

A SAÚDE MENTAL RESISTE: MEMÓRIAS DO TRABALHO TERRITORIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Mental health resists: memories of territorial work in the City of Rio de Janeiro

Adriana Fonseca¹
Priscilla Borelli Tavares²
Tiago Lopes Bezerra³
Rita de Cassia Cavalcante⁴
Magda Barreto⁵
Matheus Goveia⁶

Artigo encaminhado: 19/04/2021
Artigo aceito para publicação: 24/09/2023

RESUMO

O artigo discute o trabalho territorial desenvolvido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade do Rio de Janeiro com pessoas em sofrimento psíquico e com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. Através do relato de experiência, trabalhadores de dispositivos da Atenção Básica e da Atenção Psicossocial Estratégica expuseram o cotidiano do trabalho territorial em saúde mental, elaborando três núcleos de questões: a primeira, relativa ao desafio de tecer a intrasetorialidade na RAPS; a segunda, o manejo de sofrimentos clínicos e psíquicos graves a partir do encontro entre trabalhadores da saúde, usuários e seus familiares nos domicílios e nas ruas da cidade; e, por fim, o reconhecimento do trabalho territorial na RAPS como um ato ético e político que depende das escolhas realizadas nos serviços e na gestão, as quais são mediadas pelas condições por que passa o Sistema Único de Saúde e seus trabalhadores.

Palavras-chave: Trabalho. Saúde mental. Universalidade. Território sociocultural. Intrasetorialidade.

ABSTRACT

¹ Assistente Social; Mestre em Serviço Social (ESS/UFRJ); Diretora de CAPSad (SMS/RJ). dri.fonseca13@gmail.com

² Assistente Social; Especialista em Serviço Social e Saúde (CESSS/UERJ) e em Saúde Mental (IPUB/UERJ); Mestranda (ESS/UFRJ); Coordenadora do Deambulatório Maracanã (SMS/RJ). srbpriscilla@gmail.com

³ Assistente Social; Especialização em saúde Mental (IPUB/UFRJ); Mestrando em Serviço Social (ESS/UFRJ) tiagolbezerra@gmail.com

⁴ Assistente Social; Mestre em Serviço Social (ESS/UFRJ); Diretora de CAPS (SMS/RJ) ritacavalcante69@gmail.com

⁵ Assistente Social; Doutora em Serviço Social (ESS/UFRJ); Professora Associada (ESS/UFRJ) magdaas31@gmail.com

⁶ Assistente Social; Mestre em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz); Doutorando em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz); Coordenador Técnico de CAPS III João Ferreira Filho (SMS/RJ) matheusjcgoveia@gmail.com

The article discusses the territorial work developed in the Psychosocial Care Network (RAPS) of the city of Rio de Janeiro with people in psychological distress and with problems arising from the consumption of alcohol and other drugs. Through the experience report, workers of primary care and strategic psychosocial care devices exposed the daily work of territorial work in mental health, elaborating three questions: the first, related to the challenge of weaving intrasectorality in RAPS; the second, the management of severe clinical and psychological suffering scans from the encounter between health workers, users and their families in homes and on city streets; and, finally, the recognition of territorial work in RAPS as an ethical and political act that depends on the choices made in services and management, which are mediated by the conditions under which the Unified Health System and its workers pass.

Key words: Work. Mental health. Universalization of health. Sociocultural territory. Intersectoral collaboration.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico e usuárias de álcool e outras drogas não é atribuição exclusiva dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na medida em que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é conformada por serviços em distintos eixos de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS): a Básica, a Psicossocial Estratégica, a de Urgência e Emergência, a Residencial de Caráter Transitório, a Hospitalar, a das Estratégias de Desinstitucionalização e a da Reabilitação Psicossocial. A RAPS foi projetada para ser uma rede atenta ao cuidado integral e territorial, aos direitos humanos, à autonomia, à liberdade das pessoas e à superação do estigma e do preconceito associados ao adoecimento mental. Conquanto, desde 2011, quando foi instituída, a rede de saúde mental vem sofrendo um crescente desfinanciamento, em especial no eixo dos dispositivos extra-hospitalares (OLIVEIRA; GARCIA, 2023) e uma ofensiva as suas orientações de cuidado, particularmente, após o crescimento do autoritarismo no Brasil com a destituição da Presidenta Dilma Rousseff, em 2016 (ROCHA; LIMA; FERRUGEM, 2021).

