

SERVIÇO SOCIAL

CRISTIAN EDUARDO BONAPAZ

**PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL COMO ESTRATÉGIA DE PROTAGONISMO
DA POPULAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DE JÚLIO**

**VILHENA
2020**

CRISTIAN EDUARDO BONAPAZ

**PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL COMO ESTRATÉGIA DE PROTAGONISMO
DA POPULAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DE JÚLIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade da Amazônia (FAMA), como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Angelita Martignago Carvalho

VILHENA
2020

CRISTIAN EDUARDO BONAPAZ

**PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL COMO ESTRATÉGIA DE PROTAGONISMO
DA POPULAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DE JÚLIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade da Amazônia (FAMA), como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Angelita Martignago Carvalho

Defesa em: 19 de junho de 2020

Link: <https://meet.google.com/ifj-jssh-xrp>

Hora: 16:00 horas

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Angelita Martignago Carvalho
(Presidente – Orientadora)

Profa. Esp. Eline da Silva Bispo
(1º membro)

Profa. Esp. Elizângela Gomes Marinho
(2º membro)

VILHENA
2020

“O mundo não se divide em pessoas boas e más. Todos nós temos Luz e Trevas dentro de nós. O que importa é o lado que escolhemos para agir. Isso é o que realmente somos.”

Sirius Black

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem por objetivo descrever e analisar a experiência do município de Campos de Júlio na área de atenção psicossocial, como dispositivo ou modalidade de organização dos serviços de saúde no âmbito de um município de pequeno porte (6.891 habitantes). É de caráter monográfico, decorrente de uma revisão do material bibliográfico e documental disponível sobre o tema. Realizando uma análise sobre o percurso da política de saúde no Brasil, ressaltando o contexto histórico, e a importância dos movimentos sociais, como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da Reforma Psiquiátrica, para a reorganização do modelo assistencial de atenção à saúde, até a construção do Sistema Único de Saúde. Uma atenção psicossocial acolhedora, que avança na perspectiva do cuidado, buscando romper com o antigo modelo assistencial hospitalocêntrico e manicomial. E reforçando também a importância de um modelo de atenção à saúde mental que esteja pautado nos princípios organizativos e doutrinários do SUS, para que todos tenham acesso à política de saúde, como preconiza a Constituição Federal de 1988, assegurando a integralidade do atendimento à população. O trabalho conclui com a experiência do município de Campos de Júlio, através da Unidade de Atenção Psicossocial Bem Viver, na promoção à saúde mental dos pacientes atendidos, com projetos que evidenciam o protagonismo e assim a emancipação do sujeito.

Palavras-chave: Reforma Sanitária; Reforma Psiquiátrica; Serviço Social; Atenção psicossocial; Sistema Único de Saúde – SUS.

ABSTRACT

This Course Conclusion Paper (TCC) aims to describe and analyze the experience of the municipality of Campos de Júlio in the area of psychosocial care, as a device or mode of organization of health services within a small municipality (6,891 population). It is monographic in nature, resulting from a review of the bibliographic and documentary material available on the topic. Carrying out an analysis of the path of health policy in Brazil, highlighting the historical context and the importance of social movements, such as the Brazilian Health Reform and Psychiatric Reform Movement, for the reorganization of the health care assistance model, until the construction of the Unified Health System. A welcoming psychosocial care, which advances in the perspective of care, seeking to break with the old hospital-centered and asylum care model. And also reinforcing the importance of a model of mental health care that is based on the organizational and doctrinal principles of SUS, so that everyone has access to health policy, as recommended by the 1988 Federal Constitution, ensuring the integrality of care to the population. The work concludes with the experience of the municipality of Campos de Júlio, through the Psychosocial Care Unit Bem Viver, in promoting the mental health of the patients attended, with projects that show the protagonism and thus the subject's emancipation.

Keywords: Health Reform; Psychiatric Reform; Social service; Psychosocial care; Unified Health System - SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCI	Centro de Convivência do Idoso
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS/MT	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRIDAC	Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ERSPL	Escritório Regional de Saúde de Pontes e Lacerda
GM/MS	Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SENAR	Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UAPS	Unidade de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 SAÚDE COMO DIREITO	10
2.1 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA	13
3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DE JÚLIO	16
3.1 CONHECENDO O MUNICÍPIO DE CAMPOS DE JÚLIO E SUA REDE ASSISTENCIAL.....	18
3.2 UNIDADE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BEM VIVER	19
3.3 PROGRAMAS E PROJETOS DESENVOLVIDOS.....	22
3.3.1 Projeto Reciclarte e Oficina Terapêutica	23
3.3.2 Projeto Sentir e Aprender.....	24
3.3.3 Grupo de Adolescentes.....	24
3.4 O SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO.....	25
3.5 PROTAGONISMO	26
3.6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
3.7 OBJETIVOS.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Após 33 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo em tempos de pandemia o sistema tenta se mostrar de maneira eficaz, já que a organização deste ainda é tensionada por interesses que tentam enfraquecer a estruturação de um sistema verdadeiramente universal, equânime e integral. Dessa sorte, ainda hoje o modelo mais evidente, ou seja, hegemônico de oferta de saúde é curativo, médico-assistencial e hospitalocêntrico, sendo um desafio operacionalizar um modelo contra hegemônico que leve em consideração os princípios do SUS.

