

Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental

RESUMO

Objetivos: identificar abordagens e elementos das práticas territoriais dos profissionais da saúde mental e discutir as práticas territoriais na perspectiva do trabalho da enfermagem psiquiátrica. **Método:** revisão de literatura integrativa de estudos científicos publicados no período entre 2001 a 2011 na Biblioteca Virtual da Saúde, a Base de dados LILACS, utilizando as expressões Saúde mental e território, em setembro de 2012. A pesquisa foi guiada pela pergunta: como acontecem as práticas de cuidados territoriais no campo da saúde mental? Utilizou-se da análise temática para compreender e sistematizar os dados. **Resultados:** nos 52 estudos analisados, evidencia-se que, no território, acontecem articulações e negociações de diversas naturezas, numa teia de construção de cuidados de saúde mental, principalmente fomentadas pelos Centros de Atenção Psicossocial e Atenção Básica. **Conclusão:** apropria-se de conceitos, como: rede, articulação, integralidade, acessibilidade, responsabilização, promoção de saúde mental, acolhimento, vínculo, itinerância, estratégia grupal, grupos educativos, profissional de referência, entre outros orientadores da emancipação dos cidadãos.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde mental, enfermagem psiquiátrica, cuidados de enfermagem (Fonte: DeCs, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2015.15.4.8

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Dutra, VFD. & Oliveira, RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aquichan*. 2015; 15 (4): 529-540. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.4.8

1 Professora. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. virginia.damasio@gmail.com

2 Doutora em enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Romapope@gmail.com

Revisión integradora: las prácticas territoriales de cuidado en salud mental

RESUMEN

Objetivos: identificar abordajes y elementos de las prácticas territoriales de los profesionales de la salud mental y discutir las prácticas territoriales en la perspectiva del trabajo de enfermería psiquiátrica. **Método:** revisión integradora de estudios científicos publicados entre 2001 y 2011 en la Biblioteca Virtual de la Salud, la base de datos LILACS, empleando las expresiones salud mental y territorio, en septiembre de 2012. La investigación se orientó por la pregunta: ¿Cómo ocurren las prácticas de cuidados territoriales en el campo de la salud mental? Se utilizó el análisis temático para comprender y sistematizar los datos. **Resultados:** en los 52 estudios analizados, se encuentra que, en el territorio, ocurren articulaciones y negociaciones de diversas naturalezas, sobre todo fomentadas por los Centros de Atención Psicosocial y Atención Básica. **Conclusión:** se apropia de conceptos, como red, articulación, acogida, vínculo, itinerancia, estrategia grupal, grupos educativos, profesional de referencia, entre otros orientadores de la emancipación de los ciudadanos.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, enfermería psiquiátrica, cuidados de enfermería (Fuente: DeCs, BIREME).

An Integrative Review: Territorial Practices in Mental Health Care

ABSTRACT

Objectives: Identify approaches and elements in the territorial practices of mental health professionals and discuss those practices from the standpoint of work in the field of psychiatric nursing. **Method:** The research is based on an integrative review of scientific studies published between 2001 and 2011 in the Virtual Health Library and the LILACS database, using the terms mental health and territory. Conducted in September 2012, it was guided by the question: How do territorial practices occur in the field of mental health care? Thematic analysis was used to understand and process the data. **Results:** In the 52 studies analyzed, it was found that different types of networking and negotiations occur in the field, promoted largely by centers for psychosocial and primary care. **Conclusion:** Concepts such as network, networking, response, link, roaming, group strategy, educational groups and reference professional are appropriated, among other guidelines to citizens' emancipation.

KEYWORDS

Mental health, psychiatric nursing, nursing care (Source: DeCS, BIRIME).

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira acontece em processo dinâmico e paralelo nos campos dos conceituais, técnico-assistencial, políticos, jurídicos, social e cultural. Nesse processo de transformação, adotam-se conceitos, estratégias e princípios. Entre eles, saúde, saúde mental e território.

Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Esse conceito passa a ser discutido como o conceito ampliado de saúde, como eixo fundamental para a construção do modo de atenção em saúde mental. Enquanto para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os conceitos de saúde e saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Numa perspectiva transcultural, é impossível definir saúde mental de uma forma completa. Porém, de um modo geral, a saúde mental é percebida como mais do que a ausência de perturbações mentais (1).

