passar a ser um CAPS III) ainda não foi concluído, em decorrência de dificuldades que envolvem a burocratização da política e a gestão pública, conforme descrito por parte dos entrevistados:

“Santa Maria comportaria mais um CAPS III, mais um CAPS II né, é uma proposta né, mas a gente tem a dificuldade de gestão mesmo e, é todo um processo que vai empacando [...]” (Gestor A).

“[...] a gente tinha ideia de que o CAPS Prado Veppo se tornasse um CAPS III, né, 24 horas. Ahn.... Só que um CAPS III 24 horas ele precisa de uma equipe maior, ele precisa de espaço para ter leitos dentro do CAPS né, então assim ele não é tão simples de ser montado né. Ele precisa de profissionais, e aí esbarra naquela questão de folha de pagamento que muitas vezes não consegue mais contratar outras pessoas, isso é um problema, ter uma casa um local que tem espaço para tudo isso que um CAPS III precisa, então não é uma coisa assim fácil de ter, de montar” (Gestor B).

Percebe-se também, nesta fala, que além dos processos burocráticos o financiamento também tem se mostrado um impedimento à ampliação da cobertura do serviço. As dificuldades com o financiamento dos serviços e a ampliação destes são reflexos dos processos de desmonte da saúde mental. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) demonstram a queda significativa nos números de CAPS incrementados no Brasil a partir de 2016, números que chegaram a ficar estagnados em 2018, conforme avança a política de retrocesso da saúde mental brasileira, que aumenta significativamente o financiamento para leitos psiquiátricos enquanto retira dos serviços substitivos. Ainda segundo estes autores, o incremento de novos serviços é essencial para a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental de forma a atender as necessidades de atenção psicossocial adequadas.

Esta necessidade de implantação de um CAPS III, ou, como sugerido pelo “Gestor A” a criação de um novo CAPS II, é necessária para que se possa ampliar a cobertura dos CAPS, possibilitando a real efetivação do serviço, que depende de “Cobertura suficiente de CAPS + cobertura de ESF acima de 90% + articulação intersetorial competente e adensada + rede de suporte para situações de crise” (CRUZ, GONÇALVES & DELGADO, 2020).

Além da pequena cobertura dos CAPS do município, principalmente do CAPSII e do CAPSi, que são únicos no município, há ainda a fragilidade da rede de suporte para situações

de crise, que neste momento conta apenas com um plantão psiquiátrico em hospital geral, realçando ainda mais a necessidade de um CAPS III que pudesse ofertar o acolhimento às crises 24 horas. Ainda, em consonância com o apontado por Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), os entrevistados acusam a grande demanda como uma dificuldade para a implantação de um serviço territorial e de um cuidado ampliado.

“ [...] , mas de certa forma é isso, ele está sobrecarregado, acaba as ofertas ficando mais reduzidas ao tratamento medicamentoso ” (Gestor E).

“ [...] ser um CAPS só para a cidade inteira, nós temos, não sei dizer bem ao certo, mas de 20 a 20 e poucas unidades de saúde, e aí dá para ter a ideia do desafio né, um CAPS para prestar suporte para, para tantas unidades ” (Gestor E).

Assim, o limitado número de CAPS no município e a dificuldade no compartilhamento do cuidado com outros serviços, principalmente com a atenção primária, contribuem para a sobrecarga dos serviços. Esta situação fica evidente na seguinte fala:

“ [...] também enquanto somos colocados no lugar de, de referência, e aí que entra o que eu disse dê para nós manter, manter o serviço de pé, sendo essa referência sendo a única que tem, a gente acaba comprometendo a, digamos, integralidade do cuidado ” (Gestor E).

Santos, Oliveira e Miranda (2013) apontam que as dificuldades dos CAPS em estabelecer relações sólidas com a atenção primária é um dos contribuintes para o elevado número de usuários do serviço, assim como, para a dificuldade na reinserção social dos mesmos, tornando-se um problema cíclico.

A sobrecarga dos serviços, além de comprometer a qualidade do cuidado, não favorece o cuidado territorial, uma vez que os serviços se ocupam apenas da demanda que chega ao local, desta forma, para além da ampliação dos serviços, que não deixa de ser necessária, o fortalecimento da rede e das relações com a atenção primária é um grande contribuinte para o alívio dos serviços, assim como, para a produção de um cuidado territorial e ampliado.

Portanto, é necessário que se busque a ampliação e o fortalecimento da RAPS, em especial com a criação de um CAPS III, de forma a expandir também, a rede de atenção à crise, assim como, ampliar e melhorar as articulações setoriais e intersetoriais. Mas sobretudo, é

importante que se possa questionar, enfrentar e resistir a nova política de saúde mental e ao subfinanciamento do SUS.

6.6 O QUE SE FAZ: O TRABALHO DESENVOLVIDO NOS CAPS

A substituição de serviços manicomiais, por si só, não é a garantia de um trabalho desinstitucionalizado. A transformação do cuidado oferecido depende, sobretudo, das práticas profissionais, que segundo Furtado et al.. (2016) devem estar sempre atentos para acolher as multiplicidades de existências e de redes, propondo-se a criação de novos territórios existenciais aos usuários.

Para a efetivação de um cuidado territorial que promova a cidadania dos usuários do serviço, precisa-se, frente a tudo, uma rede de trocas entre os serviços, um espaço onde possa construir conjuntamente saberes e estratégias que torne possível um cuidado no território. O “Saúde Mental na Roda” é um projeto que surgiu na cidade no ano de 2003, e que após um período inativo, voltou a funcionar no ano de 2017.

“O Saúde Mental na Roda acontece mensalmente e são convidados a participar profissionais da Atenção Básica, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, políticas de saúde, e demais serviços, com objetivo de estreitar vínculos e fortalecer a rede”. (Gestor A, via e-mail.)

Percebe-se o projeto como um espaço de articulação entre os dispositivos das RAPS, assim como de demais serviços, ampliando o espaço de discussão do cuidado, ao mesmo tempo que estreita os vínculos entre os serviços. Alguns dos temas discutidos na Roda abordaram pontos importantes para o cuidado territorial, entre eles: Inclusão de ações de Saúde Mental na AB; fortalecimento de Redes e discussão sobre Redes de Saúde Mental da cidade de Viamão RS (informação cedida via e-mail).

Para além deste projeto, ocorre no município, também, o Grupo Condutor da Gestão Autônoma da medicação (GAM) Centro, /RS citado como um importante instrumento de aproximação com os territórios e de inter-relação entre diversos serviços da RAPS

“Uma prática que a gente vai pro território [...] é a partir do Grupo Condutor da GAM, que a gente montou aqui na cidade. Tem o pessoal que trabalha com a GAM em vários serviços né, daí tem a Santos, tem o Veppo, tem o Crossetti, tem aqui. A gente se reúne toda a semana,

no ano passado a gente se reunia quinzenal, desse grupo a gente montou toda uma estratégia de apoio para a atenção básica, e a gente ia fazer apoio com a GAM”. (Gestor F).

O Grupo Condutor GAM foi uma estratégia desenvolvida a partir do programa de extensão da Universidade Federal de Santa Maria intitulado “Apoio e fomento da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação e outras práticas emancipatórias em saúde mental na região central do Rio Grande do Sul”, teve seu início no ano de 2017 e é vinculado ao Observatório Internacional de Práticas GAM, tem como objetivo principal a “produção de práticas emancipatórias com foco na produção de autonomia e protagonismo de sujeitos nos cuidados em saúde mental” (GAM CENTRO, 2020).

A UFSM e o município possuem uma relação de mutualidade, articulando a teoria academicista com a prática dos serviços de saúde, através dos estágios supervisionados nos serviços públicos; projetos de pesquisa, ensino e extensão e programas de residência multiprofissional, contribuindo para a formação profissional e para o fomento de novas práticas pelos serviços. Assim como o Grupo Condutor GAM, o “*Projeto Ítaca: redução de danos como ferramenta para práticas intersetoriais em saúde*”, desenvolvido no ano de 2009, são exemplos destas relações, que propõem aos serviços municipais uma nova prática em saúde.

O Projeto Ítaca propunha a formação de educadores em redução de Danos, que após, passariam a ofertar cursos sobre perspectivas em redução de danos (PORAZZI, 2014), como descrito por um entrevistado:

“[...] um projeto que é o Ítaca que é de formação em redução de danos, então a gente já teve aqui escola de redução de danos, então a gente já chamou a galera da comunidade para estar aqui, depois teve uma versão que foi o Ítaca Oficinas que a gente chamou os artistas também da comunidade para virem aqui fazer uma formação como oficinairo” (Gestor F).

Este projeto, além de formar redutores de danos, que frequentemente realizam ações diversas nos territórios de Santa Maria, também oportuniza as trocas mútuas entre o serviço e o território, em uma relação horizontal onde os saberes plurais formam redes de cuidado, conforme apontado por um dos entrevistados, que esteve à frente do projeto:

“[...] a gente tem uma relação muito forte com eles, com o pessoal das redes, assim, da cidade que tem, que comungam um pouco com essas

ideias assim do SUS e do CAPS né que, tem a ver com o cuidado em liberdade, que tem a ver com os direitos humanos, que tem a ver com essas redes que estão conectadas com a gente no território, a gente alimenta elas, porque são redes de saúde, a gente aprende muito com a redução de danos, dessa saúde que é, que não está na saúde, que está nos outros” (Gestor F).

Para além destes três importantes projetos mencionados, os CAPS de Santa Maria ainda desenvolvem outras ações, algumas destas previstas pelas portarias de saúde e documentos ministeriais, tais como: visitas domiciliares; participações em reuniões de equipe da APS; grupos descentralizados dos CAPS e participação dos grupos de geração de renda em feiras de economia solidária.

Estas ações descritas, possibilitam a aproximação dos serviços com o território, permitem a troca de saberes, a construção de relações entre diferentes espaços, o fortalecimento e a ampliação de redes e a promoção de um cuidado intersetorial. Contudo ressalta-se que não descartam a necessidade do apoio matricial, como proposto por Campos e Domitti (2007). Observa-se que, ainda que ações como o Saúde Mental na Roda, mesmo que promova o encontro entre APS e Serviço especializado, não se configura como matriciamento, visto que são estratégias macros, que abrangem um grande número de profissionais e serviços de diversas redes, enquanto que, o proposto por Campos e Domitti, prevê uma relação mais próxima entre duas equipes, a equipe de referência e a equipe matricial, que se encontram para discussões de casos específicos de territórios determinados.

No entanto, apesar das dificuldades que entrecam os caminhos de um cuidado envolvido com o território, os profissionais dos serviços de saúde mental do município produzem possibilidades de se fazerem presentes nos territórios, articulando com as redes, fornecendo apoio e compondo projetos com os territórios, ações estas que, somadas à um apoio matricial eficiente e bem estabelecido, pode transformar o cuidado em saúde mental do município.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento social de luta, luta por democracia, por inclusão, por respeito à diversidade, por cuidados dignos e, acima de tudo, por direito à cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. O direito ao cuidado em liberdade, conquistado pela reforma, implica que sujeitos com sofrimento psíquico, passem a ocupar e a fazer uso de territórios diversos. Foi a partir deste movimento, contra hegemônico, que se estabeleceu os primeiros serviços substitutivos aos manicômios, os CAPS, que se estabelecem politicamente com o objetivo de atuação em uma lógica territorial.

A polissemia do conceito território acarreta em diversas compreensões e também ações sobre este conceito, de forma que exercer o cuidado com base territorial está diretamente ligado ao entendimento que se tem sobre território. Foi por desejo de entender as compreensões e ações no território que foi proposto, com este trabalho, compreender qual o entendimento dos gestores dos CAPS sobre este conceito e como o utilizam em suas práticas, colaborando, também, na compreensão sobre a organização da RAPS no município.

Foi possível identificar as potências e fragilidades no desenvolvimento municipal de um cuidado territorial a partir dos CAPS. Compreender as dificuldades que os serviços encontram em seus cotidianos colabora para que, se possa, conjuntamente, buscar soluções possíveis e criativas, possibilitando o desenvolvimento de uma rede de cuidados coesa, ampliada, cooperativa, solidária e que torne o cuidado territorial efetivo no município.

Os gestores compreendem o território como um potencial produtor de saúde e o reconhecem como o local de relações, de moradia e de trabalho dos usuários e como espaço delimitado geograficamente no qual eles possuem responsabilidade de fornecer apoio e suporte. Percebe-se que a compreensão de território pelos gestores, na sua maioria, acompanha um entendimento que transita entre os polos da dominação político-econômica e da apropriação cultural-simbólica, estando mais aprofundados em uma compreensão de território como delimitação para a gestão de cuidado.

Contudo, o cuidado territorial implica na disponibilidade e nas possibilidades de produzir e sustentar relações: entre usuários e serviços, entre diferentes serviços e entre serviços e territórios, no município compreende-se que as relações entre APS e serviço especializado encontram-se muito fragilizada. Há, também, uma dificuldade na efetivação do apoio matricial, uma metodologia de gestão fundamental para que se pudesse produzir uma maior articulação

dos serviços de diferentes complexidades, aproximando APS e CAPS, para que se possa ter um cuidado continuado, uma rede bem ordenada e fortalecida e um cuidado compartilhado, facilitando a desinstitucionalização dos usuários do serviço especializado e que hoje não veem na APS um suporte para a efetiva reabilitação psicossocial.

O estabelecimento efetivo das ações de matriciamento possibilitariam e/ou facilitariam, também, a efetivação de outras ações entendidas como essenciais pelos gestores, tais como; responsabilidade compartilhada dos casos com a APS; fortalecimento e ampliação do cuidado em rede, fragilizado no município, e contribuiria, para uma redução na sobrecarga do serviço especializado.

Desta forma, entende-se que a articulação do cuidado nos diferentes níveis de complexidade, em especial do CAPS e da APS, é um desafio que precisa ser discutido amplamente no município entre todos os atores envolvidos, para que se consiga sistematizar ações e planejar ações concretas. Algumas possibilidades apresentadas no decorrer da pesquisa são: a elaboração de calendários de encontros entre equipe de referência e equipe de apoio matricial, o estabelecimento de miniequipes de apoio, a desburocratização das relações entre as equipes de referência e de apoio tornando-as mais ágeis e flexíveis, o fornecimento de transporte e/ou vales para o uso do transporte coletivo, assim como a manutenção da equipe completa no CAPS e a ampliação da cobertura dos serviços de atenção psicossocial com o estabelecimento de um CAPS III.

Apesar destas dificuldades no estabelecimento de um cuidado territorial no município, há também diversas potências no município, visto que os gestores compreendem e apostam no território como protetores e produtores da saúde. Buscando, dentro das suas possibilidades desenvolver ações, articular redes, produzir relações e projetos que consigam abarcar uma parte de um cuidado comprometido com a luta pela garantia da cidadania dos sujeitos atendidos e dos seus espaços de existência.

Assim, sugere-se, novas pesquisas no município de Santa Maria, que possam colaborar com o fortalecimento das redes de cuidado em saúde e das ações de apoio matricial. Aponta-se a necessidade de compreender como a AB, sendo a centralidade da rede, tem desenvolvido o cuidado em saúde mental, compreender quais suas as dificuldades e potencialidades que surgem neste outro nível de cuidado em saúde, colaborando para a qualificação da RAPS do município, e para pensar estratégias que deem conta das singularidades dos dois serviços, CAPS e APS.

Por fim, cita-se Milton Santos (1998):

“O que ele [território] tem de permanente é ser nosso quadro de vida. Seu entendimento é, pois, fundamental para afastar o risco de alienação, o risco da perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro”.

É necessário se debruçar sobre o território, sobre o cuidado em saúde mental, sobre a estabelecimento de relações horizontais, de redes de cooperação, de enfrentamento às desigualdades sociais e àquilo que as produzem e às mantêm, para que não renunciemos um futuro onde sujeitos com sofrimento psíquico sejam tratados com dignidade, sendo cidadãos e cidadãs num território de diversidades. E antes de tudo para que fortalecemos a luta contra os retrocessos na saúde mental, contra o subfinanciamento do SUS e o financiamento ainda mais defasado da saúde mental, que sejamos todos sujeitos de ação para transformar as relações de poder e dominação do território em que vivemos, construindo novas horizontalidades, subjetividades e territórios possíveis.