Nesse solo de disputas de interesses e de concepções sobre saúde, o processo da reforma psiquiátrica brasileira, iniciada ao final dos anos de 1970, e a política de saúde mental implementada nas quatro décadas seguintes, orientaram a substituição do modelo

manicomial por uma rede de dispositivos territoriais reconhecida internacionalmente (ALMEIDA, 2019). No entanto, essa expansão não foi acompanhada de repasses significativos do Governo Federal para os CAPS em suas diferentes modalidades, desde 2011, o que aumenta a degradação dos equipamentos e gera dificuldades operacionais no cotidiano desses serviços; a despeito de um reajuste realizado, em média de 65%, no valor da diária dos hospitais psiquiátricos, o que expressa o avanço de um processo aberto de remanicomialização da política saúde mental brasileira, também explicitado com a Portaria nº 3.855, em 2017 (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Justamente nesse processo de disputa posta na direção a ser dada à saúde mental brasileira, que esse artigo ousa afirmar a relevância do trabalho territorial com pessoas em sofrimento psíquico e com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. Dois casos complexos do cuidado dispensado por trabalhadores de um Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (NASF) e de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III (CAPS ad III) na cidade do Rio de Janeiro são apresentados. As duas experiências se deram nos anos de 2018 a 2019.

Essa escolha ocorreu a partir de encontros entre trabalhadoras da saúde mental e docente, todos graduados em Serviço Social, para estudar o trabalho profissional na RAPS. As experiências foram tomadas como analisadores de tendências mais gerais em curso na cidade do Rio de Janeiro, particularmente, em cuidados de saúde dispensados em favelas que requerem aproximações para compreender esses territórios. Nos encontros foram elaborados registros na forma de relatório, preservando o anonimato dos sujeitos envolvidos – profissionais, usuários e familiares – além dos lugares e dos próprios serviços.

Para organizar o relato de experiência, o artigo foi dividido em duas seções: na primeira, agregam-se as questões derivadas a partir do trabalho territorial disparado por trabalhador na Atenção Básica (AB); e na segunda, por trabalhadores vinculados a um dispositivo da Atenção Psicossocial Estratégica da RAPS. As duas seções indicarão as memórias recuperadas pelos profissionais e o percurso assistencial da Reforma Psiquiátrica que teve na base a invenção de novas práticas e o seu deslocamento para o trabalho territorial, enquanto condições necessárias para ampliar o acesso e a qualidade assistencial às pessoas em sofrimento psíquico, inclusive quando em estado de crise. Este artigo repõe à memória o compromisso da saúde mental em edificar o lugar social da loucura (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990; AMARANTE; NUNES, 2018).

2 O TRABALHO TERRITORIAL EM SAÚDE MENTAL: A ATENÇÃO BÁSICA COMO DISPARADORA DO CUIDADO

Em novembro de 2019, uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) compartilhou com um assistente social do NASF, do sexo masculino, com Residência em Saúde Mental, o caso de um usuário de 24 anos, pardo, deprimido e com autocuidado precário. Segundo relato da mãe, o usuário, às vezes, falava sozinho em casa. Esse quadro passou a ocorrer desde o falecimento do pai, há um ano e meio, período quando também se desvinculou do trabalho como militar do Exército. Na primeira visita domiciliar do assistente social, o usuário permaneceu em sua cama sem interagir. Diante da não interatividade, coube ao profissional apenas se apresentar, explicitar o motivo pelo qual estava preocupado com o usuário, legitimar seu sentimento de luto, explicar que haviam caminhos de cuidado possíveis e apresentá-los brevemente. Ao término, disse que voltaria posteriormente para continuar o cuidado, quando ele estivesse um pouco mais disposto.