Por sua vez, *território* é a designação não apenas de uma área geográfica, mas também das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá na vida comunitária (2). Assim, trabalhar no território significa utilizar todos os componentes, saberes e forças concretas da comunidade, a qual propõe soluções, apresenta demandas e que pode construir objetivos comuns. As práticas territoriais envolvem os saberes e as potencialidades dos recursos da comunidade, da construção coletiva de soluções, das trocas entre as pessoas e a ideia de cuidado. Dessa maneira, o conceito de território funciona como organizador da rede de atenção à saúde mental e orienta as ações de todos os seus equipamentos (2).

Considerando esses três conceitos, a saúde mental de uma pessoa se constrói e se reconstrói nas relações estabelecidas com o meio onde se vive. Essa trama de interações sociais, na qual a pessoa se estabelece enquanto vive, é chamada de rede ou trama social. O espaço físico e simbólico onde a trama acontece é chamado de território. Dessa maneira, num mesmo território, estão emaranhadas várias redes e, entre elas, a rede de serviços de saúde e a rede de saúde mental; além destas, as demais redes comunitárias, de trabalho, apoio e vizinhança.

No entanto, a enfermagem psiquiátrica, que teve sua gênese no hospital psiquiátrico, encontra-se imersa nas transformações das suas práticas, sustentada pela transição paradigmática. Nesse sentido, o “bom cuidado” da enfermagem psiquiátrica transformou-se com as demandas da Política de Saúde do Brasil e foi necessário incluir outros elementos, entre eles, o território.

Nesse contexto, estabeleceu-se como pergunta de pesquisa: como acontecem as práticas de cuidados territoriais no campo da saúde mental? E, como objetivos: identificar abordagens e elementos das práticas territoriais dos profissionais da saúde mental e discutir as práticas territoriais na perspectiva do trabalho da enfermagem psiquiátrica.

Método

Em setembro de 2012, realizou-se revisão integrativa (3) de estudos científicos publicados no período entre 2001 e 2011 na Biblioteca Virtual da Saúde, a Base de dados LILACS, na qual foram utilizadas as expressões *saúde mental* e *território*. A Base se justifica pelas particularidades do campo psicossocial no Brasil e na América Latina, enquanto os estudos da América do Norte, Europa e do Oriente utilizam de outras abordagens e apresentam realidades distintas. O período, pós-Lei 10.216, representa a concretização e a efetivação de uma política discutida e construída a partir da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

As etapas da revisão integrativa da literatura estão alicerçadas numa estrutura de trabalho definida por um protocolo previamente elaborado, as quais foram adotadas visando manter o rigor científico, a saber: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, que representassem todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, que identificasse diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados; 6) relatório claro sobre a evidência encontrada.

Os critérios para a inclusão dos artigos foram: texto completo disponível on-line, publicados no período de 2001 a 2011, que contivesse no assunto saúde mental e território/comunidade/grupos sociais. Foram incluídas todas as categoriais de publicações. Critério de exclusão: repetidos, editoriais, reflexão e fuga do objetivo. A busca resultou em 63 artigos e, destes, 11 artigos foram excluídos por terem sido publicados no período de 1980 a 2000.

Dos 52, procedeu-se à leitura minuciosa de cada resumo e, em seguida, do artigo na íntegra. Nessa etapa, foram excluídas 19 publicações por suas temáticas serem divergentes do nosso objetivo, tais como: dificuldades dos profissionais, psicanálise, população indígena, enfoque em doenças, perfil epidemiológico, deficiência física e hospital psiquiátrico.

Das 33 publicações analisadas, todas optaram pela abordagem qualitativa, sendo 24 artigos e 9 teses ou dissertações. Quanto ao tipo de estudos: 10 declaram ser descritivos exploratórios; 5 avaliativos; 4 bibliográficos; 3 etnográficos; 5 outros e 6 não deixam claro o tipo do estudo (3).

Optou-se por análise temática (4). Para sistematizar a análise dos estudos, foi utilizado um quadro com título, autores, fontes, objetivos, tema principal, resumo, principais resultados e observações importantes. Posteriormente, foram realizadas síntese dos núcleos temáticos, categorização e descrição dos resultados.

Resultados

O material analisado resultou em três categorias temáticas: o conceito de território na construção do campo psicossocial; atenção básica e saúde mental imersas no mesmo território; a integralidade e a invenção de estratégias para promoção de saúde mental. Essas categorias serão descritas a seguir.

