



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-Eixo: Ênfase em Concepção

TERRITÓRIO COMO CONCEITO ESTRATÉGICO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Camila Matias Guedes¹

Resumo: O Movimento de Reforma Psiquiátrica trás novos modelos de atenção em saúde mental. Portanto, pensamos aqui o Território como espaço de troca e de relações sociais entre os sujeitos. Este trabalho fará uma análise teórica sobre o conceito de Território na Política de Saúde Mental e no processo de desinstitucionalização no Brasil de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos.

Palavras-chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Território, Desinstitucionalização.

Abstrac: The Psychiatric Reform Movement After new models of mental health care. Therefore, we think of the Territory as a space of exchange and social relations between the subjects. This work will make a theoretical analysis on the concept of Territory in Mental Health Policy and in the process of deinstitutionalization in Brazil of patients from psychiatric hospitals.

Falar sobre território não é tarefa fácil, mesmo entendendo esta como uma das categoriais centrais no campo da saúde e especificamente na saúde mental. Porém, mesmo estando na base do processo de trabalho da saúde e da saúde mental, pensando pela via dos princípios norteadores do SUS e da Reforma Psiquiátrica, o Território é uma categoria que deve ser retomado e pensado a todo o momento.

Importante ressaltar, que o Território entra como uma categoria importe na Saúde e no campo da Saúde Mental, a partir dos movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. O movimento de Reforma Psiquiátrica, segue orientações importantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde que segundo Bravo, a discussão da questão da Saúde “(...) ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.” (BRAVO, 2009). É na 8ª Conferência Nacional de Saúde que a questão Saúde é colocada para a além de uma visão individual orientada pela Medicina Preventivista e grandes organizações, para uma visão macro, entendendo o processo saúde – doença ligado ao modo de produção capitalista que segue um contexto de exploração da força de trabalho e desigualdades sociais a partir da lógica de acumulação do capital. Segundo Amarante:

Uma nova concepção de Saúde surgiu desta conferência – a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado – e permitiu a definição e alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: camila.m.guedes06@gmail.com.

implicaram nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida (AMARANTE, p. 77, 1995).

Estes princípios norteadores da 8ª conferência, vão influenciar o já em fluxo Movimento de Reforma Psiquiátrica que lutava por uma ruptura com o modelo de assistência aos portadores de transtorno mental, um modelo que rompesse com as instituições psiquiátricas. Sendo assim, é sobre os princípios norteadores da Reforma Sanitária que a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) vai se ancorar.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental consolida um novo modelo de atenção e cuidado às pessoas em transtorno mental, um modelo pautado principalmente no cuidado fora dos muros manicomial, formando então serviços de base territorial onde o cuidado é articulado e construído em comunidade a fim da promoção de autonomia e cidadania do sujeito em sofrimento.

No Brasil o Movimento de Reforma Psiquiátrica teve fortes influências das alternativas internacionais de modelos de assistência substitutivos do modelo manicomial, as principais datam da década de 1960, são as alternativas italianas como a psiquiatria democrática e seu projeto de transformação institucional (AMARANTE, 1995) promovido pelo médico psiquiatra Franco Basaglia. Com uma crítica radical ao saber médico psiquiátrico instituído e suas práticas alienantes de cura e remissão de sintomas, a experiência italiana, junto com outras experiências internacionais, se revelaram não apenas como praticas substitutivas de lidar com a loucura, mas como uma denúncia declarada aos grandes manicômios, nomeados por Goffman de “Instituições Totais”². Segundo Amarante:

Ao admitir ao louco uma identidade marginal e doente, a medicina torna a loucura ao mesmo tempo visível e invisível. Criam-se condições de possibilidades para a medicalização e a retirada da sociedade, segundo o encarceramento em instituições médicas, produzindo efeito de tutela e afirmando a necessidade de enclausuramento deste para a gestão de sua periculosidade social. Assim o louco torna-se invisível para a totalidade social e, ao mesmo tempo, torna-se objeto visível e passível de intervenção pelos profissionais competentes, nas instituições organizadas para funcionarem como lócus de terapeutização e reabilitação – ao mesmo tempo, é excluído do meio social, para ser incluído de outra forma em um outro lugar: o lugar da identidade marginal da doença mental, fonte do perigo e desordem social. (AMARANTE, 1995, p. 46)