REFERÊNCIAS

- AOSANI, T. R.; NUNES, K. G.. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 71-80, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 fev. 2021.
- BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C.. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 683-702, ago., 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000200683&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 mar. 2021.
- BRASIL. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=7536> Acesso em: 24 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.
- 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, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 06 jan. 2021. .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 446, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o Vínculo e o Diálogo Necessários**, nº 01/03. Brasília, 2007. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde Brasília, DF, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34** – Brasília, DF, 2013. p. 176. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>, Acesso em: 29 jan. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Série B- Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf> Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> Acesso em: 24 mar. 2020.

BRASIL. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de janeiro de 2012. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-130-26--JANEIRO-2012.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 24 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 123, p. 1, 29 jun. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 24 mar. 2020.

CAMPOS, G.W.S., DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, nº 2, p. 399-407, fev, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>>. Acesso em: 28 mai. 2021.

CARVALHO, A. **Possibilidades e limites do programa territórios da cidadania a partir da sua realização no território região central e município de Santa Maria/RS**. 2012.

259p. Dissertação (mestrado em geografia e geociências) -Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016.

CRUZ, N. F. O., GONÇALVES, R. W., DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**. 2020, v. 18, n. 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>>. Acesso em: 28 maio 2021.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**, vol. 1. 1ª Edição, 2ª Reimpressão. Rio de Janeiro, Editora 34, 2000.

DELFINE, P. S. S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n., p. 1483-1492, jan./fev. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800021>>. Acesso em: 06 jan. 2021.

DIMENSTEIN, M. et al . Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2021.

DOMITTI, A. C. P.. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde**. 2006. 90 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI A. **Espaço, território e saúde**: contribuições de Milton Santos para a geografia da saúde no Brasil. Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/11995/10663>>. Acesso em: 05 jul. 2021.

FARIA, R. M.; SAVIAN, P.; DE VARGAS, D. Territórios da privação social na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul. **Boletim de Geografia**, v. 37, n. 1, p. 234-250, 2 maio 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.4025/bolgeogr.v37i1.39208>> Acesso em: 25 fev. 2021.

FLEURY, M. T. L.; WERLANG, S. R. C. Pesquisa aplicada: conceitos e abordagens. **FGV pesquisa 2016-2017**. [s.l. s.n].Anuário de Pesquisa GV Pesquisa, [S.l.], nov. 2017. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/apgvpesquisa/article/view/72796/69984>>. Acesso em: 16 Nov. 2019.

FURTADO, J. P. et al . A concepção de território na Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, out. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2016000902001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2021.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (ORG). **Métodos de Pesquisa**. 1 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GUEDES, A. C.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. ANTONACCI, M. H.. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2017. p. 19 a 42. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.43794>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA., 03, 2005, São Paulo. **Anais eletrônicos**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal10/Teoriaymetodo/Conceptuales/19.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2021.

HIRDES, A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, nº. 1, p. 297-305, 2009.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Santa Maria**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama>>. Acesso em: 12 abr. 2020.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z.. O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 63-90, jun. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 fev. 2021.

LANCMAN, S. et al . Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000500968&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Mar. 2021.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S.. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300593&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S. (Org) **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Editora Vozes. 2002.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 2010.

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde Social**, São Paulo, v.26, n.2, p.462-474, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. 2010. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/8/9789248563706_por_contents.pdf>

Acesso em: 25 fev. 2021.

SILVEIRA, R. P.; SIQUEIRA, D. F.; MELLO, A. L.; CUNHA, F. A.; TERRA, M. G. Compartilhamento do cuidado na atenção psicossocial: percepção de trabalhadores e usuários. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), [S. l.], v. 15, n. 2, p. 69-76, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000431>> Acesso em: 06 jan. 2021.

PINHEIRO, G.; KANTORSKI, L. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: um estudo avaliativo e participativo. **Revista Contexto & Saúde**, v. 20, n. 40, p. 199-208, 4 nov. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.40.199-208>> Acesso em: 25 fev. 2021.

PORAZZI, A. R. **Projeto Ítaca: estratégias educacionais para a abordagem da questão das drogas**. 2014. 94p. Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2014.

GAM. **Apoio e fomento da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação e outras práticas emancipatórias em saúde mental na região central do Rio Grande do Sul**. Projeto de pesquisa. Disponível em:

<<https://portal.ufsm.br/projetos/publico/projetos/view.html?idProjeto=66607>>

Acesso em: 25 fev. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. LEI Nº 9.716 DE 07 DE AGOSTO DE 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. **Porto alegre, 1992**.

ROCHA, C.M.F. As redes em saúde: entre limites e possibilidades. **Fórum nacional de redes em saúde. Organização Pan-Americana da Saúde**. – Belo Horizonte, 2005. p. 37-58.

Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/trabalho_redes.pdf> Acesso em: 25 fev. 2021.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo: 1970-80**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1988.

SAFFIOTI, A. **Atenção em Saúde Mental a partir da noção de território: uma reflexão Sobre os Centros de Atenção Psicossocial**. 2017. 229p. Tese (doutorado em psicologia)- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2017.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev.2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2021.

SANTOS, C. B. T., OLIVEIRA, T. F. K., MIRANDA, L.– Estudo da demanda de um Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade de médio porte: imagens dos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Revista IGT na Rede**, v. 10, nº 19, 2013, p. 250 – 266. Disponível em:<<http://www.igt.psc.br/ojs>> Acesso em: 01 mar. 2021.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. In SANTOS et al.: **Território Territórios, ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro, Lamparina, 2007 3ed.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1988.

SANTOS, M, SANTOS, M, SOUZA, M. A. SILVEIRA, M. L. **Território, globalização e fragmentação**. 4ed . São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS, M. **Técnica, Espaço e Tempo**. Globalização e Meio Técnico-Científico Informacional. São Paulo: Hucitec, 1994.

SIQUEIRA, T. V.. **Cartografia de uma implantação de apoio matricial**. 2012. 25 p. Trabalho de Conclusão de curso (graduação em psicologia). Faculdade Integrada de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2012.

SILVEIRA, R. P.,et al...**Compartilhamento do cuidado na atenção psicossocial: trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995 3 ed.

TRAPÉ, T.L, ONOCKO-CAMPOS, R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saude Publica*. Vol. 51, n. 19, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>>. Acesso em: 01 mar. 2021.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208 p. Tese (Doutor em ciências da saúde)- **Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICE A- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AS (OS) GESTORES (AS) DO CAPS**

Nome:

CAPS responsável:

Há quanto tempo é gestor deste CAPS?

1. Qual o território adscrito à este CAPS?
2. O CAPS consegue abranger todo este território?
3. Onde você acredita que as ações do CAPS devem acontecer prioritariamente?
4. O que você entende por território?
5. Como você entende que deve se dar o cuidado em território?
6. Este CAPS realiza ações nos territórios? Quais ações são estas?
7. Existem profissionais específicos para ações no território? Quais são esses profissionais?
8. Quais são as maiores dificuldades para atuar com base no território?
9. O que você acredita que facilitaria a territorialização do cuidado?
10. Você acha que é importante o cuidado acontecer no território? Porque você acha isso?

APÊNDICE B- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AS (AOS) GESTORES (AS) DA PSM**

Nome:

Há quanto tempo é o gestor da política?

1. O que você entende por território?
2. O que você entende por cuidado em território?
3. Qual a importância do cuidado em saúde no território?
4. Como você acredita que deva se dar a gestão em saúde mental nos territórios feita pelos CAPS?
5. Você acredita que os CAPS conseguem abranger todo o território adscrito a eles?
6. Você conhece alguma ação no território realizada por algum CAPS?
7. O que vocês acreditam que seja uma dificuldade para a atuação dos CAPS com base territorial?
8. O que você acredita que é um facilitador para o cuidado acontecer no território?

APÊNDICE C – TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA GESTOR A

Entrevista com o (a) Gestor (a) A, realizada através do aplicativo de vídeo chamada Google Meet, no dia 16/10/2020

Tudo bem Taciana, como vai?

Tudo bem, [informação restrita].

Tudo bom, peraí que vou aumentar seu volume aqui.

Está bem, qualquer coisa se estiver ruim de ouvir tu me avisa.

Não, não, está ótimo.

Então tá! Tudo bem se eu gravar?

Tudo bem, sem problema nenhum.

Tá bom, eu vou gravar só o áudio, porque eu tive problema com aquela outra conta, do link que te enviei. Ahn, eu queria ver contigo primeiro se tu pode me enviar depois o TCLE, assinado, não sei se tu quer que eu te reenvie ele?

Ah, claro te envio.

Não sei se já posso começar, tudo bem?

Desculpa, não te ouvi.

Já posso começar, tudo bem por ti?

Pode começar.

Quanto tempo tu é a gestora?

Desde 2017, 3 anos, quase 4 vão fazer agora.

Aham, então primeiro queria saber o que tu entende por território?

O território é o local por onde tu circula, onde eu círculo, é onde tenho meus vizinhos, onde tenho meus amigos, onde eu tenho minhas atividades.

O que entende por cuidado no território?

É o cuidado onde eu estou, onde eu circulo né, eu não to, eu to sendo cuidado no meu espaço de vida né, aí é o meu cuidado, cuidado pela família, cuidado pelos vizinhos, eu tenho o cuidado pela parte de vínculo, cuidado na própria UBS, eu tenho minhas diferenças no meu território, cuidado na mais ampla forma, de cuidado, não só o cuidado de saúde.

Eu não sabia que era um questionário.

Ai desculpa, eu achei que havia explicado, expliquei mais ou menos por cima no e-mail que te enviei, ele é um questionário, mas ele é bem aberto, tu não precisa ficar presa nele, tu pode complementar ele a vontade, eu não tenho muitas regras, fiz mais ou menos para ir lembrando o que tenho para te perguntar.

O que tu acha da importância do cuidado na saúde mental no território?

Imagina se eu chego a te dizer agora que não é importante (risos). Ia ter que desenvolver uma tese sobre o meu comportamento. Claro que sim né, eu acho que a grande dificuldade que nós temos, apesar de já ser uma política né, e já ter vindo a gente identifica a importância do cuidado no território, na base né, na família.

E desde 2013 quando começou a se efetivar a política dos CAPS é uma luta que a gente tem em relação a esse cuidado, na verdade hoje pela evolução que a gente teve, nós precisamos fazer o caminho de volta, porque se formos ver a portaria já dizia da importância do cuidado no território né. Ahn, o CAPS seria um espaço especializado que duraria por um tempo né, ele tinha várias formas de modalidade de cuidado né, intensivo, semi e não intensivo, com prazo de avaliação de três meses, iniciou com essa proposta né, a cada três meses avaliava e aí passava, se era intensivo ia para o semi, se era semi ia para o não intensivo né, e nas bases territoriais onde eu posso inserir dentro da igreja, posso inserir no território realmente, que é onde eu vou inserir com tudo que eu possa compartilhar o cuidado, na verdade eu só em Santa Maria ... não domina mais o cuidado..

Particpei do projeto de implantação do primeiro CAPS, o Prado Veppo, implantamos o segundo o Caminhos, o terceiro que foi o CAPS infantil que até foi quando eu fui embora para Brasília. Já era uma preocupação na época né, quando eu retorno em 2017, mas em Brasília já era assim também, então assim ó, é uma questão da política mesmo né, acho que a mesma, como é que vou te dizer, o mesmo ahn, o mesmo esforço que a gente teve na reforma, a gente meio que fraquejou na situação do cuidado assim ó, como seria de uma reforma a gente teria vínculos, quem seria nossos parceiros, até pelas questões de saúde pública mesmo, né um entendimento, saúde mental, qualquer comorbidade a mais que tivesse, a hipertensão uma dor de barriga que fosse né, a referência era o serviço especializado porque lá que tinha que estar, então pra ti ter ideia mesmo, lá por 2003 quando nós começamos com o Prado Veppo aqui, a gente já tinha referência no território da equipe né, duas pessoas, montamos e dividimos a cidade em norte sul, leste e oeste né, na época, agora temos mais regiões de saúde, mas ahn, a gente já tinha essa visão, mas é muito difícil, até hoje, tu vê, o Prado Veppo foi em 2003, nós estamos em 2020 né, são 17 anos, é isso né?

A gente ainda fala da importância do cuidado no território, a gente ainda fala, mas, ainda assim ainda temos encaminhamentos inadequados por questões de ansiedade, ainda visto como doença e não como promoção e prevenção, a gente sabe que os próprios serviços, a própria atenção básica, ahn não enxerga as ações realizadas em grupos como preventivas né.

Nós temos um projeto de saúde mental na roda, que é exatamente isso assim, ele já funcionava em 2003 e volta a funcionar agora, desde 2017 né, e é exatamente isso né, ir pensando e compartilhando o cuidado, a importância né de compartilhar o cuidado né.

E assim ó, eu acho que ainda nossa guerra é essa das pessoas enxergarem o território, a saúde mental mais como saúde e não como doença, talvez agora na pandemia tenha aparecido muito, isso assim, a parte do cuidado da caminhada, da boa alimentação e isso tudo faz parte, né, não desconsiderando a doença, eu acho que a doença ela vai existir, ela precisa ser cuidada, mas que não seja o único referencial dentro de um serviço especializado, né, então o território mesmo é importante porque é o teu meio, é onde tu convive, é onde está tua família, onde está teus amigos, é onde tu pode circular, e as pessoas também, né os cuidadores não precisam ser só da saúde né, a gente sabe, o quanto mais a gente intensifica esse cuidado, quanto mais a gente

faz essa rede de cuidado que ela não precisa ser só de saúde né, que é outro benefício, é outro né.

Como tu acha que os CAPS deveriam gerir esse cuidado no território, tu acha que tem alguma estratégia que se os CAPS assumissem facilitaria que o cuidado acontecesse no território?

É que na verdade eu, ahn, o cuidado no território não só do CAPS, acho que de todo serviço especializado, Santa Maria faz parte de uma rede né, em Santa Maria nós temos o Acolhe, nós temos duas policlínicas né, que também atendem psiquiatria e psicologia, ahn. O cuidado no território a gente sempre soube que fornecia essa grande importância, de ele impõe, de ser acompanhado por um profissional de referência né, cada um ter o seu profissional, o seu plano terapêutico individual e isso é importante, Taciana, porque assim ó, pelo inchaço do serviço, por ser uma porta de entrada onde começou a entrar todas as questões de saúde mental, dos casos mais leves aos mais complexos e não foi só SM como eu te digo, foi ahn, um “boom” que aconteceu, “bom agora tem um serviço que atende só isso então aqui na atenção básica, no território, eu não tenho mais espaço”.