O conceito de território na construção do campo psicossocial

O conceito de campo psicossocial surge da busca de uma nova psiquiatria quando a clássica não mais era eficiente para atender às demandas atuais. Na verdade, as críticas ao hospital psiquiátrico surgem com o nascimento do próprio hospital e foram muitas as tentativas de reformá-lo, o que levou à discussão pela humanização do atendimento, superação do conceito de doença mental como incapacidade e cidadania dos que sofrem psicologicamente. Assim, afirmaram-se a ruptura com a psiquiatria hegemônica (afinada com a biologia, com a normatividade e a instituição) e a abertura para o modo psicossocial (voltado às respostas localmente construídas e que investe na pessoa). A nova psiquiatria rompe com o conceito de comunidade e enreda-se pelo conceito de território (5).

A partir da década de 1990, a Política Pública do campo da saúde mental trazia no seu bojo propostas inovadoras e estratégias de cuidados aos que sofrem psicologicamente. A estratégia principal, a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), expandiu pelo Brasil como objetivo de prestar atendimento ambulatorial personalizado aos portadores de transtornos mentais graves, gerenciar a rede de saúde mental, promover saúde mental da comunidade, promover a inserção social e a cidadania, entre outros. O CAPS preconiza a interdisciplinaridade e a orientação territorial (5).

No contexto político da redemocratização do país e nas lutas pela revisão dos marcos conceituais, das formas de atenção e de financiamento das ações de saúde mental, surge o CAPS Luis da Rocha Cerqueira e, juntamente com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), inaugurados a partir de 1989, em Santos, constituem-se em referência obrigatória para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio em nosso país (7).

Nesse sentido, os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para cuidados em saúde mental que se configuram simbólica e numericamente. Esses dispositivos trazem consigo uma aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental e ainda, a necessidade da constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas (6). Assim, configuram-se as práticas de cuidados territoriais por meio da junção de ações, serviços e articulações entre pessoas e setores. Desse modo, as práticas sustentam-se na demanda dos usuários ou do território com vistas à produção de saúde ou, no mínimo, à busca de maneiras de minimizar o problema vivenciado pelo usuário.

A mudança do conceito de saúde mental abandona a assistência centrada na doença e adota o enfoque na produção de saúde, no resgate da cidadania e na participação social. Assim, ampliaram-se os espaços terapêuticos para o território e passou-se a buscar a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. As ações terapêuticas ocorrem nas inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica. O cuidado, nessa perspectiva, exige dos conhecimentos técnicos e do comprometimento sociopolítico habilidade em lidar com a diferença e responsabilidade com a vida de cada pessoa que o busca, além de motivação profissional e valorização do seu trabalho (7). A solidez está alicerçada no questionamento, na reflexão e, sobretudo, nas relações interpessoais dialógicas. Essas características articulam-se com o compartilhamento das ideias da Reforma Psiquiátrica e com uma prática cotidiana crítica, reflexiva e criativa (7).

A constituição do cuidado territorial envolve uma trama de relações, desde as interpessoais, as interinstitucionais até as intersetoriais. Portanto, a constituição de uma rede de atenção deve levar em consideração não somente as unidades de saúde, mas também uma rede comunitária mediada por canais de comunicação entre seus constituintes, numa relação de parceria na construção de bem-estar. No entanto, essa rede tem, em instituições de parceria intersetorial (igrejas, escolas e justiça), importantes pontos de produção de cuidado. Em outras palavras, parcerias intra e interinstitucionais necessárias segundo as demandas do usuário ou grupo (8).

A partir de uma investigação (8) sobre a construção da rede a partir das famílias de portadores de transtorno mental em desinstitucionalização, observou-se a dificuldade em formar redes sociais fortalecidas e destacou-se o predomínio de laços fracos. Os usuários, quando estão fora do hospital, acabam ficando restritos ao ambiente doméstico, sem ter oportunidade de expandir os laços de amizade e sem desenvolver habilidades sociais. Na relação com vizinhos ou pessoas do mesmo bairro, há, ao mesmo tempo, disposição para ajuda, mas também medo de reações agressivas e receio de mais crises. Para este estudo, o fortalecimento do usuário e da família no território faz necessária a construção de estratégias pelos serviços de saúde que os encorajem, os auxiliem, os orientem e, principalmente, faça a ponte entre os recursos do território. A partir dessa construção, as relações de aversão pelo estigma ou o medo das crises vão abrindo espaços para solidariedade e trocas sociais mais efetivas.

A proposta de serviços substitutivos aconteceu no complexo processo de desconstrução de saberes, instituições, valores e cultura. Assim, esses serviços comunitários tornam-se substitutivos ao hospital e, a partir deles, propõe-se a invenção de uma nova realidade que possibilite a criação de novos diálogos com a complexidade da existência-sofrimento, de itinerários de exercício de direitos e de um novo lugar social para a experiência da loucura (9).