Algumas semanas depois, a mãe sinalizou à equipe da ESF que o filho andava um pouco melhor, indicando ser um momento mais apropriado para retomar a abordagem. Essa proximidade, facilidade de comunicação e acesso dos usuários às equipes denotam uma potência significativa do trabalho territorial. Desse modo, o assistente social retornou ao domicílio, encontrou o usuário acordado e mais disponível. Logo no início do atendimento, o usuário pediu licença e foi à sala, onde iniciou uma série de agressões físicas à sua mãe, em um episódio de heteroagressão psicótica. O profissional, imediatamente, entrou no meio, separando-o de sua mãe e mantendo-se entre os dois para evitar novo episódio de agressão. Mesmo com dificuldade, o profissional conseguiu negociar com o usuário seu retorno ao quarto. Isso foi possível pois, à medida que o usuário pedia para o profissional se retirar da casa, o assistente social explicava que estava ali representando o Estado, na figura de um profissional de saúde, e que a Saúde não se retira de onde há pessoas agredindo outras. Diante do agravo do quadro, o profissional entrou em contato com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que demorou cerca de 4 horas para chegar, mesmo tratando-se de uma crise na qual a heteroagressividade estava presente.

Nessas horas de espera, o profissional NASF acolheu o sofrimento e o choque da mãe diante dessa explosão. Concomitantemente, dois Agentes Comunitários de Saúde

(ACS) revezaram-se entre o cuidado com a mãe e a espera do SAMU na rua de acesso à comunidade. O território estava em risco de conflito armado e, nessa situação, um carro oficial poderia ser alvejado, sem prévia intercessão desses trabalhadores da saúde, moradores do território. Quando o SAMU chegou, o profissional do NASF conversou com o usuário e assumiu a responsabilidade da chamada, explicando os motivos pelos quais, naquela situação, ele precisava de avaliação e cuidados psiquiátricos.

Após avaliação na emergência de um hospital psiquiátrico, teve início uma internação de 40 dias. Neste período foram realizadas visitas das equipes da ESF, do NASF e do CAPS. À época da primeira crise, este serviço não conhecia o caso. A partir de então, o usuário continuou o tratamento no CAPS e combinou com o assistente social de manter acompanhamento em saúde mental exclusivamente neste dispositivo.

Alguns elementos presentes nesse caso, tais como a equipe da Atenção Básica conhecer e agir quanto aos riscos da aproximação do carro oficial no território, realizar visita institucional ao usuário em internação psiquiátrica, discutir o caso com a equipe do hospital, articular com o CAPS a continuidade do cuidado no território, e se colocar disponível ao usuário e às instituições intrasetoriais, evidenciam a potência da aposta territorial do cuidado em saúde mental disparado pela Atenção Básica.

O trabalho territorial foi iniciado com a aproximação da equipe da ESF junto à família e se qualificou com o matriciamento do NASF junto a esta equipe e dos serviços de urgência e emergência acionados. A estratégia do matriciamento consiste em um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, “criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p. 13). O matriciamento, no caso acima, convocou uma relação intra dispositivos no âmbito da RAPS, potente, mas profundamente desafiadora. Uma das questões problematizadas foi como o trabalho territorial coloca o profissional de saúde na cotidianidade do manejo da crise em saúde mental em situações difíceis de negociação e de heteroagressão, muitas vezes, operado por familiares e pela comunidade. Outra questão foi a presença e a importância dos ACS para viabilizar o acesso do profissional NASF, negociando as relações de poder no território para sustentar o acompanhamento longitudinal do caso.

Conquanto, o Governo Bolsonaro (2019-2022) reformulou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), impondo novo modelo de desfinanciamento para esse nível de atenção e o não credenciamento de qualquer nova equipe do Núcleo

Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), agravando as barreiras de acesso universal à saúde.

No Município do Rio de Janeiro, entre 2017 e 2020, esteve em curso um projeto de contrarreforma do Sistema Único de Saúde (SUS), marcada pelo desfinanciamento, por uma ofensiva contra os trabalhadores e um processo de reestruturação da Atenção Básica, além da adoção do discurso da crise fiscal para nublar a profundidade do giro regressivo do sistema público de saúde, mesmo após a declaração do estado de emergência sanitária motivada pela COVID-19 que recolocou o debate dos sistemas universais de saúde.

A experiência relatada demonstra a relevância do trabalho territorial em saúde que faculta a materialidade, a direção e a interconexão dos pontos de atenção da RAPS. Também sinaliza os riscos da racionalidade gerencialista do setor privado expandida para a Atenção Básica que se mostrou exemplar no Rio de Janeiro.