Então eu acho que sempre foi importante, a gente sempre coloca, é a referência né, o paciente ter essa referência, realmente ter esse cuidado né, eu saber quem é ele, quem é sua família, quem são as pessoas, que às vezes é a própria questão do inchaço mesmo, eu acho que o matriciamento, a gente agora tem a saúde mental na roda que aconteceu novamente na pandemia no mês passado, nós vamos ter essa semana, até se quiseres participar é saúde mental na Atenção básica, no dia 20 mais ou menos. Nós mantemos esse vínculo exatamente por isso, acho que o cuidado no território é uma via de mão dupla, sabe, eu acho que responsabilizar sim e através do vínculo a importância desse compartilhamento de cuidado né, eu acho que o CAPS precisa sim, eu entendo perfeitamente a insegurança da Atenção básica né, então a gente sempre coloca a importância do serviço ter esse vínculo, da importância do profissional de referência, a importância de eu estar disponível, Mas da importância de ter segurança né, acho que isso vai muito também da estabilidade, por exemplo, ahn, do servidor que tá lá na ponta, eu acho que vai muito da afinidade, eu acho que vai muito, como todas as áreas né, tem gente que não quer saber de saúde mental, como tem gente que não quer saber do hipertenso, que não quer saber do diabético, não quer saber né. Então essas construções são muito importantes né, matriciamento é muito importante, como te disse é uma via de mão dupla, eu tenho que ter a certeza que a partir do momento que o paciente está estável, né, e ele vai pro território, que não vai faltar suporte no território, pra ti ter uma ideia a dois anos atrás nós não tínhamos nem receituário azul e amarelo, da atenção básica para a saúde mental. Então assim, era tudo específico, até porque a receita tinha que ser vinculada a um serviço, eu acho que é isso mesmo, tanto o CAPS quanto à Atenção Básica. É essa via de mão dupla, pro cuidado ser realmente efetivo né, eu acho que a saúde mental e a estratégia da família, Santa Maria aumentou agora um pouco as equipes, para essas equipes de cuidado, e que as pessoas saibam que do outro lado eu estou sendo respaldado também né. Tanto assim ó, é importante que as vezes as pessoas pensam: “ ah, eu na atenção básica tenho que ter o respaldo dentro de um serviço especializado”, mas o serviço especializado tem que ter o respaldo da atenção básica, né, muito se fala Que tipo de coisa que a gente poderia tá fazendo mais né, a grande queixa vem assim, bom, pacientes não querem ahn, meu paciente tá lá, (não é meu né, ninguém é de ninguém) mas tá lá, não tá conseguindo medicação ele ia lá, tá enfrentando a fila, não ta conseguindo a receita. Então assim né, é uma insegurança pros dois lados, o que falta eu acho que cada vez mais é a informação também, eu acho que tu replica, replica, replica, replica e nada daquilo ficou né. eu acho que a comunicação é muito importante, acho que o que falta é isso mesmo, acho que conseguir hã, deixa cada

serviço de saúde mental, quanto a policlínica, quanto o SM Acolhe, quanto os CAPS, uma demanda real, olha nós temos 500 pacientes, por exemplo né, mas que estão acompanhados, que nós temos metas, que vai ser assim, que vão sair, que vão, sabe... eu acho que eles , que houve, que como eu to dizendo, não em Santa Maria, mas o Brasil Inteiro, em Brasília, a gente chegava e tinha CAPS com 1200 pessoas, é difícil tu cumprir sua proposta em cima de uma demanda que tá chegando diariamente né e tu sabe que tem mais coisas mas não tem condição de aumentar a equipe, ou de aumentar para mais serviços, né, Santa Maria comportaria mais um CAPS III, mais um CAPS II né, é uma proposta né, mas a gente tem a dificuldade de gestão mesmo e, é todo um processo que vai empacando né, então eu acho que é isso, acho que realmente a comunicação, uma comunicação bem efetiva sabe, um estreitamento de laços e vínculos é algo que a gente propõe com o saúde mental na roda, né, é uma vez por mês que a gente se encontra com a atenção básica, o matriciamento né, as visitas juntas né, como acontecem desde, para que o cuidado seja compartilhado mesmo,

A demanda do serviço, que a gente discutiu um pouco dessa necessidade de ter um CAPS III em Santa Maria, tu acredita que os CAPS conseguem suportar todo este território que está adscrito a ele?

Na época, como eu disse né, acabou vindo mais um CAPS AD para Santa Maria né, então nós temos dois CAPS AD, e teria que ter vindo mais CAPS II, CAPS III, em 2018 nós recebemos do ministério da saúde, em 2018, e inclusive foi ofertado para Santa Maria um CAPS IV né, pela questão da própria tragédia da boate Kiss, que aconteceu, sabe né, pela questão de Santa Maria né, pelas características, apesar de um CAPS IV ser só acima de 500 mil e não foi feito, né, até porque toda a parte tinha que ter uma contrapartida municipal e a gente não tinha, independente da minha opinião. Mas sim, santa maria precisava de um CAPS III, hã, o objetivo no início era ter pegado esse plano e nós teríamos um CAPS municipal, mais dois CAPS II que seriam um CAPS AD, mais um CAPS comum, um CAPS III mesmo, que aí ficaríamos com 5. Só que assim, hoje para o ministério da saúde tu não pede mais um CAPS III eles não financiam mais eles ampliam o CAPS II, então a ampliação do CAPS II, nós procuramos casa, é um processo muito difícil também, então assim, eu acho que não tem como tu deixar de conhecer o processo de gestão, né porque pra ti ter uma ideia a gente procura essa casa desde o ano passado mas as vezes quando a gente consegue a casa as pessoas sabem o objetivo e não querem, né, por exemplo: ah, não por ser um CAPS, mas provavelmente né. Agora nós estamos no processo de uma casa que é muito boa né só que a gente tem todo um processo que é de gestão e é de dinheiro público mesmo né, tu tem que passar por vários processos, né a casa tem que estar quitada em várias questões, tem que ser uma casa comercial, tem que passar pela vigilância, e as vezes nesse processo ela acaba sendo barrada e a gente começa do zero novamente, então não é má vontade, hã, só não tem um entendimento na verdade, do que está sendo feito na gestão e na coordenação dos CAPS, têm essa pesquisa, já foram visitar CAPS III em outros lugares né, com certeza eu concordo plenamente contigo que assim: “Ah será que só né...” também eu não entendo porque que a rede não foi ampliada né, eu me lembro que lá em 2006, quando eu saí daqui nós tínhamos implantado três CAPS no estado né, e, a gente poderia, nada funciona em política pública sem projeto né, então infelizmente foi dessa forma, então agora a gente vai se preocupar, a gente já pensa no CAPS III, na espera dessa casa, nós já tentamos em duas imobiliárias com a mesma casa né, ahn, são os contratemplos que acontecem e que a gente tem que lidar né,

Sim

Então sim, com certeza seria mais importante, eu acho que nós temos um diferencial em Santa Maria que é o serviço Santa Maria Acolhe, né que veio em função da tragédia, então amplia mais um tipo de cuidado né, acho que o reforço da atenção básica é fundamental, cada vez mais, ahn, talvez até se a gente tivesse, eu chego a pensar assim, porque, uma rede mais ampliada no cuidado no sentido de mais fortalecida, né, eu não sei nem se, ahn, se a gente ampliaria o número de CAPS ou se ampliaria para um cuidado mais efetivo no caso no CAPS III, a gente tem hoje o plantão psiquiátrico dentro do PA também, eu posso te dizer que de 2017 para cá assim a gente construiu muita coisa né, até por uma mudança na gestão sim, ahn, a gente completou as equipes né, tinha CAPS com equipes com 3 pessoas, 4 pessoas né, então hoje nós conseguimos completar as equipes, nós conseguimos construir fluxos né, por incrível que pareça até 2017 não tinha nem um fluxo de saúde mental, então.... que que eu vou te dizer, assim, eu acho que é mesmo esse fortalecimento que a gente precisa né, de ser um seguimento, de uma comunicação efetiva né, e com certeza sim, se a gente tiver condições de ampliar né, só que hoje, por exemplo, entre, ahn, eu acredito né, entre mais um CAPS II ou um CAPS III a gente tem que pensar um CAPS III, né a gente ainda tem dificuldade, por exemplo, mesmo tendo o PA com o plantão que veio por ordem judicial né, a gente sabe que é um local que nem precisaria ter dentro dos plantões né, o psiquiátrico, é, nós temos, enfim por um entendimento da justiça, tu sabe que hoje a saúde mental é cuidada em qualquer lugar, ela tem que ser atendida como urgência ou emergência, como qualquer outra questão de saúde né, e.... acho que sim acho que falta mais esse, foi uma proposta, acho que falta a rede mesmo se efetivar né, que é a proposta, que já pulamos três vezes de casa, o primeiro não quis, a casa não dava, vai para análise, aí tem uma outra coisa, enfim, são as dificuldades do processo de gestão mesmo, eu queria saber a tua opinião também.

Então, ahn, eu não sei te dizer uma opinião bem formada, porque tu é a primeira que eu estou entrevistando e eu comecei esse TCC com esse tema, justamente porque eu me coloquei para descobrir isso assim, ahn, o que que a gente tem de cuidado no território, eu foquei mais específico nos CAPS, de início assim, pra saber mesmo o que a gente tem de cuidado no território e o que a gente não tem, porque que a gente não tem, ahn, pra conseguir assim, a minha ideia mesmo é a gente construir uma rede de saberes, de experiências, de saber o que está dando certo, o que não está dando certo e a gente conseguir pensar junto assim, o que que não dá dando certo por quais motivos, lendo um tanto de coisas que eu li assim, não específicos de Santa Maria, mas de outros lugares, isso foi uma coisa que se colocou bastante assim, de questões de burocráticas mesmo, de gestão dificuldades e muito, assim, uma sobrecarga de serviço, pareceu muito pra mim e até foi uma coisa que eu até coloquei para identificar se em Santa Maria era essa questão também, porque a gente sabe que quando temos profissionais sobrecarregados dificulta essa rede né. Então, eu não sei te dizer assim, a minha opinião mesmo, porque tu é a primeira que eu to entrevistando e eu quero saber dos outros assim, eu não tenho ainda muita ideia, é porque eu ainda não fui pra nenhum CAPS, nunca trabalhei em um CAPS, nunca fiz estágio então eu não identifico as dificuldades dos CAPS assim, mas vamos descobrir, eu convido até, depois da pesquisa, se tu quiser te dou um retorno, podemos conversar,

Ah claro que eu quero, senão não teria sentido né, pra nós assim.

Sim, vai ser bem legal. Ahn, eu queria saber se tu pode me contar algumas ações, se tu conhece, se tu sabe algumas ações dos CAPS nos territórios, se tem alguma ação que seja

mais conhecida do CAPS no território, alguma ação específica que seja mais estabelecida, se tem, se não tem.

Sim, não teria nem cabimento se não tivesse né, Ahn, a gente tem várias ações no território né, como o matriciamento, como as vistas compartilhadas, como o próprio restabelecimento, a reinserção no mercado de trabalho, a parte de geração de renda, economia solidária né, ahn, oficinas de produção, quase todos os CAPS têm oficinas (incompreensível) né tem várias ações.

Uhum

O CAPS não tem sentido se ele não tem ações efetivas no território né, no cuidado, a gente sabe, é muito difícil ainda, na grande maioria, a partir do momento que tu divide o cuidado com a família, que tu divide o cuidado na família, é sempre tudo muito, aquela coisa de manter o adoecimento distante, isso, claro, tanto na dependência química como em qualquer outro tipo de doença né, então por isso que sempre, o fato é esse, o foco é falar da saúde mental, porque que é importante, "o que eu preciso, bom eu preciso ter meu dinheiro, eu preciso estar produzindo, eu preciso ter minha autonomia, eu preciso né, estar no meu ambiente para esse cuidado ser efetivo né, então assim, a gente, ahn, as ações, como eu te disse, estamos (incompreensível), a gente consegue entrar no território pela unidade de saúde mas não consegue entrar pela família, não consegue entrar pelos grupos que acontece, as pessoas não aceitam, não, enfim.... Então tem várias ações que são, são efetivas, a gente tem pessoas que saíram do campo muito bem, né, em outros grupos né, a gente tem por exemplo o próprio GAM, né nós temos nós temos que acontece, não sei se tu já ouviu falar, são pacientes que participam né, que divulgam e fazem grupos em outros espaços, a gente tem, como toda política, questões de muito sucesso e né, outras coisas muito frustrantes né, ee.... Mas com certeza, as atividades no território fazem parte do dia-a-dia dos serviços. Não tem nem como a gente dizer ah, sei lá eu vou elencar pra ti lá o paciente que a gente fez, foi, um paciente bem sucedido, né, eu teria várias situações porque o objetivo maior do CAPS é esse, então o trabalho no território é a inserção no grupo que acontecem nos territórios é a importância de ir sempre tentando ahn, trazer essa importância para o território, eu não preciso estar no território sempre, eu posso estar aqui com todas as minhas dificuldades, com todas as né, mas eu estou bem, eu estou estável, eu tenho o meu, a minha medicação quando eu preciso né, eu tenho acesso ao médico, posso retornar ao CAPS quando eu precisar né, ahn, e acho que a ação do CAPS pra ele é efetiva a partir do momento que ele não se faz necessário, e acho que a pandemia trouxe muito isso pra gente assim sabe, pessoas que a gente tá mais atenta, e tu é obrigada a conhecer outros CAP né, e conviver com outras pessoas, eu não teria nem como te aponta assim, "ah não" A inserção do cuidado no território é constante né, é constante no compartilhamento, nas resistências que a gente tem né, da família, de pessoas do território, em relação até mesmo à autonomia, é difícil...

E, então o que tu pensa que é uma dificuldade para a atuação dos CAPS assim, na base territorial, o que tu acha que é mais difícil hoje em dia?

Acho que as dificuldades que nós temos são várias né, como todas as outras políticas né Assim ó, nós temos a dificuldade do próprio entendimento dos serviços de base territorial entenderem que ele tá ali, que faz parte, nós temos por exemplo territórios que fazem sua parte, que tem um entendimento da equipe da ESF né, então assim, eu acho que as dificuldades, a maior dificuldade que a gente enfrenta é realmente o entendimento de que hoje nós temos que chamar de saúde mental, de promoção, de prevenção e não ficar agarrado apenas na doença, na doença, na doença, porque a partir do momento que ela vira só a doença ela é um problema onde ela estiver

e a gente sabe disso. então eu acho que é a própria equipe das unidades de saúde ESF entenderem que existem sim ações dentro da comunidade que promovam, a importância do acolhimento né, o que é um acolhimento, o que é uma triagem, isso que a gente fala muito no saúde mental na roda, né, é os serviços de rede no território não é só saúde, a gente tem desenvolvimento social, a gente sabe que o adoecimento não vem só pelas questões de saúde, os adoecimentos vem de questões de vulnerabilidade social, e várias outras questões, então um fortalecimento de redes no território, não é só a saúde que tem que estar envolvida, a gente tem que ter a nossa rede toda unificada né, então são várias coisas né, pra mim poder te dizer assim, acho que o mais importante é a empatia mesmo, saber que eu to ali cuidando, né, que a pessoa tá bem, que não necessariamente ele precisava estar em outro espaço, que é aquele espaço né, o grupo que ele vai frequentar é aquele, porque ele também é hipertenso, porque ele também é diabético, além de ser esquizofrênico né, então eu acho que é isso mesmo, enxergar mais longe como uma saída, como importância né, a prevenção e a promoção.

E tu acha que teria alguma estratégia para melhorar isso, assim, tu tem alguma do que poderia para conseguir construir isso de alguma melhor forma?

Sim, eu acho que melhorar a comunicação, né, assim o processo disso, eu acho que o que facilitou muito quando a gente começou a trabalhar os grupos né, para alavancar, a estratégia é poder falar de saúde mental sempre, o fortalecimento do vínculo, é o entendimento que a partir do momento que eu compartilho esse cuidado eu consigo ter muito mais sucesso no meu plano né, e compartilhar o cuidado não é só com a saúde é em todos os setores que envolve né, pra ti ter uma ideia hoje eu tive uma reunião no fórum, tinha CRAS, tinha CREAS, tinha conselho tutelar e isso tudo é a rede. A estratégia é estar cada vez mais próximo, é ter a noção do que é uma rede de cuidado e é o que a gente quer colocar sempre né.

E como que ta a rede do município, tu acha que ela ta bem estruturada já, tu acha que ela está fortalecida, tu já me disse que precisamos fortalecer a rede, mas.

Eu acho que isso é uma atividade constante, né, nós temos por exemplo o fluxo da violência, nós temos o fluxo estabelecido, o serviço perdeu profissionais, e aí não atende mais, aí o fluxo já caí, já muda, então eu acho que é constante, eu acho que isso tem que estar intrínseco, a importância de uma rede de cuidados, a partir do momento que eu estou colhendo tenho que ter bem claro quem são os meus parceiros, quem é que atende, quem eu tenho que acionar, de quem é a corresponsabilização, pra ser mais efetiva nessa rede de cuidado né, então realmente assim, eu acho que várias outras questões além dessas assim, às vezes as trocas de profissionais, às vezes a perda de profissionais, né que desestabelece toda uma proposta que tu vem fazendo, mas a partir do momento que eu acho isso ta intrínseco, "ó o meu ideal é esse", mas se eu não tenho esse, eu tenho esse e é em cima desse que eu sei que eu vou trabalhar, pensando sempre, né, o ideal não pode me limitar, pode ser uma meta, mas o que eu tenho pra trabalhar. Eu não sei se tu precisaria de muito tempo, eu tenho um pessoal me aguardando aqui e a gente pode continuar também depois.