A lógica do território privilegia a organização dos serviços, mas há um amplo campo a ser discutido e analisado quando o foco se volta para os aspectos sociológicos da experiência dos usuários. Isso significa que os profissionais e serviços investem para compreender as relações e as vivências que os sujeitos sociais estabelecem em seu território a fim de que os níveis de saúde aumentem (10).

Entende-se por território a base do trabalho, local de residência, espaço de trocas materiais e subjetivas, sobre as quais ele influi. É no território que se inscreve uma identidade social, uma prática social, a construção histórica e a identidade coletiva dos sujeitos sociais. Assim, a identidade de cada ator social está relacionada com a maneira em que ele estabelece relações dentro do território (10). Estas, por sua vez, refletem certamente um dos fatores que problematizam o universo cultural, simbólico e estético desses sujeitos (10). Nesse sentido, à medida que vivem, buscam satisfazer suas necessidades, fazem trocas e escrevem suas histórias e, conseqüentemente, a história do território. Nesse contexto, a pessoa é percebida como um ser social repleto de significações construídas ao longo da vida.

Entre os princípios do campo psicossocial trazidos nos artigos analisados, incluem: desinstitucionalização, interdisciplinaridade (6, 5) responsabilização, participação social, suporte social (11), itinerância, articulação, integralidade (12), protagonismo das pessoas cuidadas (13).

Há um apelo pela responsabilização no cenário contemporâneo da Reforma Psiquiátrica que a dimensiona como a tomada de responsabilidade do serviço pelo território, o aumento da responsabilidade do profissional pelo processo de trabalho e a possibilidade de o sujeito advir como responsável por sua própria condição (11). Para tanto, na "diretriz governamental de tomada de responsabilidade dos serviços pelo território, ocorre uma mudança da lógica de demanda e oferta de atendimento" (10:149).

Os profissionais dos CAPS representam um mediador com usuários, familiares, rede social, instituições, recursos sociais, instâncias de direitos que visam fortalecer os usuários para aumentarem sua autonomia e potencial de interação no território. Ou seja, o profissional, o que inclui o enfermeiro, reúne as estratégias necessárias na negociação para cada necessidade apresentada. As mediações negociadas visam ajudar os usuários a se fortalecerem socialmente, encontrarem os recursos/suportes sociais do território, compreenderem o processo democrático, aumentarem sua autonomia e construir novos modos de viver naquele território.

Os profissionais se referem a todos que compõem a equipe multiprofissional do CAPS, inclusive o enfermeiro. O trabalho no território acontece a partir da proposta terapêutica construída pelo terapeuta de referência juntamente com o usuário e a equipe

(por vezes, envolvem outros sujeitos sociais). Nessa perspectiva, a enfermagem adota os preceitos terapêuticos próprios da profissão e a abordagem psicossocial, filosofia dos serviços determinada pela Política de Saúde Mental do Brasil.

Para atender à mudança da proposta hospitalocêntrica para a proposta psicossocial, foi necessário ocupar-se daqueles que se encontravam internos: a desinstitucionalização. O processo complexo de reconstrução de identidade, história de vida e estrutura social para viver na sociedade, acontece da mesma forma, resgatam-se fragmentos de subjetividade e reconstróem-se outras possibilidades de vida. Para dar respostas a tantos problemas para a complexidade da vida dos usuários, o campo psicossocial apropriou-se de várias disciplinas: sociologia, geografia, psicologia, biologia, antropologia entre outras. Quando estas estão representadas numa reunião de equipe, por exemplo, pratica-se a interdisciplinaridade e os elementos da prática, por sua vez, são construídos a partir das demandas dos sujeitos e do território (5).

Para a complexidade da saúde mental, os espaços em que se atende se constroem na dinâmica dos espaços em que se vive: moradia, rua, espaços comuns, instituições, Caps e todo o território. Surgem elementos tecnológicos, tais como: articulação, cartografia e itinerância. Na rede, as articulações são nós da trama, ou seja, negociações estabelecidas por serviços, profissionais, usuários e recursos do território.

A itinerância (12) é um modo de operacionalizar o cuidado no território e faz considerar o problema da percepção do movimento. Esse conceito de práticas de cuidado se decompõe em três elementos: 1) o movimento realizado no ato de ir ao encontro do usuário; 2) os movimentos que os trabalhadores produzem ao acompanhar o usuário no processo de construir seu pertencimento a um território; 3) o movimento de desestabilização que a invenção de novos caminhos produz no pensamento e no real social. Os autores adotam o conceito de agenciamento por ajudar a pensar o movimento dos usuários na construção ou ampliação de seus territórios existenciais e no modo pelo qual o desejo, como força em estado bruto, territorializa-se.