A loucura passa a ser objeto da medicina a partir de Philippe Pinel, que tem como principal proposta de tratamento para o louco o isolamento do mundo exterior. Para ele o isolamento a partir da hospitalização permitiria observar a “alienação em seu estado puro” (AMARANTE, 2007). O isolamento, para Pinel se associava a produção de conhecimento sobre a loucura. Para além de um lugar para o louco, que foge a ordem social, com fins

² “Instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos como situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1974, p.11).”

terapêuticos, o hospital se tornava o meio pelo qual o saber médico poderia observar, estudar, analisar e classificar os distúrbios mentais com o fim de curá-los. O manicômio então exerce a função concreta de exclusão da sociedade daquele que foge a norma, do sujeito dado como perigoso e ao mesmo tempo doente, ao qual necessita de tratamento terapêutico.

O paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade (AMARANTE, 1995, p.46-47).

Essas reformas tinham o objetivo maior do que a crítica aos maus tratos e violências ocorridas nas instituições psiquiátricas, e maior do que a simples humanização do manicômio. Essas reformas buscavam uma mudança política e social na compreensão do que é a loucura e de como coexistir com ela em liberdade. Segundo Amarante (1995) a tradição basagliana afirma a necessidade de uma mudança radical nas relações instituídas pelo saber médico, o sujeito adoecido precisava se tornar o protagonista das ações terapêuticas e reconquistar sua liberdade em sociedade. Os passos dados pelas reformas italianas eram do início de um movimento político, reorientando as relações econômicas e sociais à centralidade, estabelecendo o lugar de privilégio aos movimentos sociais que confrontavam o poder hegemônico das grandes instituições psiquiátricas.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica, que tem sua gênese no Brasil nos anos de 1970, com a redemocratização e a partir de movimentos sociais importantes como o MTSM – Movimento dos trabalhadores da Saúde Mental. Segundo Amarante (1995), é a partir do MSTM que emergem as primeiras propostas de reformulação do sistema de assistência e fortalece o debate e o pensamento crítico ao saber psiquiátrico. O MTSM se lança sobre o debate de melhores condições de trabalho e salarial e da situação de regularização trabalhista ao qual os trabalhadores da saúde mental estavam passando. Para além das pautas de organização corporativa, o movimento também colocava em cheque a assistência aos pacientes dos grandes hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro geridos pela Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM.

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Ministério da saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005, p.6)

Foi um longo caminho desde o início do movimento de Reforma na década de 1970 até a promulgação da lei nº 10.216 em 2001, passando pela implantação dos primeiros

serviços alternativos da assistência hospitalar na cidade de Santos-SP, os NAPS, que se tornam um marco no Movimento de Reforma. Em 1989 tramita no congresso o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado, que somente após 12 anos é sancionada no país. Importante ressaltar que em 1988 com a nova Constituição brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, haverá rebatimentos importantes no movimento de Luta pela Reforma Psiquiátrica e na criação de novas formas de assistência aos portadores de transtornos mentais.

A lei 10.216/01, estabelece uma nova forma de assistência em saúde mental, redirecionando e privilegiando os serviços de base comunitária como os principais responsáveis pelo cuidado em saúde mental, compostos por equipes multiprofissionais que atuem de forma horizontal, sem hierarquias, retirando assim a centralidade do poder médico do cuidado, rompendo com as formas tradicionais de tratamento instituídas nos serviços hospitalares e asilares. Além disso, a lei dispõe sobre a proteção dos direitos dos portadores de transtornos mentais, estabelecendo a internação em hospital psiquiátrico apenas como última alternativa no tratamento.