Não, não já to terminando, a última coisa que eu tenho pra te perguntar é o que tu achava que era um facilitador para esse cuidado do território, assim, acho que tu já me respondeu um pouco, mas....

Eu acho que um facilitador é um vínculo bem estabelecido e o conhecimento dessa rede de cuidado, saber com que serviço eu posso contar, que eu vou chegar lá e aquela pessoa vai estar, que eu sei que lá é minha referência, que eu vou ligar e que ele vai ser ouvido ou vice e versa, o facilitador é o fortalecimento da rede, não tem outro.

APÊNDICE D- TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA GESTOR B

Entrevista com o (a) Gestor (a) B, realizada através do aplicativo de vídeo chamada Google Meet, no dia 22/10/2020

Quanto tempo tu és o gestor?

Olha eu trabalhei, ahn, eu tenho dois períodos que eu ingressei nessa função aqui [informação restrita]. Eu fiquei por um ano, durante o ano de, de agosto de 2013 a agosto de 2014. E depois eu retornei aí eu prestei, porque antes eu entrei no estado eu não era concursado eu era, era um contrato que o estado abriu em 2012 e aí eu entrei neste contrato e eu, nesse período de 2013 para 2014 eu fiquei nessa função. Iniciei, digamos assim, essa experiência, né, profissional de [informação restrita]. Então deixa eu ver, eu voltei para cá em 2017, em junho de 2017, então 18/19/20. Pode dizer que faz uns quatro anos que eu sou, que eu já desempenho essa função aqui [informação restrita], né, somando esses três anos de 2017 até agora e mais aquele um ano que 2013/14, fecham 4 anos.

Ahn, o que eu preparei é uma entrevista semiestruturada tá, então assim, eu vou te fazer, eu tenho mais ou menos um roteiro que eu preparei para mim não me perder no que eu preciso te perguntas, mas pode ficar bem à vontade se quiser complementar alguma coisa se tu achar que alguma pergunta não abrange tudo que tu queiras falar, pode ficar bem à vontade.

Ta.

Eu queria saber então, o que tu entendes por território?

Ahn, olha, o que eu já estudei, já li né e a gente conversa nas reuniões, né, com profissionais, principalmente os profissionais da rede, ahn a gente nessas reuniões acaba não entrando, infelizmente, usuários que eu acho que eles deveriam estar presentes né. Isso ainda é um ponto, que enfim, que a gente não conseguiu ainda avançar. Mas para mim, é território tem a ver né, com possibilidades de cada um de nós construir, assim, espaços onde tu possa, tanto buscar, buscar ajuda, buscar atendimento, buscar cuidado, né, buscar o seu profissional de referência, o teu profissional de confiança, né, então é, o território para mim ele envolve os serviços de saúde, ou também outros serviços, assim né, que o município onde essa pessoa vive dispõe, e que então a gente possa circular, transitar, por esses locais, né, na nossa cidade. Mas eu entendo também que se configura para fora, para além dos serviços, de uma rede, seja rede de educação, de saúde, de assistência social né, mas também, ahn, outros lugares em que as pessoas encontrem, né especialmente, talvez assim, um apoio, suporte sabe, acolhimento, né, então pode ser vários outros tipos de espaços né, não necessariamente espaços assim de serviços públicos né, então eu vejo, eu entendo por aí, assim, nessa perspectiva ampliada de território.

Ahn, e aí dentro desta perspectiva de território que tu entende, o que tu entenderias por cuidado no território?

Então o cuidado ele precisa sempre estar vinculado com a possibilidade da pessoa que busque esse cuidado, ser ouvida de fato, ser escutada, nós, psicólogos, fazemos essa diferenciação que talvez até a TO faça de escutar, e ouvir para escutar né. Então, por que, a gente vive processos assim, em que muitas vezes isso não é levado em conta, é realmente é só ser escutada, né isso

não é nada fácil de ser feito, então para mim cuidado ele precisa, esse território né... durante esse trajeto, esse itinerário que as pessoas fazem nesses territórios que elas possam encontrar então ahn... esse cuidado mediado por pessoas que podem ser ou não profissionais né, mas que estejam abertos para escutar o que essa pessoa está trazendo, acolher esta demanda né, esse pedindo por atenção. E eu acho que aí envolve assim sabe Taciana, a questão de escutar, de poder escolher aquilo que a gente não sabe bem o que é, de que forma pode ajudar, ahn... E aí com isso tem o segundo e o terceiro passo, para mim no cuidado, que é a escuta, a capacidade de acolher e a passagem de poder começar a construir um vínculo de confiança com essa pessoa que buscam cuidado né. Então para mim esses três elementos são fundamentais, é conseguir fazer, ter uma postura né sincera, assim de acolhimento, e de escuta atenta ao que aquela pessoa tá procurando e com isso poderia iniciar uma construção de vínculo né, de comunicação, de confiança, que acredito que tu tendo, tu fazenda essa base, esta massa, digamos assim, que consegue daí fazer um... consegue começar a construir muitas coisas com essa pessoa que tá buscando né ajuda. Especialmente no caso de pessoas que buscam atenção em Saúde Mental isso se faz ainda mais necessário né que são pessoas que passam por vários problemas e questões, desde estigmas, rótulos né, preconceitos ahn, até mesmo violência que, esses elementos, assim, são para mim, é, extremamente importantes se não tu perde a pessoa, ela não vai voltar mais aquele serviço, ela não vai mais procurar, né. E aí que muitas vezes se torna muito difícil também a gente conseguir fazer alguma coisa diferente né se a gente ahn... se a gente não tentar fazer, tentar ter essa postura né. Eu sempre penso um pouco por aí assim né, mas não é fácil, é um exercício assim difícil, todo dia eu acho que tem que acordar de manhã e pensar né, que é, na verdade, não sei, eu vejo isso como uma posição ética entendeu, de cuidado. Mas não é nada fácil, tem dias que não tá bem! Tá com teus próprios problemas né, da tua vida.

É são os desafios da profissão né!

Não é fácil.

E aí eu queria te perguntar então qual é a importância do Cuidado em saúde no território, assim, se tu ver importância nisso, né? E qual seria essa importância?

A importância do cuidado? No território?

Isso.

Eu acho que é isso que eu estava falando, né. Ahn, porque ainda a gente enfrenta na saúde mental brasileira, né. Ahn, vários processos assim, desde ahn... ainda uma, uma imaturidade, eu acho ainda tá no próprio sistema público de saúde é ainda, maturidade eu me refiro não que a gente não tenha conquistado, que o SUS e todo o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, da luta antimanicomial, de toda a criação né, de um outro modo de cuidado e de intenção né, das pessoas com problemas mentais, ahn, não tenha sido um grande avanço. Mas ainda a gente precisa superar ou enfrentar esses desafios de uma população muito medicalizada né, muita ênfase na internação, no Hospital né, no especialista. Então pra gente poder ter um cuidado nesses territórios, né, esses desafios que tá falando agora, que ainda eu vejo como sendo impasses, entende, eles se tornam entraves para que a gente tenha outras estratégias e outras perspectivas de cuidado nos territórios né. E aí, por causa disto, as práticas acabam ficando muito restritas né, a algumas ideias, do tipo internação, do tipo hospital, do tipo psiquiátrico, do tipo remédio né, do tipo justiça, internação compulsória.

Ahn, esse ano todo eu passei o ano inteiro sem viajar pra nenhum lugar, né devido à pandemia e além do fato da minha esposa tá grávida né, então fez com que eu não fosse em mais nenhum dos nossos municípios aqui da região central, mas, quando eu faço essas idas aos CAPS né, aos

hospitais da nossa região que tem leitos, unidades de saúde mental eu vejo muito ainda a falta desta, é..... dessa perspectiva de trabalhar com o projeto terapêutico singular, de poder construir alguma coisa com a pessoa não é?! Com a família e com talvez outras pessoas que possam ajudar né, ahn, porque isso é muito trabalhoso, como eu estava dizendo antes, é bastante difícil, mas eu ainda sou, eu defendo que essa é a principal uma das principais ferramentas, assim, um cuidado mais capaz de reproduzir algumas diferenças na vida das pessoas para que seja, que faça um corte assim nesse ciclo vicioso né, então é um pouco por aí que eu penso a relação entre o cuidado e o território né.

E assim, tu acha que existe alguma estratégia, algumas coisas que a gente pudesse adotar para facilitar esse cuidado, assim? Alguma coisa mais....

Eu vejo assim ó Taciana, a importância de fato né se utilizar o projeto terapêutico singular, eu acho que ele é uma ferramenta de trabalho em saúde e especialmente de saúde mental é importante porque ele faz exatamente essa inclusão do usuário no seu processo de cuidado de negociação sobre o seu tratamento sobre o seu cuidado sobre todas as necessidades que ele precisa, né uma segunda estratégia eu vejo a importância da comunicação nas redes de atenção né, essa comunicação é fundamental para que se possa construir fluxos adequados sabe, porque se não houver comunicação e a comunicação precisa ser instituída através de encontros periódicos, de reuniões recorrentes, da qual tu vai, as pessoas que compõem os profissionais que compõem essa rede vão se encontrar, vão limpar os problemas, vão limpar as falhas na comunicação, vão fazer acordos, vão fazer, vão estruturar os fluxos de encaminhamento, os fluxos de referência. Então, eu acho, que assim projeto terapêutico é fundamental, a comunicação em saúde né para que exista uma rede de atenção é fundamental, né, é... acho que esses dois principais elementos assim né, enquanto eu consigo pensar...

E pensando assim mais específico para o serviço, para o CAPS, assim que tu acha que seria alguma estratégia que eles conseguissem adotar para tornar o cuidado no território mais fácil para conseguir é, tornar isso mais objetivo assim, tu acha que existe alguma estratégia para os CAPS, mais voltado assim?

Tu diz, tu tá me perguntando se eu tenho alguma sugestão, algumas indicações de alguma estratégia para os CAPS podem ter um trabalho mais, como é que é mesmo?

É assim, pensando um pouco nas portarias que instituem o CAPS que vão trazer essa Atenção do CAPS mais territorial, um tanto mais próximos territórios, se tu acha que tem algo para os CAPS fazerem que torna isso mais fácil, assim, alguma estratégia, não digo mais fácil, mas como é que os CAPS poderiam fazer isso efetivamente sabe. Esse cuidado territorial assim.

Pois é, eu acho que fundamental os CAPS, é eles entenderem que já nas portarias iniciais que construíram os CAPS né, que instituíram, perdão, os CAPS e que se depois todas as demais publicações assim do Ministério da Saúde né, vem mostrando que o CAPS ele precisa trabalhar a ideia de ser uma equipe de referência em Saúde Mental para dar aquele apoio matricial, como se fala tecnicamente, às unidades de atenção primária em saúde, né.

E com isso poder fazer melhor essa costura, essa relação entre/com territórios de vida dessas pessoas porque os CAPS ele tem um perfil específico de público-alvo né. E mesmo para esse público-alvo que fica nos CAPS que frequentam os CAPS, eles também devem manter a sua vinculação com a sua equipe de saúde primária de saúde. Então a estratégia que eu sempre falo é a necessidade de a equipe do CAPS fazer, instituir, organizar um cronograma de reuniões pelo menos mensais com as equipes de atenção primária em saúde. Se não houver esta organização

da coordenação do CAPS, é... bom, o CAPS, digamos assim, vamos imaginar, O CAPS da cidade X no bairro X lá da cidade ele abrange cinco unidades básicas de saúde da estratégia saúde da família, né. Então esse CAPS ele precisa organizar com cada unidade básica de saúde, estratégia de saúde da família, essas reuniões esses encontros. São os profissionais dos CAPS eles têm que entenderem que a clínica dá atenção psicossocial ela não é uma clínica que deve ser centrada na prática individual entendeu, que os psiquiatras não devem ficar exclusivamente dentro dos consultórios, prescrevendo medicação, revisando diagnóstico, inserindo pedido de internação né, que os psicólogos não devem ficar lá enfiados fazendo a psicoterapia, fazendo grupo, é, que os assistentes sociais não devem ficar só fazendo é, estudos sociais e enviando as questões dos benefícios, que as Terapeutas Ocupacionais não devem ficar só fazendo as oficinas, outros grupos e tal. Isso sim, são as tarefas, não é tarefas, são as atividades, são ações, que os CAPS devem oferecer, mas, essa equipe também tem que ver que uma tarefa, sim, do CAPS é fazer essas comunicações com os territórios, com as estratégias de saúde das famílias. Isso não é fazer do tipo “a me ligou a enfermeira lá do posto eu vou conversar agora com ela e vou discutir o caso do fulano” sim, isso tu vais fazer, mas se tu não tiveres organizado um cronograma de matriciamento para aquela Estratégia de saúde da Família, essa ligação isolada que tu vai fazer o caso do Joãozinho lá com a estratégia isso não se configura matriciamento, isso pode ser uma ação de matriciamento, mas assim, isso não vai, não vai aproximar, não vai solidificar, não vai vincular as equipes e os usuários dos serviços né. Eu sempre digo isso é importante criar um cronograma anual, então digamos, “todas as terças, toda primeira terça-feira é para aquela é a ESF do mês” toda a primeira quarta-feira do mês é para tal ESF, eu não sei, inventar esses, entendeu, esses ahn... organizar esse processo de trabalho com as ESFs. Eu acho que isso é um, é um, é um ponto assim fundamental para que a gente possa ter maior solidez da rede, melhor comunicação, para que os usuários possam transitar melhor né. Isso é um ponto.

O outro ponto tu diz para fortalecer os territórios né, é isso que tu tá perguntando né?

Isso.

Eu acho que é assim, olha Taciana, eu acho que essa questão dos CAPS fazer este cronograma com as ESFs para organizar os processos de matriciamento é fundamental; o segundo ponto, né que eu acho que daí envolve, por exemplo, o que eu tinha alguns poucos municípios têm na nossa região que é uma coisa que a gente tá sempre tentando trabalhar em que haja um coordenador, uma coordenadora, de todo município da política de saúde mental e essa pessoa teria também a tarefa de poder fazer reuniões, pelo menos talvez mensais, ou de dois em dois meses, no máximo né, com toda a rede, sabe. E aí vai envolver vários serviços para poder fazer o que a gente fala de plano Municipal de Saúde mental, né, então isso é uma outra ação é importante que daí a gente vai poder também solidificar os territórios. Acho que por aí assim.