O plano previa a redução de ACS nas equipes, em alguns casos para apenas um profissional ante a média de 5 a 6, utilizando as possibilidades abertas pela nova PNAB. Indicava ainda a sobrecarga das equipes restantes, muitas passando a ser responsáveis por até 18 mil pessoas, contra 3.500 anteriormente. [...] Em resumo, desassistência, demissões em massa, descaracterização e sucateamento da APS (SAFFER; MATTOS; REGO, 2020, p. 156).

Este planejamento orientado pelo Projeto “Reorganização da Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro” não respeitou a realidade vivenciada pela ESF, ampliando os desertos sanitários na cidade. Esta redução se deu quando, em oposição, era necessária a contínua expansão da ESF (RIO DE JANEIRO, 2018).

A despeito dessa tendência, acelerando o desmonte das estruturas de funcionamentos da rede de saúde, a defesa por um trabalho na atenção psicossocial que promova o cuidado em liberdade permaneceu vivo e pulsante.

Este primeiro relato de experiência reafirma a relevância do trabalho coletivo e regular das equipes da Atenção Básica no território como importante estratégia de intervenção disparadora da articulação da RAPS. Isso possibilita aproximação e criação de vínculo, materializando a complexidade de um cuidado que amplia o acesso à saúde em diversos níveis de atenção e rompe com a lógica psiquiátrica de cuidado ambulatorial e hospitalar.

3 O TRABALHO TERRITORIAL EM SAÚDE MENTAL: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA COMO DISPARADORA

Os CAPS são dispositivos orientados para o fortalecimento do trabalho territorial e comunitário da saúde mental, contribuindo com o rompimento da lógica médico-centrada presente na nosografia e na prática psiquiátricas.

Entretanto, os marcos normativos do Governo Bolsonaro aprofundaram a tendência de remanicomializar o cuidado em saúde mental, ao retornar o hospital e o ambulatório psiquiátricos para a rede da saúde mental e manter as comunidades terapêuticas (GUIMARÃES; ROSA, 2019; MIGUEL; MEDEIROS, 2022).

Por isso, consideramos relevante apresentar um breve relato de experiência advindo de um trabalho territorial semanal, orientado pela redução de danos, em um CAPS ad III em território psicotrópico (FERNANDES, 1995), cujo objetivo era garantir o acesso de uma parcela da população constantemente atravessada pelo preconceito e estigma.

Como são zonas que o cidadão médio desconhece da sua experiência directa, dada tanto a marginalidade espacial e dos circuitos econômicos da urbe como o seu estigma de “territórios perigosos”, ele apenas pode conhecê-las a partir da notícia e do rumor quotidiano que sobre elas se instala. A um evitamento experiencial sucede-se uma redução cognitiva [...], que vincula o estereótipo de que são unicamente lugares de marginais e drogados – o topos do perigo, aí onde nasce e donde irradia a insegurança urbana (FERNANDES, 1995, p. 23).

Em um espaço de cena de uso de crack na periferia da cidade do Rio de Janeiro, uma assistente social e um redutor de danos de um CAPS ad III foram abordados em ação no território por uma mulher branca, alta, com baixo peso e vestindo roupas rasgadas. Saiu, literalmente, de dentro de uma fenda do pilar de concreto de um viaduto, apresentando muita tosse e pedindo ajuda, referindo que ia morrer. Ao ouvir esse pedido, a equipe perguntou à usuária o que estava acontecendo. Ela respondeu que se sentia muito fraca, tinha o diagnóstico de tuberculose e, há vários dias, não dormia por conta da tosse.

A equipe considerou a urgência do acesso à cuidados clínicos e a mesma foi levada para avaliação preliminar no CAPS. Ao chegar no dispositivo, a usuária foi reconhecida por outra redutora de danos, que informou os diagnósticos de tuberculose multirresistente e de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Acrescentou ainda que a usuária esteve em situação de rua por muitos anos em outro município do Estado do Rio de Janeiro, sendo acompanhada pela equipe do CAPS ad local.

A equipe articulou, então, o atendimento da usuária na Atenção Básica, a partir do qual verificou-se a necessidade de internação devido à gravidade de seu quadro atual. Ao

mesmo tempo, realizou-se articulação com o CAPS de referência anterior e a rede local onde a usuária foi abordada.