As práticas territoriais são parte do objetivo maior da Política de Saúde no Brasil: a produção de saúde. Entre as estratégias de cuidado territorial, estão: acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos, consultas, grupos terapêuticos (13), busca ativa no território (12), cuidado ampliado, encontro, inclusão social (14).

Atenção básica e saúde mental: imersas no mesmo território

Na década de 1990, após a consolidação da Política de Saúde no Brasil adotou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) para a mudança do enfoque curativista para a promoção da saúde. Portanto, “é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial da Atenção Básica, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas numa área geográfica delimitada e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade” (15).

A ESF e a rede de saúde mental são estratégias da Política Pública que trazem o conceito de território no bojo da construção teórica e prática. Além dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), têm em comum uma concepção de cuidado personalizado, com enfoque na subjetividade e nas necessidades múltiplas e complexas do cidadão atendido no contexto onde vive. Para tal, sustentam o direito à saúde de todo o cidadão, a acessibilidade à rede de saúde, a participação em todas as decisões dos serviços e trabalham em equipe multiprofissional, que considera os múltiplos saberes e disciplinas.

Um estudo (16), que teve como objetivo relatar uma experiência de parceria entre um CAPS de três equipes da ESF, utilizou-se como estratégias as reuniões de equipe (nas quais há capacitação, discussão de casos), o acolhimento e a elaboração de projetos terapêuticos, além de visitas domiciliares. Os resultados apontam que o trabalho conjunto enriquece ainda mais a prática e possibilita uma rede maior de cuidados no território. Portanto, fez-se necessário criar novas propostas e iniciativas inovadoras à medida que estabelecia a interação com os casos e o território.

Nesse contexto, apresentam-se duas questões quanto à saúde mental na Atenção Básica: assistência às pessoas com sofrimento psíquico grave ou persistente e a promoção de saúde mental das pessoas que transitam no território. Na literatura analisada, muito se fala das estratégias para atender os usuários do serviço especializado de saúde mental e alguns estudos chegam a justificar a necessidade de tais estratégias pela ineficiência do serviço especializado em saúde mental. No entanto, ambas as estratégias da rede foram idealizadas com recursos materiais,

humanos e afetivos para a reconstrução das relações cotidianas e do bem-estar. Portanto, não se trata de uma ou outra, mas de fortalecer a rede de cuidados e criar oportunidades de subjetivação e transformação do seu nível de saúde (17).

As ações de atenção e promoção à saúde mental na Atenção Básica envolvem acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos, consulta médica e grupos terapêuticos (13). E, ainda, projeto coletivo de cuidados ampliados voltados para prevenção, promoção e proteção da saúde mental no território (18), apoio institucional, estratégias de atenção especializada combinadas com atenção básica (19), além de arranjos diferenciados em que o profissional atua como facilitador segundo as necessidades apresentadas. Essas estratégias têm em comum a valorização do indivíduo em sofrimento psíquico como protagonista de sua existência e consideram sua subjetividade, sua história e seus projetos de vida.

Uma intervenção de apoio matricial (20), por meio de reuniões, discussão de casos e visitas domiciliares entre a equipe de saúde mental e atenção básica, possibilitou: 1) a construção coletiva de saberes em saúde mental; 2) o espaço de escuta aos Agentes Comunitários de Saúde; 3) a construção de redes no território e 4) o favorecimento do exercício da cidadania e da autonomia dos sujeitos. Nessa experiência, destacou-se o processo dinâmico e cotidiano de construção e reconstrução de conceitos e modos de fazer/relacionar no território. Entendeu-se que os projetos terapêuticos se constroem de maneira integrada num processo de corresponsabilização e, ao final, percebeu-se que ampliou o conceito que se tinha de saúde. Dessa forma, favorecem-se as relações em redes e valoriza-se a solidariedade.

A parceria entre CAPS e ESF enriquece a prática e possibilita uma rede maior de cuidados no território. Criar novas propostas e iniciativas inovadoras, segundo as necessidades das pessoas atendidas, concretiza a produção de saúde e desenvolvimento social da comunidade. Portanto, “transitar pelo território subjetivo das pessoas e modificá-lo é também formar relações de confiança e vínculo, cuidado, disponibilidade, afetividade” (16:1490).