E assim, pensando os CAPS que a gente tem agora, a minha pesquisa é mais voltada para o município de Santa Maria mesmo, e aí pensando assim, os CAPS que a gente tem agora no município tu acha que eles conseguem dar conta, eles dariam conta de pensar um planejamento assim, os CAPS conseguem abranger todo o território que está adstrito a eles? Não, aqui em Santa Maria a gente teve essa, a gente tem uma insuficiência, vejo assim sabe, de serviço de saúde mental, né. A gente teve, nós temos, uma grande melhora, uma grande mudança, para melhor né, que foi com essa gestão atual né, do governo Pozzobon, e a gente teve uma estagnação muito grande na saúde mental por muitos anos, eu vejo assim. Então, quando eu vim para cá em 2017, eu vim, eu iniciei o meu processo de gestão [informação restrita]

concomitante com o novo governo Municipal né. Então eu pude acompanhar essa atual gestão, que eu falo das gestões anteriores foi o pouco que eu acompanhava de fora né, mas o que eu posso te dizer é que assim Santa Maria, com essa atual gestão, eles conseguiram completar as equipes dos CAPS com profissionais que faltavam, que não tinha, eles conseguiram adequar melhor os processos de trabalho dos CAPS, eles conseguiram organizar os fluxos dentro do município e da rede, eles conseguiram organizar melhor a questão da construção, da construção não, da redefinição do Santa Maria Acolhe, foi um serviço estratégico pensado na gestão atual para servir como um ponto de acolhimento às urgências, de encaminhamento para rede, de atendimento daquelas pessoas que não estão vinculadas ao serviço ainda né. Então teve muitas coisas boas, a própria retomada do projeto antigo que era o Santa Maria, perdão “O saúde mental na roda” que é exatamente isso eu fazer a conversa dos CAPS com a rede da atenção básica, atenção primária, ahn... Então isso tudo foi feito né, porém a gente tem um município que é muito grande uma população muito flutuante, assim com a Universidade Federal gigante como é a UFSM, aquela quantidade enorme de estudantes que moram ali na Universidade que circulam na universidade, de pessoas que circulam ali no HUSM, a gente tem problemas lá na Universidade da falta de serviços adequados, assim, principalmente para acolhimento e atenção a situações de urgência, de crises né, que não tem ali na universidade e que mandam lá para o P.A. do Patronato, isso é outro ponto também, o PA do Patronato com o plantão psiquiátrico né, isso também foi um ponto que veio pra melhorar, embora no início a gente não quisesse colocar isso, e eu também fui contra porque a gente pensa que um plantão ele tem que ser o médico que atende lá, ele tem que estar preparado para atender todas as demandas, mas foi uma determinação judicial, só que eu acho assim sinceramente que é importante ter um plantão psiquiátrico, porque a saúde mental ela é uma demanda muito crescente, né e... E, além disso, precisa, e isso é um problema que a gente ainda tem na cidade que era ter um local mais adequado, assim, chega a pessoa em surto em crise no P.A. Patronato ela é atendida, mas ela tem que sair de lá, ela tem que ir para um lugar de observação, mas preparado, fisicamente estruturado, em que essa crise seja bem acolhida, manejada e se houver a necessidade de internação ela ser encaminhadas para uma unidade hospitalar, e se não, se as coisas melhorarem né, foi passando ser caminhada para um serviço da rede. Então a gente tem problemas aqui que envolvem, por exemplo, a universidade envolve a nossa rede básica que ainda é muito frágil de serviços de atenção básica em saúde e a gente precisaria sim, de um CAPS de porte maior, a gente precisaria de um CAPS 24 horas, aqui em Santa Maria, então assim a gente precisaria pelo menos tentar ter talvez mais um CAPS, entende, que fosse... a ideia a gente já teve essa ideia, sabe Taciana, Quando eu digo a gente eu digo que eu fiz uma parceria muito grande com a gestão Municipal aqui com a coordenação, coordenadora Municipal da Saúde Mental, então a gente, a gente tem que trabalhar muito junto nessas coisas estado, municípios e parceria eu como estado e a Cláudia né como da secretária municipal, então, a gente tinha ideia de que o CAPS Prado Veppo se tornasse um CAPS III, né, 24 horas. Ahn... Só que um CAPS III 24 horas ele precisa de uma equipe maior, ele precisa de espaço para ter leitos dentro do CAPS né, então assim ele não é tão simples de ser montado né. Ele precisa de profissionais, e aí esbarra naquela questão de folha de pagamento que muitas vezes não consegue mais contratar outras pessoas, isso é um problema, ter uma casa um local que tem espaço para tudo isso que um CAPS III precisa, então não é uma coisa assim fácil de ter, de montar. Mas eu acho que sim é um serviço assim, muito carente aqui em Santa Maria, a gente ter um CAPS III, Santa Maria precisaria ter, certamente. OU a gente ter o CAPS AD Prado Veppo e montar um CAPS III, seria maravilhoso, mas aí eu acho que é praticamente, eu não sei sabe, isso teria que ser bem estudado né, teria que ser bem analisado, então por isso que se pensou em fazer uma, como

é que se diz, uma qualificação do CAPS Prado Veppo para se tornar um CAPS III 24 horas, porque o CAPS Prado Veppo é um CAPS tipo II.

Tá certo, ahn, e tu tem conhecimento de alguma ação de algum CAPS no território, alguma ação específica do CAPS em uma ação territorial?

Eu sei que os CAPS, ahn, eles têm feito, por exemplo, ahn... eu realmente tô um pouco por fora das atividades aqui dos CAPS de Santa Maria, sabe. Mas eu sei que o CAPS CIA do começo, e o CAPS Prado Veppo, eu acho que os dois, eles têm o trabalho com o Guia GAM, né, que é uma estratégia sensacional, eu gosto muito do Guia GAM, acho ele muito bacana, e eu sei que eles tem sim, alguns projetos, mas eu realmente não sei te falar agora, eu to um pouco por fora.

Eu acho que era isso então, tinha mais algumas coisas, mas já fomos respondendo conforme fomos conversando.

APÊNDICE E – TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA AUTOR C

Entrevista com a Cogestão C, realizada de forma escrita via e-mail, respondida no dia 04/11/2020.

Qual o território adscrito a este CAPS?

Todo o município de Santa Maria

O CAPS consegue abranger todo este território?

Não.

Onde você acredita que as ações do CAPS devem acontecer prioritariamente?

Entende-se que as ações do CAPS devem estar em conexão com o território, com a comunidade e os serviços da atenção básica, educação, assistência, entre outros. As ações devem ser analisadas conforme as demandas;

O que você entende por território?

O território se constitui na ideia de uma localidade onde as pessoas moram, trabalham, têm seu lazer, ou seja, vivem.

Como você entende que deve se dar o cuidado em território?

Deve ser analisada cada demanda conforme suas singularidades e particularidades de cada território. Mas basicamente é necessário um trabalho em conjunto e a corresponsabilização dos serviços que estão atuando no território, sendo que estes podem cooperar no acolhimento mais próximo e serem referências aos usuários destas localidades.

Este CAPS realiza ações nos territórios? Quais ações são estas?

Ações de matriciamento, tanto nos serviços de saúde, como na educação. Além disso, realizamos ações de articulação de rede com todos os serviços e atores envolvidos.

Existem profissionais específicos para ações no território? Quais são esses profissionais?

Não há profissionais específicos, pois vai depender de cada caso e situação.

Quais são as maiores dificuldades para atuar com base no território?

As principais dificuldades se dão: nos recursos de deslocamento, grandes demandas de atendimentos nos serviços e recursos humanos suficientes.

O que você acredita que facilitaria a territorialização do cuidado?

Uma maior propriedade e maior pertencimento dos serviços de território nas questões de saúde mental. Trabalho em conjunto entre atenção primária e especializada.

Você acha que é importante o cuidado acontecer no território? Porque você acha isso?

Com certeza, pois desta forma o cuidado é compartilhado e mais integral, o usuário se torna mais ativo no seu processo de cuidado em saúde e os muitos casos não seriam estigmatizados e não chegariam a um nível de gravidade maior. O trabalho de promoção e prevenção em saúde é fundamental e deve ser constituído no território.

APÊNDICE F – TRANSCRIÇÃO GESTOR D

Entrevista com o (a) Gestor (a) D, realizada através do aplicativo de vídeo chamada Google Meet, no dia 23/10/2020

Tu pode me avisar quando quiser começar.

Pode começar

Há quanto tempo tu é a gestora do CAPS?

Um ano e quatro meses.

Eu não sei se tu viu sobre o que era mais ou menos a pesquisa se tu quer que eu te explique um pouco antes.

Não, se tu quiser fazer um breve relato sempre ajuda né eu acho que aí torna mais precisa as até as minhas respostas.

Então é uma pesquisa sobre a territorialização dos CAPS, sobre o trabalho territorial dos CAPS, a partir de uma visão dos gestores. Aí minha ideia é a gente construir uma rede de saberes, para a gente entender o que a gente tem de dificuldade no município, tem uma potencialidade no município para a gente conseguir realizar um trabalho mais territorial conforme as portarias dos CAPS mais ou menos isso, assim, a minha ideia era um pouco em relação a isso.

Uhum, ok.

Então, qual é o território adscrito a esse CAPS?

Assim o município de Santa Maria foi dividido, como é que eu posso dizer, ahn, em dois, [informação restrita]. Nós atuamos há mais ou menos uns.... Quinze anos. Com álcool e drogas independentemente da idade independente do sexo. [Informação restrita] E mais os distritos... então é uma área bem extensa. Para ambos, né, para ambos é bem extenso.

Sim, e tu acha que o CAPS consegue abranger todo o território, assim, vocês têm se dado conta?

Na realidade a gente pede muito assim... suporte às vezes para as unidades básicas né. Eu até acredito que a gente peça mais para eles do que eles peçam para nós. Ahn, mas assim ó, é em momentos pontuais, tipo assim, a médica está de férias, a médica está de atestado, a médica tirou uma licença. Então a gente pede uma ajuda para eles principalmente na parte de renovação de receitas né, ou por exemplo assim ó paciente começa a tomar uma medicação e a cretina vai lá em cima. Daí ele tem que fazer exames, ahn, mais periódicos que às vezes a gente não consegue dar o atendimento aqui, tipo assim de toda semana esse paciente né, porque é só uma médica psiquiatra aqui no CAPS antes nós tínhamos uma médica clínica... que saiu e daí não

foi, ahn, não veio outro profissional para nos prestar esse auxílio né. Então, desde então, aumentou muito o nosso pedido de ajuda para as unidades básicas.

Tu acha assim que essa questão de vocês pedirem mais auxílio para atenção básica, tá OK, ou tu acha que teria necessidade de mais serviços específicos, mais CAPS, mais equipes. É que assim, a gente tem um único indicador que é chamado de matriciamento, dentro do nosso serviço. Então acho muito importante esse contato que a gente faz com eles e a troca que a gente tem, ahn.... Porque nos ajuda muito sabe, ahn... assim e principalmente quando a gente, eu gosto muito, assim quando eu fico em dúvida no atendimento, que eu acho que a situação é um pouco contraditória ou não é realmente aquilo que o usuário tá me falando. Eu gosto muito de fazer uma visita. Daí às vezes dependendo da situação se eu me sentir insegura. Eu faço contato com a unidade básica pra ver se tem alguém que pode ir comigo, né.... Então eu acho isso muito importante, claro... que se eu tivesse um outro serviço assim para a gente fazer uma nova territorialização, uma nova divisão, dividir não só em dois, mas em três, que seria mais fácil com certeza. Até mesmo porque eu acho que a região oeste de Santa Maria que abrange Nova Santa Marta Santa Marta T. Neves e Parque Pinheiro Machado precisam talvez de um núcleo lá mais próximo né, é uma visão que eu tenho.

Sim, ahn, onde tu acredita que as ações dos CAPS devem acontecer, prioritariamente?

Eu acho que é uma troca maior Prioritária é com quem tá lá na linha de frente. Eu acharia que com os agentes comunitários de saúde, mas não como sobrecarga para eles, mas tipo assim ó, numa forma de eles verem, detectarem, mais sinais.... Sabe não ficar só no relato entendeu, mas tipo assim, deles visualizarem quando passam por fulano, fulano tá sempre perto do bar né, nunca está em casa, mas não criar mais trabalho para eles, mas ajudar eles a detectarem pontos que podem fazer um encaminhamento dessas pessoas pra nós mais cedo, antes que a situação já esteja pior.

Então seria mais, tu acredita que as ações deveriam ser mais centralizadas nos territórios então do que no CAPS.

Sim, aham.

E o que que tu entende por território?

Olha para mim território é todo aquele local onde o usuário está inserido e ele exerce todas as suas atividades tanto familiares, quanto à procura da assistência básica, quanto à sua locomoção e até mesmo às vezes desempenha suas atividades profissionais. Então às vezes a gente traça o território, né, aqui, mas quando a gente chega lá o território já é bem diferente porque já tem uma nova invasão já tem um novo público que a gente nem sabia né. Esses dias eu fui fazer uma visita lá para o lado do Parque Pinheiro Machado tem um loteamento novo e atrás desse loteamento agora tem uma invasão que se chama resistência, que eu não sabia que existia. Então essas coisas assim a gente vai se deparando né. E daí eu fico me perguntando, tá, mas eles estão acessando qual unidade básica, onde é que eles vão quando eles precisam de atendimento? Esse território é nosso ou é do Companhia do Recomeço onde essas pessoas vão?

Sim.

Né, então o território ele está em constante mudança também né. Aos olhos da gente, aos olhos

dos gestores assim, e às vezes é difícil para gente, assim, também abraçar tudo. Sem sentar, sem conversar, sem pontuar. E tudo isso acaba nesse meio tempo que a gente vai fazendo essas conversas essa população está desassistida. Então às vezes o território fica à mercê e fica vulnerável também de atendimento, carente das necessidades básicas de saneamento, de atendimento psicossocial aquela coisa toda.

Sim, e.... como é que tu entende que deve acontecer o cuidado no território?

Eu acho que o cuidado no território a gente tem que ver, ahn, cada usuário, cada pessoa, cada usuário que procura o serviço, a demanda que eles trazem né... Eu acho que quando a unidade básica vê o que eles precisam, que fazem contato conosco né, a gente procurar já dar toda a linha de cuidado, dá tudo assim ó, Como eu digo, bem esmiuçadinho porque pra eles é complicado né, de por exemplo assim, se é lá no final da Parque Pinheiro Machado, por exemplo a pessoa às vezes dependendo do local que precisar ir, se não vem bem certinho, vai gastar três quatro passagens. Então a gente tem que procurar fazer uma linha de cuidado, que assim, mobilize toda a rede, né. Ah, ele vem na Secretaria da Assistência Social, tá, mas a Secretaria de Assistência Social trabalha digamos que dá sete a uma, se ele vai vir, o quê que ele pode fazer nesse entorno que ele ocupe esse horário que ele não fique se deslocando indo e vindo sem necessidade. Eu acho que esse cuidado sim às vezes falta em nós profissionais essa sensibilidade de ver tudo o que a gente pode facilitar, não criar mais entraves nem barreiras.

Uhum, eee... O CAPS , esse CAPS em específico, realiza algumas ações no território?

A gente, ahn.... Com o NASF a gente fez algumas né. Lá na bela união já tivemos grupos também de mulheres né, para fazer o matriciamento. A gente participa com alguns dos nossos usuários que vêm aqui e participam dos grupos das feiras que têm, tipo assim, a Urlândia tem uma feira, lá no KM 3 tem uma feira a gente pega os produtos que eles fazem e vai com eles até lá que está acontecendo alguma ação junto à unidade básica. A gente procura participar sempre que possível.

E existe algum.... como é que isso acontece assim, vocês dividem ou é algum profissional específico para fazer isso ou é a equipe como um todo?

É que assim ó, por exemplo, antes, [informação restrita] tinha um grupo "Vida e Saúde" e o "Fundo do Quintal" a [informação restrita] tem o grupo do artesanato e do mosaico. [Informação restrita] tem um grupo de mulheres. A [informação restrita] tem dois grupos da terapia ocupacional. A [informação restrita] tem um a prevenção de recaída. Daí à noite tem o grupo de familiares e daí a [informação restrita] tem um grupo com os usuários. Então cada profissional, assim que se sente né, que consegue ter algumas habilidades geralmente tem um grupo para trabalhar.

Aham

Tinha um grupo que era muito legal que era "Café com Poesia" que a gente tinha aqui que era [informação restrita] também que coordenava o grupo. Então a gente tinha bastante atividades que estão comprometidas agora né, que a gente acaba fazendo o monitoramento deles todos por telefone. Então cada profissional, sim, e claro que quando tem esses eventos quem está disponível, e tem carro e tal, porque nem sempre a gente consegue transporte na prefeitura. Então a gente monta o acampamento dentro dos carros e vai.

Sim. E quais são as maiores dificuldades que vocês têm encontrado para atuar no território? As principais dificuldades.