No atendimento na Unidade Básica de Saúde, a usuária confirmou uma internação anterior recente em decorrência de complicações do quadro de tuberculose. Relatou que não conseguiu permanecer no hospital, evadindo e retornando à vivência em situação de rua em território próximo à instituição. Observou-se que a usuária demonstrava um nível de consciência sobre os agravos atuais de saúde e, por isso, pedia nova internação clínica.

Sem vaga para internação nos hospitais, também não foi possível a permanência no leito de acolhimento do CAPS ad III, devido ao seu grave quadro clínico. Assim, foi solicitada uma ambulância para levar a usuária a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde pudesse permanecer em leito de isolamento até a avaliação de seu quadro.

Com a equipe da UPA, discutiu-se a permanência da usuária e a manutenção da prescrição de medicação psicotrópica e seu retorno ao acompanhamento no CAPS após a estabilização de seu quadro clínico.

Uma das linhas de cuidado que sustenta o trabalho em um CAPS ad III às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas é o trabalho territorial. A experiência da equipe do CAPS ad III composta por uma assistente social, dois redutores de danos e uma enfermeira para realizar um trabalho de abordagem semanal em um território com mercado aberto de drogas e que não dispõe equipe de Consultório na Rua, implicou em aumento do acesso de pessoas com diagnóstico de tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis e outros agravos de saúde.

Como se pode depreender, o cuidado no território possibilita que os próprios usuários abordem e tragam suas demandas à equipe de saúde. Com baixa exigência contratual, a redução de danos possibilita dispor de cuidados para minimizar riscos e danos decorrentes da vivência em situação de rua associada ou não ao consumo de álcool e outras drogas. Homens e mulheres que antes nunca tinham buscado qualquer serviço de saúde e que se encontram sob agravos clínicos e sociais nos territórios acabam por reconhecer nos trabalhadores do SUS, neste caso, trabalhadores de um CAPS ad III, como parceiros do seu cuidado.

Obviamente, existem desafios relacionados ao trabalho coletivo intrasetorial e intersetorial na saúde mental. Assim como a Atenção Básica, os serviços de saúde mental sofrem mudanças a cada plano de governo, além do fortalecimento da extrema direita no país propiciar um desmonte acelerado das políticas sociais públicas (ROCHA; LIMA;

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.15, n.44, p.135-146, 2023

FERRUGEM, 2021). Isso exigiu resistência ética e política dos trabalhadores, gestores, usuários e familiares da saúde mental diante de um desfinanciamento monumental e de uma reorientação do trabalho comunitário e territorial em saúde mental.

Portanto, a escolha dos serviços de sustentar o trabalho territorial se deu em condições adversas. A redução de equipes de ESF apesar da manutenção do território de abrangência é um exemplo da reestruturação da lógica da Atenção Básica. Agravaram-se as dificuldades do acesso à população, aumentando o desafio de garantir o cuidado em saúde às pessoas marcadas pelo estigma e pelo preconceito do uso de drogas consideradas ilícitas. Porém, no cuidado nos territórios psicotrópicos, encontramos pessoas destituídas do direito à habitação, ao trabalho, à documentação, à higiene pessoal, à saúde, e cuja condição de gênero e de raça são determinações sociais que agravam as barreiras de acesso (BRASIL, 2017).

Após dois anos, apesar dos desafios do CAPS ad III em manter parte da equipe, semanalmente, desenvolvendo seu trabalho nas ruas, observa-se alguns avanços. O aumento do acesso da população a distintos níveis de atenção da RAPS se deu pela mediação de um cuidado compartilhado no acompanhamento dos agravos em saúde identificados. Evidencia-se também o acesso à documentação civil como ferramenta de cuidado e a diminuição do padrão de risco que se colocava nesse espaço.

Para isto, o cuidado foi compartilhado também com as redes informais do próprio território que eram sinalizadas pelos/as usuários/as, como associações de moradores, comerciantes locais, serviços de alimentação, entre outros. Como resultado mais recente da ampla visibilidade derivada deste trabalho colaborativo e territorial, no início de 2023, uma equipe do Consultório na Rua foi implantada neste território.