Apesar de direções importantes para a assistência em saúde mental e para a Reforma, a lei não define a extinção total dos manicômios que gradualmente vêm fechando as portas, pela ainda permanente luta do Movimento de Reforma Psiquiátrica, que, ainda não se vê construída e findada. Com o avanço das políticas neoliberais, em curso mais fortemente a partir dos anos de 1990, as políticas sociais que começavam a tomar corpo a partir da nova Constituição acabam sofrendo rebatimentos para sua concretude, além de retrocessos significativos e a geração de políticas sociais precárias e focalistas como ocorreu com a política de assistência social. Em decorrência da arrancada neoliberal, o SUS sofre para sua consolidação e também, conseqüentemente, a política de Saúde mental no Brasil. Segundo Mourão:

Mas especificamente no campo da política de saúde mental, na década de 2000, tivemos avanços significativos, dada a articulação e pressão do movimento antimanicomial, particularmente no campo legal, na diversificação da agenda e na ampliação do número de serviços de atenção psicossocial. Contudo, o cenário de fundo indicado acima produziu acentuada rotatividade dos trabalhadores, uma forte institucionalização das práticas e um número baixo de serviços efetivamente substitutivos, como os CAPSIII, serviços residenciais e bolsas do programa De Volta para Casa. A difusão do *crack* e as demandas por novos tipos de serviços adequados a complexidade do problema, após um período curtíssimo de entrada da saúde no campo das drogas, geraram uma onda de práticas manicomiais de internação forçada ou de internações em comunidades terapêuticas de cunho filantrópico, religioso ou mesmo lucrativo, que, mesmo quando voluntárias, são antagônicas aos ideais antimanicomiais (MOURÃO, 2016, p. 64)

O movimento de Reforma psiquiátrica trás novos desafios à assistência em saúde mental, um deles é o de assessorar a loucura em liberdade. Agora longe dos muros do manicômio o desafio que se coloca à saúde mental é construir circuitos de trocas nos

territórios, na sociedade, ao qual a loucura foi afastada e isolada entre grades. Este processo de construção se mostra como um desafio para além da saúde mental e do SUS, já que se faz necessário uma abertura na sociedade, para que ela possa receber a loucura em sua diversidade e no direito de habitar as ruas, a cidade, as relações sociais. Com isso, mais do que necessário é pensar o território para a compreensão ampliada do processo saúde-doença, e para a construção junto aos sujeitos de uma sociedade que receba a loucura como também parte dela.

Importante compreender que a noção de território, para a Saúde e demais políticas sociais, vai além da simples concepção geográfica. Sposati (2013, p.6) salienta que a concepção de território, *“não se confunde com uma área de abrangência, que embute a definição de um dado volume de população ou mesmo o estabelecimento de um espaço geográfico resultante de um dispositivo jurídico estatal”*. De forma similar, na saúde, o território ocupa concepções diversas, porém sempre superando a simplória noção de espaço geográfico.

A noção de território-vivo, de Milton Santos, considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares que tomam uma conotação também subjetiva. Na Saúde também utiliza-se a concepção de territórios existenciais de Guattari (1990). Os territórios existenciais, que podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas. São territórios que se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si. (CADERNO 34 da Atenção Básica, 2013, p.34, grifos do autor).

Santos (1994) vai nos descrever o território como objeto da análise social a partir do momento que deixa de ser observado como território em si mesmo, a passa a ser visto como o território de uso. Segundo ele, *“território são formas, mas território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado”* (1994, p. 16). O território se coloca como base das dimensões da vida e da sociedade, para Santos, é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais. O território também se mostra como palco de resistências, *“a arena da oposição entre o mercado – que singulariza – e da sociedade civil – que generaliza- é o território, e suas diversas dimensões e escalas”* (SANTOS 1994, p.19).

Portanto o território, é parte do processo de materialização histórica e social da realidade e mais, também se mostra como cenário da luta de classes e onde se tornam aparentes as expressões da questão social.

O território, contudo, precisa ser situado como totalidade concreta, permeado por contradições inerentes ao modo de produção capitalista nesta fase histórica, o que consiste na apropriação de elementos da crítica da economia política em relação à produção do espaço. Assim, o território expressa e é atravessado por rebatimentos e transformações do tempo presente. (ABREU, 2016, p.33).