Assim, as principais dificuldades é que assim ó, por exemplo, toda semana cada um de nós tem acolhimento né, que são os pacientes novos. Tem os re-acolhimentos, tem escuta terapêutica né, cada um disponibiliza um pouco de tempo para ajudar aqui na recepção. Então o que acaba acontecendo a gente acaba tendo que programar, tipo assim, ahn, para 15 dias para poder mudar tudo isso de quem quer ir no território né. Então eu, por exemplo deixo a terça feira que é o dia que vem o carro, a gente tenta fazer as visitas de manhã e daí, por exemplo assim, a próxima terça feira, a gente ta como uma paciente, por exemplo, que ela é vítima de violência do companheiro e daí com isso ela começa a usar muito álcool e daí ela viu que ela estava indo pelo mesmo caminho da mãe dela. Daí ela conseguiu uma barrquinha lá... Só que não tem nada né. Daí a unidade básica, através da residência, fez contato conosco para a gente ir lá ver o que a gente pode ajudar porque ela está bem determinada. Ela já está há 15 dias né de abstinência, ela tá catando as coisas para montar a casa dela né o barquinho dela enfim. Então daí na próxima terça a gente vai tentar fazer as visitas judiciais que essa gente não pode ficar sem fazer. E eu vou tentar passar lá na unidade básica para alguém ir comigo para a gente ir lá ver como é que está a situação dela. Então a gente acaba fazendo assim né disponibilizando horários assim, e as outras coisas que a gente faz, na terça feira é pontual, vem o carro da prefeitura, mas todo o resto que ocorre durante a semana a gente vai com o carro particular da gente né, então, mas a gente procura sempre participar. As ações assim, é muito difícil não ter um representante.

Mas tu acha que então uma dificuldade seria, é.... mais meios para conseguir realizar isso assim, seria uma questão de gestão.

É eu acho assim, que deveria ter digamos que mais, pelo menos dois profissionais, sabe?! Que daí a gente conseguiria se dividir melhor para fazer essa parte. Porque, como é que posso te dizer, por mais que eu seja a gestora eu gosto de estar no território. Eu não gosto muito de ficar aqui, gosto de fazer o meu acolhimento, de fazer o meu tele atendimento, as vezes eu, eu sempre faço um acolhimento estendido deles, principalmente quando é jovem que tem a família, que não sabe como lidar ainda. Que tem, sabe dificuldades. Então eu geralmente faço o acolhimento estendido. Ahn, só que eu gosto de estar no território, eu gosto de ver o meio né. Porque é que aquele usuário tá daquele jeito, qual é a situação que levou ele, né, a nesse momento estar passando pelo que ele está passando né. Eu para mim acho que isso é muito importante, mas, não é todo profissional que tem essa sensibilidade ou que pense dessa maneira. Então sim que às vezes a gente tem que remodelar também às vezes as equipes para que a gente consiga o que realmente o serviço precisa para ofertar para a população.

E o que é que tu acha que facilitaria então essa, esse, trabalho de um cuidado mais territorial aqui no município.

Oi, está ouvindo?

Acho que não está saindo teu áudio.

Então o que eu acho que a gente precisaria ter um horário mais de transporte para a gente tentar marcar nossas idas no território sempre daí naquele outro dia que teria o transporte. Ahn, manter a completa formação da equipe, né, ahn e ter um médico clínico aqui dentro que também pudesse nos dar um suporte para a gente chega com esse usuário, porque às vezes eles já vêm numa condição muito crítica que o ideal seria que alguém já visse eles, pelo menos assim, para tirar daquela situação de crise. Porque é assim, quando, por exemplo, chega um paciente que eu acho que precisa por exemplo e está muito alcoolizado que eu acho que precisa ir para o PA, que eu digo que eu falo "olha ele precisa fazer um soro para repor eletrólitos", sabe, daí a pergunta "quem é tu, quem é você?" Sabe. Então às vezes assim fica complicado. A gente sabe tudo que precisa ser feito pela experiência que a gente tem né. Mas infelizmente às vezes precisa ser outro profissional. Então eu acho que a gente tem um pouco sim dessas dificuldades e eu acho que completar as equipes como o ministério preconiza eu acho que é mais ideal também para a gente conseguir sair e fazer um trabalho fora daqui.

Na equipe de vocês falta, no caso, só o médico clínico?

Eu acho que falta um médico clínico, e se eu não me engano acho que falta mais alguém de nível médio e nível, é que daí se viesse o clínico completaria o nível superior.

Faz tempo que vocês estão com a equipe incompleta?

Não faz muito tempo.

E..... A última, tu acha que é importante esse cuidado acontecer no território? Por que tu acredita que é importante que o cuidado seja no território?

Porque assim ó, no momento, digamos que ele está estabilizado. Ele vem para nós a cada dois meses, a cada quatro meses, a cada seis meses. Mas se ele sentiu uma dor de dente se ele sente uma cólica abdominal, se ele caí, se ele se machuca ele vai procurar a rede básica. Não vai ser nós aqui que ele vai procurar, talvez nos acesse porque não consiga chegar até ter atendimento lá no bairro onde ele está inserido, mas eu acho assim, que essa parte dele lá do território é muito importante e isso é uma briga que a gente tem. Eles não podem ver o nosso serviço único exclusivamente. Eles pertencem a um território, eles pertencem a uma unidade básica né. Querendo, ou não querendo cada indivíduo é a unidade básica eles se comportam como se fosse uma sociedade. Então a gente tem que procurar fortalecer esses vínculos deles lá, assim, até mesmo porque dependendo de muitos problemas que eles passam, o tipo de atestado que eles precisam, talvez não seja nós que vamos fornecer e sim a unidade básica.

Tá certo, eu acho que era isso. Obrigado pela tua disponibilidade.

Qualquer coisa estamos à disposição.

Tá bom Obrigada! Assim que eu conseguir discutir isso eu entro em contato contigo de novo.

Tá

bom?!

APÊNDICE G - TRANSCRIÇÃO GESTOR E

Entrevista com o Gestor E, realizada de forma presencial no seu local de trabalho, no dia 20/10/2020.

E aí ele é uma entrevista bem aberta assim, eu tenho um roteiro só para não me perder, mas o que tu quiser ir me falando, me contando, bem tranquilo, eu não sei se tu viu mais ou menos sobre o que se trata, ou tu quer que eu te dê uma explicada.

Eu dei uma olhada, mas não sei muito;

É sobre a concepção dos gestores dos CAPS sobre o cuidado no território, na verdade sobre os gestores dos CAPS e os gestores da política de saúde mental do município de Santa Maria e da 4 Coordenadoria regional de saúde. Ahn, então eu queria saber um pouquinho sobre o território, sobre qual a concepção de vocês sobre isso, e algumas coisas assim.

Há quanto tempo tu é gestor aqui?

Hum, deixa eu pensar, nós estamos em 2020, foi no inverno de 2019 então um ano e.... 1 ano e três meses, mais ou menos 1 ano e meio.

Tá certo tu sabe qual é o território que esse CAPS abrange?

É um CAPS municipal, então é toda a população de Santa Maria.

Aham, sim. E tu acha que o CAPS ele consegue dar conta de todo o município, no caso ele é o único CAPS II do município né, tu acha que ele dá conta de todo o município?

Eu acho que ele oferece tratamento para as pessoas que necessitam mas são as condições que a gente tem acaba sem tratamentos não necessariamente como a gente espera mas, mas..... a gente atende bastante pacientes.com demandadas graves e procuram outro serviço, ahn... acho que necessitaria ter mais ofertas de cuidado para as pessoas, mas dentro do, do contexto que a gente tem a gente oferece o cuidado que podemos, mas de certa forma é isso, ele está sobrecarregado, acaba as ofertas ficando mais reduzidas ao tratamento medicamentoso e algumas intervenções de profissionais não médicos no sentido de oferece pela via da Medicina né o tratamento farmacológico, isso é bastante evidente, e as demais ofertas entende, acho que poderia ser melhorado.

E tu acha que seria uma ampliação do CAPS ou seria uma questão de equipe?

hm.... são para algumas cidades de porte parecido com Santa Maria chegar a ter mais CAPS né, Pelotas tem 4 CAPS adultos, CAPS II, que são iguais ao nosso, pensando em CAPS. Para ti ver como estão né, também enquanto somos colocados no lugar de, de referência, e aí que entra o que eu disse dê para nós manter, se manter o serviço de pé, sendo essa referência sendo a única que tem a gente acaba comprometendo a, digamos, integralidade do cuidado. Ao mesmo tempo que se tu avaliar os serviços existentes no município acho que o nosso modelo de trabalho é bem integrado, assim, a equipe inteira é muito de trabalhar coletivamente, mas claro que muito dentro dessa lógica de um tratamento centrado no médico e na medicação.

Sim, ahn, então onde que tu acredita que as ações dos CAPS ou os recursos são centradas? Pensando num ideal, assim, onde tu imagina que seria mais adequado de o cuidado acontecer?

É, eu, agora com a pandemia assim eu nem diria até onde sabe, que agora parece que estamos muito, nessa questão do virtual também né, então dá talvez no território virtuais dava para ser pensado também né, desde que se consiga a dar suporte para as pessoas para as pessoas vulneráveis, que as pessoas tenham acesso aos suportes que necessitam e aí o território pode ser também, ahn, não necessariamente o espaço físico do CAPS, ou do seu bairro digamos, claro que eu acredito que se nós tivesse com outros municípios, um CAPS referência para cada região, um CAPS para a região norte, um CAPS para região sul, ou outra forma de organização "ah tem mais demanda da região" não só norte-sul mas demais regiões, possível ofertar um cuidado melhor mas eu acho que não só isso. Se conseguisse integrar também o trabalho com outros setores da sociedade né, mas isso depende de outras coisas também né, isso depende de renda, depende da pessoa ter um ambiente sadio para viver, que a pessoa tenha acesso à lazer, que a pessoa tenha acesso a outros direitos para não se vincular apenas pela questão de uma doença, que muitas vezes está relacionada com fatores genético, mas não só isso, com outros determinantes de saúde.

Eee, o que tu entende por território?

Ahn.... Tem uma questão mais de gestão assim, seria algo mais de dividir a cidade em espaços, a tal território pertence a tal serviço de saúde que abrange tais ruas, tais locais do bairro. Essa é uma visão de território para essa parte mais de gestão da política pública que é importante, mas também tem a parte que ela é mais vivencial né, do território que é como é que as pessoas criam seus laços, as raízes com os locais em que elas moram os locais em que elas trabalham no local que elas têm lazer e descanso. O território pode ser sua casa, pode ser o bairro, pode ser o serviço de saúde, o local em que ela descansa e tira suas férias, pode se constituir vários territórios né, levando esse lado mais da experiência e ver como que a pessoa se liga às coisas nessa cidade e cotidiano.

E como é que tu entende que deve acontecer esse cuidado no território, assim, como tu acha que isso devia ser feito, como é que devia, pensando no ideal, não sei como é aqui em Santa Maria.

Eu acho que o ideal seria se conseguisse dar o atendimento longitudinal né, que é um dos princípios da atenção primária, porque o longitudinal ele está para além da doença e tu vai acompanhar o ciclo de vida, acompanhar as pessoas, as famílias né. Por isso que eu acho que tem que extrapolar aquele conceito tradicional de saúde, muito ligado ao, à doença e aos aparatos médicos assim, essa é uma parte muito importante né, mas eu acho que teria ser nessa linha, trabalho multiprofissional, da intersetorialidade, de também um trabalho não apenas pontual com as pessoas, independente de já ter agudizado, de já ter ahn, aparecido algumas situações, alguma doença as pessoas poderem ser acompanhadas pela saúde com base no vínculo, com base nos suportes... para o desenvolvimento né, mediação de ajudar as pessoas com os dilemas que elas enfrentam, que seriam como daí, um pouco que eu vejo que seria um pouco da minha área assim. É que a psicologia também ficou de ajudar de uma maneira mais ampliada e não apenas com terapia focada em um indivíduo que apresenta tais sintomas e tem tais diagnósticos, eu acho que novamente essa parte clínica é importante de ter, e é uma das carências também do sistema, a pessoa precisa realmente as vezes do tratamento específico e não consegue, mas também eu acho que deveria se investir em prevenção, promoção e o acompanhamento das

peessoas a médio e longo prazo e essa a uma parte que o CAPS, mesmo sendo serviço especializado, às vezes consegue acompanhar por mais tempo certos pacientes, mas aí entram vários dilemas, "muitas vezes porque não dar a alta?" "porque se está estabilizado, porque se mantém em um serviço especializado?" ...eu acho que se, ou se.... investisse na atenção básica, tivesse mais condições dos trabalhadores de cuidar da saúde mental, aí sim o CAPS poderia sim tirar um pouco da sobrecarga, mas também não adianta liberar esses pacientes que aqui estão acostumados a ter uma assistência do CAPS, que seria essa mais.... livre acesso aos profissionais, à escuta, aos suportes, para serviços que ainda estejam ou sobrecarregados ou que ainda não tenham essa, esse método de trabalho que atenda tanta demanda espontânea, quanto demanda programada e tratar um paciente de saúde mental que esteja por exemplo ou pela seu próprio modo de ser, desorganizado, vivendo em outra dinâmica, tu tratar ele como um paciente que tem que pegar ficha que tem dias tal, na hora tal, não entender que tem que ter certa flexibilidade nas agendas, tem que ter atendimento na demanda espontânea e também aqueles que estão mais organizados sim, também, tem que se conformar também ao modo de funcionamento das unidades, mas também tem que ter um jogo de cintura maior para abarcar esse tipo de demanda.

Ahn, e o CAPS aqui realiza alguma ação no território, alguma ação mais específica?

Ahn, atualmente a gente presta apoio para as equipes que solicitam, seja para refletir sobre o cuidado, pensar ahn, caminhos para cada um, dividir o cuidado, é importante dar um suporte quando acionado, ahn, e aí acaba podendo fazer uma visita domiciliar, participar de uma reunião de equipe. Isso é uma das atribuições dos CAPS né, prestar esse suporte para as equipes de atenção básica né, então é possível e algumas coisas são feitas assim, nesse sentido agora.... Antes tinha até grupos assim, descentralizados daqui, mas aí com a pandemia não é está tendo, tinham grupos sendo feitos em tais regiões para os pacientes às vezes não se deslocarem até aqui, para o paciente se torna hediondo, o paciente encontrava lá no território, tinha grupo com uma terapeuta ocupacional que ela fazia um grupo de saúde mental descentralizado.

E como é que vocês se organizam? Existe um profissional que era específico para isso ou é a equipe em um todo?

Ah, atualmente alguns profissionais têm assumido mais isso, e com a galera da residência, mas ainda a gente não tem bem estruturado assim... o apoio ainda não está bem estruturado a ponto de.... Dividir assim, e abarcar toda a equipe responsável por estar no território, acaba ficando mais centralizado em alguns profissionais, que têm predisposição para isso, que deseja, que vê a importância nisso.

E quais são esses profissionais?

No caso tem sido eu (psicólogo), o enfermeiro e os residentes, mas dependendo do caso, na verdade os casos são discutidos na reunião de equipe né, a ideia é envolver mais profissionais né, mas de acordo com a demanda do caso que se envolvam a necessidade de mais um núcleo específico a gente conta com o apoio do profissional. Mas de assumir mais, desse sim, mas ocorreu já sim de ir, até de ir a médica na visita domiciliar, para avaliar uma paciente que era muito difícil de vir fazer o acolhimento no CAPS, participar das atividades e aí foi, a médica foi lá olhar, deixar um tratamento.

Quais são as maiores dificuldades que vocês encontram para assim, fazer esse trabalho mais territorial, se tem dificuldades, quais são as maiores...?

Acho que a maior dificuldade é planejar e estruturar mesmo esse trabalho assim, e claro, também pelo fato de novamente ser um CAPS só para a cidade inteira, nós temos, não sei dizer

bem ao certo, mas de 20 a 20 e poucas unidades de saúde, e aí dá para ter a ideia do desafio né, um CAPS para prestar suporte para, para tantas unidades, então às vezes eu acho que planejando melhor, estruturando, dá para melhorar esse apoio.

E o que que tu acredita que facilitaria então esse cuidado no território?

Facilitaria? Hum..... eu acho que... dá condições aos trabalhadores, da formação, ahn... desenvolver o gosto por um trabalho desta maneira assim, e ahn..... Investir mais né, em equipes, em tecnologias também, tecnologias de.... De comunicação, de cuidado....

Principalmente agora né, que estamos tão ligados à tecnologia.

É...

E aí a última, se tu acha que é importante que esse cuidado aconteça no território, porque tu acha que é importante, ou se não é importante....