Assim, tecer o cuidado antimanicomial é também resistir em períodos adversos e reconhecer os sujeitos reais que vivem e usam os territórios, inclusive, o psicotrópico, como espaços e modos legítimos de ser e de estar.

Ao mesmo tempo, a cultura clínica e política acumulada nos quarenta anos da reforma psiquiátrica brasileira nos faz reafirmar a importância dos encontros, das conversas, das atividades grupais e do controle social da política de saúde mental numa ampla trincheira de resistência e de lutas sociais em defesa de todas as vidas. No cotidiano dos serviços, temos expressões claras das tendências contra o cuidado em liberdade, a democracia, as políticas sociais públicas e seus trabalhadores.

Os relatos de experiência, frutos de nossa memória coletiva, vêm para afirmar que há resistência e invenção clínica e política presente nos trabalhadores, familiares e

usuários que seguem saindo dos “buracos” e dos “desertos sanitários” da cidade. Isso nos encoraja à desobediência técnica e política frente à ofensiva contra a saúde mental, aprofundada a partir de 2016.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As memórias das duas experiências vivenciadas pelos profissionais expressam a resistência do cuidado no território em um contexto de precarização do SUS. Os relatos identificam que o acesso dos sujeitos à saúde mediado pela presença das equipes da Atenção Básica e do CAPS ad III no território possibilitou uma melhor qualificação na oferta de cuidado. As articulações dispostas pelos profissionais, enquanto escolhas ético-políticas de resistência pelos serviços descritos, garantiram acesso à rede de saúde para as pessoas atendidas.

As situações evidenciam que a atenção à crise nos casos graves de sofrimento psíquico exigem respostas intra e intersetoriais tecidas para além dos muros físicos dos dispositivos de saúde, centralizando o encontro entre profissionais, usuários e familiares.

No entanto, cabe pontuar ainda, que o uso da internação hospitalar no primeiro relato deve ser questionada, pois expressa a necessidade de um maior investimento em CAPS tipo III, efetivando a substituição das internações em hospitais e leitos psiquiátricos. Evidencia, ainda, uma fragilidade na implementação de serviços substitutivos na RAPS e a permanência de dispositivos manicomialis.

Portanto, afirmar o trabalho territorial na RAPS nos parece ser, também, a defesa do SUS público, gratuito, universal e de qualidade, que reconheça a esfera dos direitos sociais, trabalhistas e humanos como parte de uma luta para se tecer o lugar social da loucura.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n11/1678-4464-csp-35-11-e00129519.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em:

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.15, n.44, p.135-146, 2023

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3_d.pdf. Acesso em: 03 mar 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 7 fev. 2020

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 2 fev. 2020.

FERNANDES, Luís. O Sítio das Drogas: etnografia urbana em territórios psicotrópicos. **Revista Toxicodependências**. Portugal, v. 1, n. 2, p. 22-31, 1995.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 21, n. 44, p. 111-138, mar./ago. 2019. Disponível em:

http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf. Acesso em: 16 abr. 2021.

MIGUEL, Paulo de Tarso; MEDEIROS, Jássio Pereira. A volta dos manicômios: reflexões acerca da Nota Técnica n. 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MSN. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 14, n. 39, p. 41-61, 2022. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80699/51213>. Acesso em: 01 jul 2022.

OLIVEIRA, Edneia Figueira dos Anjos; GARCIA, Maria Lucia Teixeira. A saúde mental no orçamento da saúde. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 29, n. 1, p. 155-168, 2023. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/3334/1957>. Acesso em: 20 set. 2023.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Reorganização da Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro – Estudo para otimização de recursos**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/12/9-projeto-de-reorganização-1.pdf>. Acesso em: 17 out. 2019.

ROCHA, Andréa Pires; LIMA, Rita de Cássia Cavalcante; FERRUGEM, Daniela. Autoritarismo e guerra às drogas: violência do racismo estrutural e religioso. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 157-167, jan/abr. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/75331/45918>. Acesso em: 16 abr. 2021.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SAFFER, Denis Axelrud; MATTOS, Leonardo Vidal; MORAES REGO, Sábata Rodrigues. Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe 1, p. 147-159, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v44nspe1/0103-1104-sdeb-44-spe01-0147.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2020.