O território se mostra como uma dimensão histórica, pois produz sua identidade em uma dinâmica de relações, e é atravessado pela dinâmica do modo de produção capitalista de acumulação que impacta de forma intensiva o território. Esses atravessamentos históricos, econômicos, políticos e culturais que permeiam o território afetam os que nele vivem e conseqüentemente os serviços e profissionais que nele atuam. A acumulação capitalista e seu processo de produção historicamente tem se apropriado do território para expansão de seus novos mercados, com isso a formação dos grandes espaços urbanos.

Podemos conceber o território como resultado das relações sociais e históricas, pois, a depender da forma de ocupação do espaço e sua transformação, a inserção ocorrerá nos ciclos do processo produtivo. Entretanto, este ciclo, como o das demais mercadorias vistas na dimensão global do capitalismo, não se esgota, por fazer parte da própria dinâmica de reprodução, como espaço de vida, de sustento, de abrigo e de lucro (ABREU, 2016, p. 36-37).

O território se apresenta como mola propulsora no processo de conhecer determinada realidade, já que este é o chão dos processos de produção e reprodução do capital e das relações sociais. O território fala dos que ali habitam e a forma como habitam. Portanto ao se pensar políticas sociais, que são expressas de forma concreta em determinados espaços através dos serviços, a observação atenta à dinâmica do território é primordial para evidenciar a concretude da vida cotidiana a fim de estabelecer integralidade no cuidado realizado pelos serviços à população de determinado território, percebendo suas singularidades.

O território nas políticas sociais emerge como panaceia, capaz de ser lócus de transformações na vida dos sujeitos no exercício cotidiano de auto-organização e superação das desigualdades e gerenciamento da vida social, daí a fragilidade da analogia de “chão das políticas sociais” (ABREU, 2016, p. 39).

No que tange a saúde mental, a Reforma Psiquiátrica ao incluir o território como categoria importante para pensar o cuidado de forma integral e ampliada, percebe este espaço como algo singular da história do sujeito antes institucionalizado, se torna necessário aos serviços substitutivos ao manicômio pensar em uma atenção horizontalizada onde o usuário do serviço passe a ser condutor do seu cuidado em saúde, ou seja, o cuidado que antes era voltado apenas e exclusivamente para diagnosticar, observar e tratar a doença, excluindo totalmente o sujeito, (usuário, cidadão), deste circuito, passa agora a ter o sujeito como o protagonista da construção de seu próprio cuidar, suspende-se então a doença para olhar o sujeito. Nessa construção do cuidado junto ao sujeito e partindo dele, deve-se considerar todas as relações sociais, culturais e de vida deste. O território de vivência passa a ser chave mestra para o processo saúde - doença. Daí, a necessidade de práticas que ultrapassem espaços convencionais e a criação de outras formas de abordagens em saúde (Souza, 2015).

Considera-se esta, também, uma clínica ampliada e transformadora, pois permite e impele os profissionais a estarem cada vez mais inseridos na comunidade; assim, começam a se integrar a uma nova rede – na qual esses indivíduos estão inseridos (...) (SOUZA, 2015, p.41).

O território, se revela como matéria prima para diversas abordagens em saúde, e até mesmo para se pensar saúde, seja em qualquer nível de complexidade que esta é produzida. Atuar e trabalhar na perspectiva do território é caminhar, literalmente, na contramão das sombras do manicômio, é pensar saúde de forma integral e ampliada, em uma perspectiva cidadã e de viabilização do direito de cidadania, principalmente quando pensamos no processo de desinstitucionalização, que não é apenas a retirada do sujeito do hospital para outro lugar (em um movimento de desospitalização) mas um processo de retorno à vida, à cidade, às relações sociais de produção e reprodução, à cidadania antes retirada deste.

A Lei 10.216/2001 se coloca como horizonte num outro modelo de cuidado aos portadores de transtorno mental, um modelo de cuidado que vem a substituir o então modelo asilar instituído por séculos. Nesta perspectiva, a Lei orienta a criação de uma rede de novos serviços assistenciais em saúde mental, que sejam de base comunitária, territorial, multidisciplinar, horizontal, com o usuário como protagonista do cuidado. Para a construção dessa rede, a lei da Reforma junto a portarias como a Portaria 52/2014, também orienta o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, a fim de vislumbrar o futuro onde o modelo asilar seja de fato extinto e o cuidado seja todo de base comunitária.