Eu acho que sim, sabe... é importante se ter essa noção de território, e de cuidado no território, porque faz pensar e ter que trabalhar várias coisas, e amplia, faz com que amplie a noção de, das coisas que afetam a saúde e de como produzir saúde. E na verdade pode enriquecer né, o..... enriquecer a.... o debate e não centralizar também, e descentralizar na verdade, a saúde que está muito ainda, assim, ligado ao corporativismo, de cada profissão, na verdade olhar um conceito mais ampliado e não centralizar tanto em uma profissão ou em um serviço “X” porque, se tu vê o CAPS como um território de cuidado, o posto de saúde, mas se tu vê que para algumas pessoas também ter acesso a um local de lazer, é um território de cuidado, de saúde, ou uma questão de crenças, de religião, uma igreja, algo assim, que também pode ser espaços potenciais de produção de saúde mental, saúde no geral...E aí acho que descentraliza um pouco dos profissionais e coloca o centro nas pessoas, na noção de comunidade, de algo em comum que elas vão buscar que elas assumam um maior protagonismo de saber que sim é importante um CAPS sim, que é importante o médico sim, que é importante um remédio sim, que é importante profissional de referência sim, mas que na verdade tudo isso existe para a pessoa, que é importante que ela também seja uma protagonista, parceira do cuidado, e buscar a saúde em diversos locais, então tem que melhorar o acesso à outras coisas também, é um trabalho também educativo assim de... olha, muitas coisas podem adoecer e muitas coisas podem também te fortalecer, então tentar..... Ampliar um pouco a noção de saúde, eu gosto daquela noção de saúde da filosofia de nietzsche assim, que é a saúde enquanto mobilidade de perspectivas, então tu vai, ahn, manejar diversa pontos de vistas sobre as coisas e tentar fazer uma coisa que, ahn, positiva com isso, e eu acho que é com isso que a gente lida assim no dia-a-dia e trabalha. A gente atende livre demanda, acesso universal, tentar seguir os preceitos do SUS, a integralidade, a equidade, então lidar com todos os tipos de público e tentar entender e ajudar melhor da maneira possível as pessoas e não cabe muito fanatismo, muita questão de impor uma visão só, a gente tentar trabalhar é mais com essa multiplicidade de perspectivas mesmo.

Então eu acho que é isso, obrigada pela tua disponibilidade!

Capaz! Não tranquilo.

APÊNDICE H - TRANSCRIÇÃO GESTOR F

Entrevista com o(a) Gestor (a) F, realizada de forma presencial no seu local de trabalho, no dia 27/11/2020.

Eu vou te fazer as perguntas, assim, mas pode ficar bem à vontade pra ti ir respondendo... não precisa ficar muito preso no que te pergunto.

Quanto tempo tu é gestor daqui?

Desde Junho.

Deste ano?

Uhum.

Qual é o território que esse CAPS atende?

A gente tem o território todo picotado na cidade, não é dividido por região e a referência de alguns territórios de todas as regiões da cidade, não tem como saber de cor.

Aham, é muito picotado né. Mas tem algum assim, mais, que vocês vão mais, que tem mais demanda...

A gente tem uma relação mais forte com o pessoal da região sul. Mas tem essa divisão aí dos territórios se tu buscar na internet vai ver que as regiões estão mapeadas, onde cada bairro que a gente atende.

No site da prefeitura será?

Acho que tem.

E vocês conseguem dar conta de todo esse território que é de vocês?

Dar conta em que sentido?

Tu acha que só vocês conseguem fornecer o apoio para todo esse território, conseguem abranger todo esse território, está sobrecarregado o serviço se não está.

Olha Santa Maria, na rede que tem, né a gente tem dois CAPS AD né, é um bom número de CAPS comparado a ter um CAPS II e um CAPSi só, é claro que aí a gente tem as dificuldades estruturais né, em relação à transporte para ir para o território, a própria organização do trabalho, tem a questão do, tem a questão de o território ser muito frágil em relação às ESFs também que não tem... isso tudo vai implicando uma.... A relação com o território né, a gente tem ESFs mais antigas que a gente acaba tendo mais relações né, então... dá para fazer umas coisas interessantes né, só que também o CAPS ele vem numa situação de a gente pensar que a coisa não é assim, de consegue ou não consegue dar conta, existe um processo de trabalho e que, esse CAPS especificamente 11 anos, mas recentemente esse CAPS ficou quase sem equipe né, 4 pessoas.

Esse ano passado a gente começou a ter uma equipe mais numerosa de profissionais, então a gente tá sempre num processo de retomada e equipe nova, essa coisa de rodar equipe vai exigindo que a gente vá se reinventando né. A gente chegou a se organizar para fazer miniequipes de apoio aos territórios diferentes unidades e aí faltou carro, a gestão, né, enfim....

É, essa é uma das perguntas, qual é a maior dificuldade que vocês encontram para fazer esse serviço no território, bastante gente me falou sobre os carros, aqui também é o transporte?

Ah, o transporte é um analisador antigo, pega outros trabalhos que vai falar sobre território que tu vê, tem um TCC que a gente fez a partir da nossa prática aqui e lá em 2012 ele já era, a gente se organizava para o apoio matricial e já, essa coisa do carro já pegava lá né. Na realidade o carro é só um balizador da relação com a gestão, é o tipo de gestão que o território não, as condições para ti ir, assim lá, a gente já chegou a ofertar de conseguirem hã os vales que os usuários usam para a gente conseguir ir para o território, usar para o trabalhador né. Então a gente vai tentando estratégias, a gente tem ido com o nosso carro também né, os redutores de danos vão para o território com o carro deles.

Uhum, complicado. E onde tu acredita que as ações dos CAPS devem acontecer prioritariamente? Pensando em.....

Eu acho que tem que ter várias frentes. Tem que ter ações que tem que ser aqui dentro, que o CAPS tem mais estrutura e que os usuários demandam outro tipo de prática aqui e tem outras ações ao mesmo tempo que tu tem que fazer no território para poder acessar os usuários que não chegam aqui, mas não adianta também tu acessar o território e tu não ter nada para ofertar dentro de um serviço, tu faz vínculo lá e aí.... "e aí eu quero ir lá então" e daí não tem nada, chega aqui tu vai medicar demais, medicalizar de mais.... Então é uma coisa que tem que funcionar contra o próprio processo de trabalho aqui dentro e daí a gente vê essa coisa que tu vê, a geração de renda forte, a gente está investindo, entendendo que no Brasil essa demanda socioeconômica é básica né, é o atravessador de saúde mental é a questão econômica né, muito forte, principalmente da questão de abuso de álcool e drogas né.

É muito relacionada né.

Isso. Então é junto sabe, a nossa ideia de território ela não é só de é, uma relação por exemplo o pessoal que tá aqui é da Vila Resistência, eles estão aqui não usuário do serviço, estão aqui como parceiros do movimento social, que estão aqui nos ajudando a compor as práticas de geração de renda. Então essa noção de território ela é diversa sabe, no sentido de que ah, tem territórios e tem as pessoas que a gente acessa na atenção básica e usuário, como tem território que é das ruas, tem território que a gente tem parcerias com os movimentos, historicamente com os movimento sociais, movimento do Hip-Hop, movimento da luta pela ocupação agora, movimento negro, ahn... Enfim tem territórios que são mais próximos da gente que são universais e aí a gente vai lá e ocupa e, essa noção de território que a gente vai compondo é bem ampla sabe, não sei o que tu tá entendendo como noções de território, mas a gente sempre entende aqui vem para além daquela noção de ah, vou pro território, aí tu vai lá para apoiar uma equipe de ESF, é isso também, só que há outras incursões, que são muito importantes para o teu serviço né.

A outra pergunta era justamente isso o que tu entende por território, assim, qual a perspectiva do CAPS sobre o território.

Não sei se é a do CAPS né.

Sim, mas, e a tua?

A minha perspectiva de trabalho é essa ideia de território existencial e como é que o CAPS vai produzir uma existência, e aí tem que ter uma relação com a atenção básica, tem que ter suporte lá, tem que ter relação com os outros territórios, mas não é só uma relação de vai lá e eu atendendo eu (inaudível), como é que a gente compõe para fortalecer os territórios. Todo esse pessoal do movimento da Vila Resistência tá aqui com a gente a ideia é a gente tá conversando por exemplo para poder estar junto na feirinha da economia solidária né, e aí pensa que para se fortalecer é uma troca né, e, daqui a pouco o pessoal de lá precisar acessar a gente, também vai ter mais recursos porque está todo o território mais envolvido, as pessoas, mas não só o território das pessoas que usam drogas, mas a comunidade em geral assim, as forças ativas entende, a gente tem muito essa coisa do envolvimento no território. A gente devia se perguntar como é que o CAPS se mostra para esses, como é que a gente se relaciona com esse povo? O povo vem aqui de boa assim, na fé, vem toda sexta, vem pra ajudar, pra somar vem pra (incompreensível), vem pra compor um projeto junto de cuidado, um projeto que bom o CAPS tá aí pra, é um cuidado nosso é produzir vida em diferentes sentidos e estar aqui fazendo renda não é só uma questão do nosso CAPS né, é uma questão do Brasil né de várias.....

Sim, hum... e como tu entende que deve acontecer o cuidado no território, como isso deve se dar assim... Acho que tu já falou um pouco.

É depende, mas o cuidado no território, cuidado do território cuidado com o território, cuidado no território. Por exemplo, quando a gente está em parceria com o pessoal da vila resistência a gente está levando, ajudando a cuidar do território, daquela se envolvendo com aquela dinâmica, então tendo os CAPS com a geração de renda com o pessoal de lá com a gente, por mais que não tenha demanda para o CAPS ainda, mas quando tiver vai, já vai ter uma.... Então é isso é cuidar das pessoas que estão lá, é cuidar das pessoas que não conseguem vir até o CAPS, mas aí a gente vai estar junto e a pessoa começa a criar vínculo, é estar próximo das equipes de saúde da Família, que o pessoal se sente apoiado, é estar próximo dos movimentos né, e é isso. Tem a clínica, não sei se tu já viu algo com essa ideia, mas tem uma tese né, que é clínica de território, que é do Iacã Macerata, que ele faz todo um trabalho, ele vai falar de uma clínica de território que é uma clínica no território, para o território, com o território. Inclusive tu tem que estar atenta a isso, tu não tem como cuidar lá se aqui tu não está cuidando de como estão as relações, como funciona, qual é a dinâmica né, como é as condições de trabalho, como tu tá.... Tudo é território, sabe, esse é o território que a gente tem que estar sempre olhando, e cuidando inclusive. Não é só chegar e fazer, só tá acontecendo ali do pessoal ta vindo aqui de outro lugar que não é do CAPS que não é profissional porque tá acordado com a equipe lá em cima que tá fazendo o suporte para que a gente consiga aqui, que bom, eu tenho um pessoal cuidando de lá pra gente poder estar aqui, mas tudo acordado, tudo discutido, tudo... esse é o cuidado do território também né, de um microterritório.

Ahn, esse CAPS ele realiza ações no território? Assim, tem alguma mais?

Tu vê que essa tua pergunta fica meio sem sentido nessa noção de território que é bem ampla né.

Sim, uhum. É eu penso assim, quando a gente construiu o, essa questão a gente estava pensando, a gente pensa, em uma relação CAPS com o território que vocês estão adscritos assim.

Sim, então a perspectiva territorial que tu fala é um território mais geográfico assim, que é uma das questões do SUS né, a noção de território geográfico. Só que a minha ideia é diferente, é isso também só que é bem mais amplo.

Sim. É eu, eu não me prendi a discutir só esse território geográfico no meu TCC, ele até abrange mais uma discussão de um território existencial mesmo, mas as questões eu fiz mais voltado para esse território geográfico porque eu estou pautada nas portarias que instituíram os CAPS, e aí eles trazem esse foco mais geográfico assim, mas é uma questão mais de.. conseguir mapear assim para mim conseguir identificar o que que tem de, o que que vocês conseguem organizar num território, assim o que que tem de dificuldade para realizar isso, o que tem de facilidade para se realizar isso sabe, não precisa ser assim, preso em um território geográfico até porque eu sei dessa questão de Santa Maria que tem o CAPS Prado Veppo não tem um território, ele é do município todo, então não tem como ter essa divisão mais geográfico, então não é muito preso nisso, mas de pensar um pouco o como é que vocês estão acessando algum território que seja mais próximo de vocês, sabe.... Algo assim.

Na pandemia, como eu falei... de um ano pra cá, um ano e meio o serviço está se reorganizando com as equipes, eu voltei para o serviço no ano passado, eu tinha saído para estudar e aí.... A gente tem uma região que a gente faz apoio desde 2012, que é a Maringá, a gente sempre mantém contato com eles. E..... Agora no..... Na pandemia a coisa ficou mais difícil né, a gente manteve algumas práticas lá e em julho a gente retomou uma prática que estava a anos parada que é a prática do campo, de redução de danos, então temos redutor de danos que estão lá toda a semana, e..... É uma prática um pouco mais fixa assim né, então, tem visitas domiciliares também todas as semanas, mas como eu te falei, o território, aqui é outra ideia, e aí tem o pessoal que vem para cá, os nossos parceiros.

Como é que acontecem essas parcerias assim? Vocês entram em contato, eles procuram o CAPS...

A gente tem 11 anos né de existência, a gente tem toda uma história que, de desde o início de..... de envolvimento com o movimento Hip-Hop da cidade mas de uma pegada que a gente aprendeu com a redução de danos que é esse conhecer o saber que está na periferia, o saber das pessoas que tem ligação com o mundo da questão do uso e tal e a gente tem aqui, desde também 2009, uma, um movimento, um projeto que é o Ítaca que é de formação em redução de danos, então a gente já teve aqui escola de redução de danos, então a gente já chamou a galera da comunidade para estar aqui, depois teve uma versão que foi o Ítaca Oficinas que a gente chamou os artistas também da comunidade para virem aqui fazer uma formação como oficineiro. Então a gente mantém essas redes ativas né.

Sim.

Então a gente contata as pessoas e.... convida para virem né, a gente tem uma relação muito forte com eles, com o pessoal das redes, assim, da cidade que tem, que comungam um pouco com essas ideias assim do SUS e do CAPS né que, tem a ver com o cuidado em liberdade, que tem a ver com os direitos humanos, que tem a ver com essa rede estão conectadas com a gente no território, a gente alimenta elas. Porque são redes de saúde, a gente aprende muito com a redução de danos, dessa saúde que é, que não está na saúde, que está nos outros.

Uhum, que são outros espaços, outros...

São outros campos né... E essa galera quando a gente chama eles colam assim que a gente faz.

Ah que legal, e como está essa escola de redução de danos? Ainda está acontecendo?

Não o Ítaca é um projeto que tem na cidade que o professor Guilherme que coordena, até está aí hoje, mas está meio, ele pulsa, as vezes ele acontece, mas ele acontece muito informal mesmo, sempre acontece na realidade ele está sempre acontecendo, de tempo em tempo a gente formaliza alguma, agora está na parte informal, a gente está fazendo, chega uns parceiros, mas a gente sabe, por exemplo, que quem está aqui que não é, que é do movimento e tal que o cara vai sair daqui com um aprendizado sobre o cuidado, sobre o SUS, sobre o uso de drogas que a gente faz discussões né, então ela opera informal mas a gente já está discutindo para formalizar, pra gente fornecer pro pessoal que está aqui o certificado de oficinheiro, como.... Então a gente pulsa assim né, sempre tem gente aqui, a gente é muito aberta para essas parcerias... Ahn, que vem para somar né, por exemplo a máquina de costura é de uma estagiária, que veio fazer, fez o estágio e deixou a máquina, ela não tem mais estágio, mas ela vem de parceira para dar, para nos dar assessoria. A serigrafia é de outro estagiário que tava aqui e queria camisetas pro time, e aí comprou e disse "eu vou deixar com vocês pra gente iniciar o trabalho" Então a gente vai... Em relação à gestão, e aí eu acho isso interessante, que daí nada, se for esperar pela gestão municipal, é da gente ir se organizando com o processo de autogestão né, de autogestão das redes, com as relações com o território.

Mas assim, de uma questão de gestão extra assim, não acontece muito, de gestão municipal.