Os princípios da responsabilização e lógica do território (15) colocam a atenção básica e saúde mental, imersas no mesmo território, num diálogo permanente e numa construção conjunta de estratégias produtoras de saúde. A enfermagem, por exemplo, traz da sua profissão o cuidado na sua essência, com a amplitude

do bem-estar subjetivo, a autoeficácia e a autonomia das pessoas e da comunidade. Além disso, somam-se à prática de enfermagem os preceitos psicossociais ligados à promoção de saúde no território, o “empoderamento” de pessoas, a mediação da autonomia, o fortalecimento de laços sociais, entre outras.

A integralidade: a invenção de estratégias para promoção de saúde mental

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorre concomitante ao da Reforma Sanitária; ambos resultam em leis para garantir a integralidade, acesso universal à saúde, equidade, participação social, além de assegurarem os direitos dos portadores de transtornos mentais. Para cumprir com tais princípios, as esferas governamentais adotaram medidas para reorganização dos espaços de produção da saúde, bem como adoção de novos conceitos e práticas que atendessem ao “utópico” conceito de saúde. No município de Cascavel-PR (21), por exemplo, para a assistência ao portador de transtorno mental, foram implantados ambulatório especializado, serviço de urgência, CAPS para adultos, crianças e usuários de álcool e drogas, todos estruturados com suporte assistencial às Unidades Básicas de Saúde.

Assim, faz-se necessário ampliar as antigas grandes estruturas hospitalares ou ambulatoriais da saúde e atenção à saúde mental para a construção de unidades/modos de atendimentos territoriais a fim de garantir acesso, respostas reais às demandas e produção de saúde. Entre as estratégias adotadas atualmente, envolver o domicílio, seja em visitas seja em assistência específica, tem permitido alçar posições mais integrais na assistência à saúde. Desse modo, no campo da atenção psicossocial, o cuidado é orientado para o território e preocupa-se com o cotidiano e a inserção na sociedade.

Segundo um estudo que avalia o cuidado do portador de transtorno mental no domicílio pela família, “o cuidado se organiza nas dimensões psicossocial, clínica e afetiva, possibilitando a construção de um cuidado ampliado a integral. As facilidades do cuidado envolvem o cuidar em casa, cuidado clínico e os apoios à família, amigos, igreja, a ESF, Grupo Evolução, escuta e fé. Foram consideradas dificuldades a sobrecarga, as interferências e o preconceito” (22:10).

Utilizando-se da itinerância e da cartografia como um modo de operacionalizar o cuidado no território, a noção de território

se tornou um princípio organizador dos processos de trabalho nas políticas de atenção básica e saúde mental. Ambos os conceitos traduzem-se em movimento, dinamismos e produção de relações nos contextos existenciais dos cidadãos que são alvos da saúde. Assim, é possível explorar a potência política do movimento e transformar o território dos usuários num laboratório de invenção de vida. Aspirando a integralidade, o cuidado deve ser contextualizado ao modo de vida dos usuários e deslocar a tônica da demanda para as reais necessidades de saúde, de modo a estabelecer como objeto de intervenção um sujeito em sofrimento no seu contexto de vida.

A saúde integra o conjunto de capacidades que facilita o desenvolvimento do ser humano nas diferentes facetas, o que inclui a qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde. O princípio da integralidade coloca a enfermagem psiquiátrica como produtora de saúde, ou seja, conduz as práticas para o território e adota outras tecnologias para o cuidado. Com isso, pratica-se: acolhimento, vínculo, articulações, intersetorialidade, negociações, diálogos etc.

Discussões e algumas considerações

Os resultados fazem referência a dois conflitos: o psiquiatra no CAPS e os modelos adotados pelos profissionais no ato do cuidado. Os psiquiatras, geralmente formados nos grandes hospitais, encontram no território o imaginário social do tratamento farmacológico como forma de lidar com os problemas mentais. A sociedade também traz contradições acerca da figura do psiquiatra, ora espera respostas da psiquiatria clássica, ora a valorização enquanto ser humano-psíquico-social. No segundo conflito, os profissionais no campo psicossocial têm como principal elemento ele próprio; no entanto, “identifica-se a coexistência de três modelos de cuidado nesse CAPS: o modelo biomédico humanizado, o psicossocial com ênfase na instituição e o psicossocial com ênfase no território” (7:188).