Com o fechamento dos leitos psiquiátricos, inicia-se o trabalho de saída dos pacientes institucionalizados para o regresso à cidade e seus laços sociais. O processo de desinstitucionalização prevê não a simples saída do hospital, mas o trabalho de retorno a um cotidiano já esquecido e mortificado pela institucionalização.

O retorno aos laços familiares se constitui como primeiro passo. Reforçar estes laços já esquecidos e o retorno ao seu território de origem, porém, nem sempre este caminho é possível, alguns não possuem mais parentescos enquanto outros tem seus laços familiares muito frágeis, sem condições de suporte. Para estes sujeitos, criam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, que segundo a Portaria 106/2000, são definidos como:

(...) moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, Portaria 106/2000, Art. 1º, parágrafo único)

Segundo a portaria, os serviços residenciais terapêuticos devem seguir uma direção de projeto terapêutico na qual inclui:

- a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.
- c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário. (BRASIL, portaria 106/200, Art. 4º)

Ao se vislumbrar a saída do paciente do hospital psiquiátrico para se tornar morador de uma Residência Terapêutica, este possui como suporte o Programa de Volta pra Casa (Lei nº 10.708/2003), por meio do qual os internos de longa permanência em hospitais psiquiátricos passam a contar com programa de suporte social que potencializa seu processo de alta hospitalar e reintegração social, e o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, serviço de assistência à saúde mental, fora uma rede de cuidado territorial constituída de serviços de saúde, assistência social, educação e lazer, que será construída ao longo do processo de retorno a vida fora dos muros do manicômio.

Para alguns moradores do SRT egressos de anos de internação, a residência terapêutica se mostra como uma alternativa, talvez não ideal, para aqueles que o desejo era retornar para os laços familiares já inexistentes ou fracos para seu regresso, porém para esses e outros que hoje residem no SRT, este serviço primeiro reintegra a estes sujeitos um endereço, que não é o do hospital ou de uma instituição, mas de sua casa. Ter um endereço retona uma pequena parte da cidadania perdida após anos de internação. Para além do endereço, o SRT reaproxima aquele sujeito o território antes afastado por anos. O território se constitui como parte fundamental do morar e de retorno à cidade, reconstrução da autonomia e da cidadania perdida ao longo dos anos.

Habitamos o território assim como nossa casa, é a partir de ambos que constituímos relações. Para moradores dos SRTs, o território é a extensão do morar, é ser reconhecido pelo vizinho, pelo dono da vendinha, é tomar café na mesma padaria toda a tarde e ali conversar sobre o jogo de domingo. O território produz vida e reconstrói a vida antes adormecida pela instituição.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Maria Elena Elpídeo. Território, política social e serviço social: Caminhos e armadilhas no contexto do social-liberalismo. Campinas: Papel Social, 2016.
- AMARANTE, P. (Org.) Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz , 2007.
- BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: Fundamentos e História. São Paulo: Cortez, 9º Ed, 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 10216, 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. Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. 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, novembro de 2005.
- BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete est alli (orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009. Disponível em:
WWW.fnepas.org.br/pdf/servicosociaisauade/texto1-5.pdf
- Disponível em
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>
- GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- MATOS, Maurílio Castro de. Serviço Social, ética e Saúde: Reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.
- MONKEN,Maurício e BARCELLOS, Christovam.O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: O território e o processo saúde-doença. Org. FONSECA, Angélica Ferreira e CARBO, Ana Maria D'Andrea. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

PANDE, Mariana e AMARANTE, Paulo. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2007.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, A.M. (Orgs.). Território, globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p.15-20.

SANTOS, M.R.P.; NUNES, M.O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil Interface - Comunic., Saude, Educ disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop3511.pdf>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:
http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf

Souza, Ândrea Cardoso de. Estratégias de inclusão da Saúde Mental na atenção Básica: um movimento das marés. São Paulo: Hucitec, 1ªed, 2015.

SPOSATI, Aldaíza. Território e gestão de políticas sociais. Londrina, Serviço Social em Revista. v. 16, n. 1, 2013. Disponível em:
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/18423>