Ah, só agora que é estratégia né, agora a gente está em um movimento de tentar sensibilizar a gestão para que ó, isso aqui é importante, geração de renda, investir na GAM, investir na....

Uhum.

Ah, uma prática que a gente vai pro território que eu não te falei que a gente começou no ano passado forte também é a partir do Grupo Condutor da GAM que a gente montou aqui na cidade, tem o pessoal que trabalha com a GAM em vários serviços né, daí tem a Santos, tem o Veppo, tem o Crossetti, tem aqui. A gente se reúne toda a semana, no ano passado a gente se reunia quinzenal, desse grupo a gente montou toda uma estratégia de apoio para a atenção básica, e a gente ia fazer apoio com a GAM, a gente chegou a fazer lá na região da Urlândia, na região Sul, a gente chegou a marcar lá na região centro-leste da Maringá e São Francisco, mas tudo por iniciativa nossa assim, por essas redes que estou te falando assim. E com a gestão a gente está sempre num movimento, com a gestão municipal daí né, numa questão de chamar os caras para eles se sensibilizarem, mas a gente não espera por eles. É uma gestão mais autônoma mesmo.

Sim. Bom que a gente consegue montar essas redes né, essa autogestão.

Existe algum profissional assim, vocês fazem alguma divisão de profissional específico que vá atuar no território? De matriciamento, alguma coisa...

Ahn, neste momento não está organizado, a gente já fez, já chegamos a dividir por escala assim né, tu acompanha tal unidade, cheguei aqui ano passado, eu até nem tinha voltado ainda, mas o pessoal me disse que se dividiu tudo, se organizou e aí não veio carro, aí o pessoal se desorganizou. Então....

Sim....

É uma mão né, tu se organiza, se dispões, organiza toda a escala de serviço para ir e daqui a pouco não tem carro.

Complicado né.

O que mais tá indo é o redutor de danos, toda a semana a gente marcou com eles, a gente deu apoio, a gente dá o apoio e, estamos pensando a partir disso assim, e as visitas né.

Uhum, e aí as visitas assim é depende da demanda?

Dos casos, depende dos casos, a gente visita os casos né, uma visita também de dados né, tem situações as vezes que a unidade solicita e a gente vai lá fazer a visita junto e isso acontece muitas vezes com o nosso veículo né, com o nosso transporte.

Uhum.. Ahn, o quê que tu acredita que facilitaria esse cuidado no território, assim o que seria um facilitador para vocês?

.....Bah não sei, tem essa coisa do transporte, mas.... Também não me apego muito nisso, a gente não se apega muito a isso. Mas de fato é isso uma questão material né, ter uma condição material para trabalhar facilita tudo né. Porque as condições técnicas de uma equipe que sabe o que tem que fazer, que tá afim, que entende a importância felizmente a gente tem né, construiu né, não é tem, a gente constrói tudo, tenta construir né....

Sim....

E aí uma condição material, condição de trabalho para fazer a gente precisa muito né. A gente tava, tu não está nas reuniões da GAM de quinta?

Estava sim, participei de algumas.

Ontem tu não estava?

Ontem não.

Pois é então, a gente até falou, a gente pediu para a gestão, convidei o Alex do Veppo e a Kátia, e falei Kátia faz um vínculo com a gestão vamos propor para o município, pra Cláudia, para a gente pegar e fazer uma leva de impressão forte de guias GAM e vamos ofertar de apoiar as unidades do município com a GAM. Desse coletivo aqui, sabe, desse balaio de profissional e usuário, apoiar com a GAM, a gente vai tentando construir né.

Sim, mas assim tu acha que seria mais um apoio mesmo, da gestão conseguir dar um apoio mais material, mais....

É, condições de trabalho sabe...

E a última pergunta assim, acho que tu me responde nas entrelinhas mas, é tu acha que é importante esse cuidado acontecer no território? E por que tu acredita nisso?

É, eu te falei o dia todo né, o interessante é tu ter uma noção de território que não é essa noção de território adscrito, mas que tu trabalha com o território existencial do usuário, com o território da equipe, com o território das equipes, quando tu vai numa ESF tu tem que reconhecer que aquela lá é uma equipe, tu vai de um jeito ou de outro, tu tem que entrar nessa dinâmica, então tem que ter uma compreensão sobre território e dessa compreensão tu começar a ver como é que eu atuo, e aí tu vai ter que ter estratégias diferentes para quando tu consegue, por exemplo a equipe, a equipe de saúde que tu tá é um território, tem que ter ferramentas para conseguir atuar com a equipe, de escuta, de entender, de intervenção, tem que ter estratégias para atuar quando tu quer atuar no território de que tu já conhece o usuário, é uma estratégia,

no território onde tu não conhece o usuário e que tu sabe que tem usuários mas que não querem te acessar é outra estratégia. Isso é uma coisa que a redução de danos vai nos... vai tendo que inventar estratégias para o território né. De acordo com o, tu tem que saber estratégias de se, de produzir redes né, como te falei, não é à toa que o pessoal está aqui, não é só chegar a dizer "vem cá trabalhar com a gente, vem cá nos ensinar". Não é assim.

É conseguir manter...

Como é que tu mantém uma troca, como é que tu mantém uma relação de...que tipo de território é, quais especificidades de território e aí é essa noção de território, e aí sai do espaço geográfico né.

Com certeza.

É tu entender como eu me relaciono com pessoas do movimento social, como é que eu me relaciono com o pessoal da universidade, como eu me relaciono com a equipe de saúde que estão lá, com pessoas que não querem acessar o CAPS, com pessoas que já acessam o CAPS e não vem, como eu me relaciono com o território de gestão....

Toda a arte de tu aprender a " onde que eu ando, onde que eu to, como eu chego" ...

Uhum.

Entendeu.

Sim. É eu acho que uma das perguntas era isso então, que eu tinha pra te perguntar.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: CAPS e o cuidado em território: a compreensão dos (as) gestores (as).

Pesquisador responsável: Tatiana Dimov

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Terapia Ocupacional

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-9584. Avenida Roraima, 1000, prédio 26D, sala 4012, 97105-970 - Santa Maria - RS

Local da coleta de dados: Centros de atenção Psicossocial de Santa Maria, gabinete dos (as) gestores (as) da Política de Saúde Mental de Santa Maria e da 4º Coordenadoria Regional de Saúde e os territórios onde os CAPS desenvolvam ações.

Eu Prof.^a Tatiana Dimov responsável pela pesquisa CAPS e o cuidado em território: a compreensão dos (as) gestores (as), o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo. Esta pesquisa pretende identificar como os (as) gestores (as) dos Centros de Atenção psicossocial de Santa Maria e das Políticas de Saúde Mental da 4º Coordenadoria Regional de Saúde e de Santa Maria compreendem as estratégias de territorialização e como buscam implementá-las nos Centros de Atenção Psicossocial.

Acreditamos que ela seja importante para compreender como os CAPS estão exercendo o cuidado no território, previsto na portaria que os instituiu, de modo a identificar as dificuldades e potencialidades da territorialização do cuidado em Santa Maria.

Para sua realização faremos uma entrevista semiestruturada, que será gravada, e após, transcrita. As informações fornecidas ficarão sob sigilo das pesquisadoras responsáveis pelo período de 5 anos sendo descartadas após este período.

Durante a pesquisa não ocorrerá nenhum risco físico ou psíquico, mas pode ocorrer desconforto, constrangimentos em responder às questões ou fadiga, podendo-se interromper a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ao pesquisado.

Os benefícios que esperamos com o estudo são identificação das práticas territoriais dos CAPS de Santa Maria, de modo a servir como um referencial ao serviço sobre a atuação territorial, além de promover a reflexão e a construção conjunta de estratégias para promover a territorialização do cuidado. Beneficiando, assim, os (as) usuários (as) dos Centros de Atenção Psicossocial e os (as) gestores (as) que terão um retorno teórico acerca de suas ações de

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS -

2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

territorialização.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada através de encaminhamento à serviços especializados na rede pública de saúde.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o (a) pesquisador (a) responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado (a), ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foime entregue.

Assinatura do (a) voluntário (a):

Assinatura do (a) responsável pela obtenção do TCLE:

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu, _____, abaixo assinado, responsável pelos Núcleo de educação Permanente em Saúde de Santa Maria, autorizo a realização do estudo “CAPS e o cuidado em território: a concepção dos (as) gestores (as) ” a ser conduzido pelos pesquisadores, Profa. Dra. Tatiana Dimov e discente do curso de Terapia Ocupacional Taciana de Almeida Buchs.

O estudo só poderá ser realizado se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Santa Maria,

Nome, cargo e lotação
(Carimbo)

ANEXO C- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: CAPS e o cuidado em território: a concepção dos(as) gestores(as).

Pesquisador responsável: Tatiana Dimov

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Telefone para contato: (55) 991243626

Local da coleta de dados: CAPS da cidade de Santa Maria e gabinete de gestores (as) da Política de Saúde Mental da 4º Coordenadoria Regional de Saúde e do Município de Santa Maria.

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de entrevista semiestruturada no período de setembro a outubro de 2020.

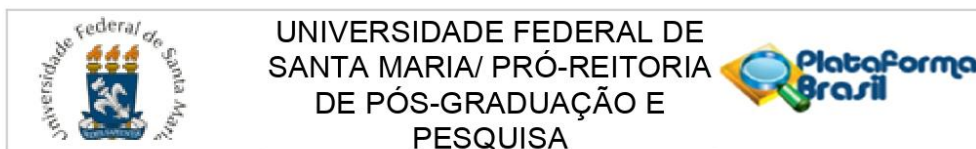
Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26D, Departamento de Terapia Ocupacional, sala 4012, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Tatiana Dimov. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria,.....dede 2020

.....
Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CAPS e o cuidado em território: a concepção dos (as) gestores (as)

Pesquisador: Tatiana Dimov

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35314220.1.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.252.251

Apresentação do Projeto:

Este trabalho se propõe a compreender como os gestores e as gestoras dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), da Política de Saúde Mental (PSM) do município de Santa Maria, RS, assim como da 4º Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) entendem estratégias de territorialização dos CAPS e como buscam implementá-las, perpassando pelo entendimento do conceito de território que eles possuem. A pesquisa terá abordagem qualitativa exploratória, com delineamento de campo e natureza aplicada. A coleta de dados se dará por meio de entrevista semi-estruturada a ser realizada com os (as) gestores (as) dos CAPS, da Política de Saúde Mental do Município e da 4º CRS. Tal pesquisa se justifica pela importância de estudos e ações sobre o território, compreendido neste estudo através do conceito de Milton Santos, para que se possa efetivar o cuidado em território de forma a dar meios para que os sujeitos que estão em sofrimento mental manifestem a sua existência e subjetividades de forma plena e possam exercer sua cidadania, promovendo, através da troca de saberes e experiências dos diferentes CAPS de Santa Maria, uma rede de saberes e a exposição de dificuldades e potencialidades afim de se elaborar possibilidades de qualificação do cuidado em território. Espera-se com este trabalho produzir impactos na construção das ações dentro dos CAPS de Santa Maria, qualificando o cuidado em base territorial, além de, esperar que este estudo possa servir como um guia teórico sobre ações territoriais possíveis aos gestores e gestoras de CAPS de Santa Maria.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763

Bairro: Camobi

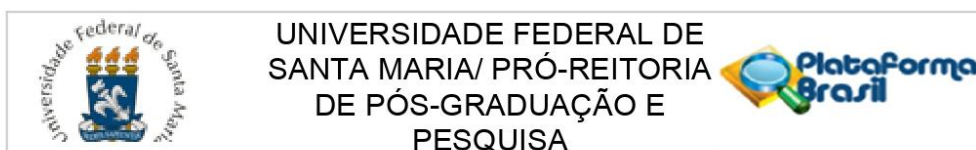
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.252.251

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: compreender como os gestores e gestoras dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Maria, da política de saúde mental da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e da política de saúde mental do Município de Santa Maria interpretam a territorialização do cuidado em saúde mental e como implementam-nas nos CAPS.

Objetivo Específico

- Compreender como os gestores entendem o conceito de território;
- Identificar as estratégias que assumem para promover a territorialização no município de Santa Maria;
- Compreender como Santa Maria está desenvolvendo a Rede de Atenção Psicossocial e a política de Saúde Mental.

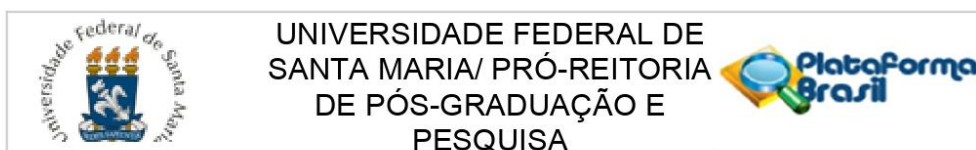
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme os documentos postados na data 30/08/2020 foram apresentadas as descrições dos riscos e benefícios no Registro da PB, no projeto (segundo parágrafo da página 19) e no TCLE (páginas 1/3 e 2/3) satisfatoriamente.

Riscos: não haverá, no decorrer da pesquisa, nenhum risco físico ou psíquico potencialmente grave. Os riscos possíveis são de constrangimento em responder às questões, fadiga ou desconforto, buscando diminuí-lo através da garantia do cumprimento do que prevê o TCLE, como a interrupção da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao pesquisado, assim como, a garantia de retomada da entrevista semiestruturada, se assim for manifestado o desejo do voluntário. Garante-se o encaminhamento/acolhimento em serviço de saúde a participante que apresente algum problema relacionado à saúde por conta da pesquisa.

Benefícios: os benefícios que se busca obter através da pesquisa serão a identificação das práticas territoriais dos CAPS de Santa Maria, de modo a servir como um referencial ao serviço sobre a atuação territorial, além de promover a reflexão e a construção conjunta de estratégias para promover a territorialização do cuidado. Beneficiando, assim, os usuários dos Centros de Atenção Psicossocial e os dirigentes que terão um retorno teórico acerca de suas ações de territorialização.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.252.251

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentados os documentos corrigidos:
- Registro da plataforma Brasil (30/08/2020);
- TCLE (25/08/2020)
- Cronograma adequado no projeto, na página 23 e na PB;
- Termo de confidencialidade (30/08/2020)

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1548113.pdf	30/08/2020 14:35:35		Aceito
Outros	adq_parecer.pdf	30/08/2020 14:33:54	TACIANA DE ALMEIDA BUCHS	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	30/08/2020 14:32:41	TACIANA DE ALMEIDA BUCHS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_ADQ.pdf	30/08/2020 14:30:43	TACIANA DE ALMEIDA BUCHS	Aceito
Outros	AI_NEPS.jpeg	25/08/2020 22:18:14	TACIANA DE ALMEIDA BUCHS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/08/2020 22:16:42	TACIANA DE ALMEIDA BUCHS	Aceito
Outros	projeto_GAP.pdf	19/07/2020 17:40:21	TACIANA DE ALMEIDA BUCHS	Aceito
Outros	Compromisso_devolutiva_NEPS.jpeg	18/06/2020 00:57:44	TACIANA DE ALMEIDA BUCHS	Aceito

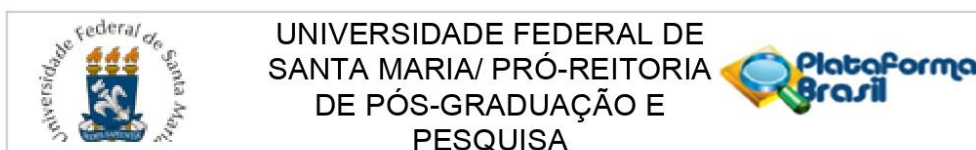
Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763

Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA

Continuação do Parecer: 4.252.251

Outros	Compromisso_Devolutiva_4CRS.jpeg	18/06/2020 00:56:55	TACIANA DE ALMEIDA BUCHS	Aceito
Outros	AI_CRS.pdf	18/06/2020 00:55:16	TACIANA DE ALMEIDA BUCHS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	18/06/2020 00:27:18	TACIANA DE ALMEIDA BUCHS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 01 de Setembro de 2020

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com