Assim, a construção de práticas territoriais (para fora do CAPS) acontece juntamente com os processos de transformação propostos pela Reforma Psiquiátrica, permeados por conflitos e tensões vislumbradas principalmente no campo ideológico. Desde os primórdios da enfermagem, defende-se apostar no poder vital para a pessoa se reconstruir e a relação terapêutica como forma de ajudar o outro a alcançar níveis melhores de saúde. No entan-

to, na contemporaneidade, a enfermagem soma a isso os desafios de reunir a essência da enfermagem, dos constructos da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

Considerando os resultados das publicações analisadas, observa-se que o território é apontado na implantação da proposta psicossocial, o que é evidenciado pelas temáticas apresentadas: as ideias de território e rede na construção do campo psicossocial; a relação entre atenção básica e saúde mental, que visa ao cuidado ampliado aos cidadãos; a abordagem da integralidade e a promoção de saúde mental nas práticas realizadas no território. No entanto, as práticas territoriais na perspectiva do trabalho da enfermagem psiquiátrica não foram tratadas diretamente já que elas são abordadas pela construção filosófica das equipes multiprofissionais ligadas aos serviços de saúde mental. Entende-se que a lógica do território está em franca construção, na qual enfermeiros, profissionais de saúde e gestores têm atuado. As publicações apontam dois eixos das práticas territoriais: o cuidado territorial de saúde mental ao cidadão atendido pela Atenção Básica em parceria dos serviços especializados de saúde mental e o cuidado ampliado e territorial pelos CAPS aos usuários com sofrimento psíquico grave, com vista à emancipação.

No primeiro eixo —a atenção à saúde mental de todos os cidadãos, realizada pela Atenção Básica—, apontam-se resultados, tais como:

- espaços voltados à saúde mental no contexto da atenção básica contribuirão para a efetivação de práticas e construção de novos saberes para a produção de saúde e vida no território existencial dos sujeitos (23);
- as Unidades Básicas possuem estratégias semelhantes no atendimento de saúde mental à população e estruturam, a partir do acolhimento, o fluxo do usuário nos serviços. As estratégias utilizadas são: reuniões de equipe, nas quais há capacitação, discussão de casos, acolhimento e elaboração de projetos terapêuticos, além de visitas domiciliares conjuntas (13);
- o trabalho conjunto entre ESF e CAPS enriquece ainda mais a prática e possibilita uma rede maior de cuidados no território (13);
- os registros em prontuário podem constituir os atores e instâncias sociais citados como envolvidos no campo da saúde mental enredando-os na malha administrativa construída como rede de suporte social (11);

- o apoio matricial proporciona a construção coletiva de saberes em saúde mental, de cuidado aos Agentes Comunitários de Saúde e fomenta a construção de redes do cotidiano estimulando a articulação entre saúde mental e saúde da família de forma a favorecer o exercício da cidadania e a autonomia dos sujeitos sobre sua própria saúde (20).
- rede e território são conceitos fundamentais para o entendimento do lugar e articulações dos CAPS e isso se aplica também à sua relação com a rede de Atenção Básica de Saúde (11);
- os profissionais das equipes de Atenção Básica necessitam de retaguarda assistencial e orientações técnicas de equipes especializadas em saúde mental para a realização de ações de saúde mental no território (apoio matricial) (24).

No segundo eixo —o cuidado territorial aos usuários com sofrimento psíquico grave—, evidenciam-se resultados, tais como:

- o cuidado territorial está na intersecção da clínica especializada e os contextos das práticas relacionadas com a vida dos usuários (13);
- as práticas itinerantes passaram a ter uma importância estratégica na desinstitucionalização das práticas e na construção da integralidade do cuidado (12);
- a abordagem grupal favorece o fortalecimento dos vínculos e dos laços de confiança entre profissionais e usuários, o que proporcionou a reconstrução das relações sociais (13); as atividades comunitárias, coordenadas pelos CAPS, permitem a ampliação das relações sociais;
- o “técnico de referência” toma por responsabilidade o processo de negociação, divisão e delegação de encargos pelo cuidado em saúde mental, entre profissionais, familiares, usuários e membros da comunidade (11);
- o engajamento, o vínculo e a implicação do profissional de referência são técnicas cujas funções terapêuticas e administrativas são articuladas (11);
- as relações interpessoais e interações sociais são compreendidas como a base do existir humano e antecedem as técnicas terapêuticas inscrevendo-se na dimensão cidadã e política do cuidado (7);
- mudanças significativas têm acontecido no campo da saúde mental quanto ao conceito de saúde mental e a assistência centrada na doença tem sido substituída pelo enfoque na pro-

moção da saúde, no resgate da cidadania e na participação social (25);

- percebe-se que familiares e vizinhos de pacientes psiquiátricos têm sido instigados a participarem da política pública, principalmente no lugar de suporte social, considerados parceiros (11).

Portanto, as abordagens e os elementos da prática territorial, propostas nas publicações analisadas, abarcam os elementos diversos do campo psicossocial: estratégias, princípios, ação dos profissionais, recursos territoriais, cidadania, emancipação dos sujeitos etc. As práticas territoriais trazem como único imperativo a valorização do usuário como ser social, cidadão, autônomo, único, capaz de elevar seus níveis de saúde. Para tal, as práticas devem acontecer de dentro para fora dos serviços, ou seja, no território onde os usuários vivem. O *modus operandi* dessa proposta é a relação; assim, pode-se dizer que o profissional ocupa-se permanentemente da negociação com pessoas ou recursos do território.

Nessa perspectiva, a enfermagem psiquiátrica investe na valorização do contexto em que os usuários vivem, nas suas interações sociais significativas, nos recursos territoriais necessários à emancipação e na autonomia dos usuários (17, 24). O grande desafio para a enfermagem, tanto nos CAPS quanto nas ESF, é romper com as práticas historicamente hospitalocêntrica pautadas em procedimentos técnicos, fragmentados e autoritários centrados na “doença”.

As práticas territoriais ligadas aos serviços de saúde mental comunitária, segundo as publicações analisadas após 2001, investem no conceito ampliado de saúde como eixo fundamental para a construção do modo de atenção em saúde mental. Para isso, a enfermagem psiquiátrica se reinventou no cuidado em espaços onde os sujeitos cuidados vivem e se reinventou no trabalho em equipe multiprofissional, mas sem perder a essência: o cuidado. As publicações de autoria de enfermeiras também analisam as práticas territoriais para saúde mental, realizadas pela equipe. Nenhuma publicação analisou a prática da enfermagem no território, no contexto da saúde mental.

No entanto, o conceito de território assume esse papel central na transformação no que se refere à “loucura” visto que é o trabalho no campo social que possibilita a inclusão e o resgate da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. É por meio do

território, entendido como um conjunto de forças sociais, produzidas por mecanismos de inclusão e exclusão, com possibilidade de acionamento ou reformulação, que essa transformação cultural

acontece. Assim, as ações territoriais dos profissionais de saúde mental vislumbram a produção de saúde mental e ativação de recursos escondidos no território.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Relatórios sobre a saúde no mundo. 2015. [acesso em 30 jul. 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>
2. Gazignato ECS, Silva CRC. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde Debate* 2014; 38(101): 296-304.
3. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
4. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
5. Menezes MP, Yasui S. A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber? *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(6): 1817-26.
6. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(5): 1053-62.
7. Nunes M, Torrenté M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1): 188-96.
8. Alves CCF, Silveira RP. Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no Acre: o contexto do território na desinstitucionalização. *Rev APS*. 2011; 14(4): 454-63.
9. Bosi MLM, Melo AKS, Carvalho LB, Ximenes VM, Godoy MGC. Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. *Rev. bras. epidemiol.* 2014; 17(Suppl 2): 126-35.
10. Santos MRP, Nunes MO. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15 (38):715-26.
11. Silva MBB. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14 (1): 149-58.
12. Lemke RA, Silva RAN. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. *Physis*. 2011; 21 (3): 979-1004.
13. Mielke FB, Olschowsky A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. *Esc. Anna Nery*. 2011; 15(4): 762-8.
14. Mielke FB, Kohlrausch E, Olschowsky A, Schneider JF. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Rev. Eletr. Enf.* 2010; 12(4): 761-5.
15. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14, (supl.1): 1483-92.
17. Munari DB, Melo TS, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf.* 2008; 10(3):784-95.
18. Ramos PF, Massih PDA. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. *Psicol. ciênc. prof.* 2010; 30(1): 212-23.

19. Lima Júnior JM, Melo SCF, Braga LAV, Dias MD. Saúde mental e saúde da família: implicações, limites e possibilidades. *Cad. Saúde Colet.* 2010; 18(2): 229-33.
20. Silva CB, Santos JE, Souza RC. Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador-BA. *Saúde e Sociedade.* 2012; 21(1): 153-60.
21. Reis JC. Política de atenção ao indivíduo em sofrimento mental em um município do oeste do Paraná. (Dissertação) Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
22. Lavall E. Família e o cuidado de saúde mental no domicílio: estudo avaliativo. (dissertação) Porto Alegre: Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
23. Antonacci MH, Pinho LB. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011; 32(1): 136-42.
24. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(6): 900-7.
25. Almeida DT, Trevisan ÉR. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu).* 2011; 15(36): 299-308.