Em 1988, com a Constituição Federal, que significou a estrutura legal do SUS, garantindo à saúde como um direito de todo cidadão e dever do Estado, todos enquanto cidadão, independente de contribuição, passou a ter direito a assistência integral à saúde. Como antes prescrito na Constituição Federal de 1988, no que se refere à saúde:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.58).

Diante de todas as mudanças ocorridas nesta área, e com a necessidade de atenção à saúde através de sistema que garantisse o acesso a esta de maneira universal, integral e descentralizado, em 1990 o SUS (Sistema Único de Saúde) tem seu início, criado pelas Leis, 8.080/90 e 8.142/90. Nele está explicitado:

Art.4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990, s/p.).

A lei orgânica da saúde, 8.080/90, complementada pela 8.142/90, regulamentou o SUS, garantindo aos cidadãos, o acesso à política de saúde. O que já havia sido promulgado na Constituição Federal de 1988.

Os movimentos de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica representaram grandes conquistas na direção de construir um sistema de saúde e uma rede de

serviços que respondessem aos critérios de universalidade, integralidade, equidade, participação social, e que fossem capazes de efetivar, na prática, a crítica ao modelo de tratamento precedente, baseado no isolamento asilar, na discriminação social e na punição dos indivíduos diagnosticados como portadores de doença mental.

Porém, junto com essas conquistas surgiram novos desafios. Nessa esteira, talvez um dos mais importantes seja como construir uma rede de serviços capaz de cumprir com os objetivos traçados pela política nacional de saúde mental preconizada a partir da Reforma Psiquiátrica em um contexto que não chega de forma integral em todos os municípios do país, em especial aqueles de pequeno porte.

Pretendemos demonstrar, por meio do presente trabalho de conclusão de curso, que a promoção em saúde mental, responde precisamente à essa necessidade de moldar a nova rede assistencial de acordo com a orientação da política de saúde mental e que o protagonismo da população precisa ser reforçado para emancipação do sujeito.

O trabalho que ora apresentamos é de caráter monográfico, resultante da revisão do material bibliográfico disponível no país sobre o tema e documental na Unidade de Atenção Psicossocial Bem Viver, consultado durante o período de estágio na referida unidade. O objetivo principal é apresentar como ações em municípios de pequeno porte podem impactar na vida de pacientes com transtornos mentais e romper com estigmas.

O trabalho está estruturado em três seções, incluindo esta primeira e breve introdução. Na segunda seção serão abordados aspectos do direito à saúde e o período de redemocratização do país que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS e o Movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil.

A terceira seção é dedicada a descrever e analisar a criação da Rede de Atenção Psicossocial, a inserção do Serviço Social nos processos de saúde mental e a experiência do município de Campos de Júlio com a Unidade de Atenção Psicossocial Bem Viver, com ações de promoção à saúde mental e o protagonismo dos pacientes.

2 SAÚDE COMO DIREITO

No ano de 1948, com o fim da segunda Guerra Mundial, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou e proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUHD), entre os quais, destaca-se aqui, o Direito Humano à Saúde e da proteção da vida (DUDH, 1948, s/p.). No entanto, para que esse processo fosse introduzido no Brasil, demorou ao menos 40 anos, passando a internalizar esses valores a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou, dos artigos 196 a 200, o conceito ampliado da saúde, bem como responsabilizou o Estado pela sua garantia e pela concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do processo de redemocratização na década de 1980, sendo considerado como peça chave a 8ª Conferência Nacional de Saúde. (OLIVEIRA, 2012, p. 329).

Durante a abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o sanitarista Sergio Arouca em seu discurso defendeu a ideia de que “Democracia é Saúde”. Naquele momento o país vivia o período de redemocratização política e a Conferência fez a associação da Democracia com a Saúde, mobilizando a sociedade brasileira na defesa da ampliação do conceito sobre Saúde, elevando-a à condição de Direito. De acordo com Arouca conseguir a democracia era o “ponto de partida” para se ter saúde, ou seja, “a saúde está diretamente relacionada ao conceito de democracia”.

(...) saúde não é simplesmente ausência de doença: "é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...)". (AROUCA, 1986).

A definição de que a saúde compõe um direito de todas as pessoas e grupos não é uma invenção do processo de reforma sanitária brasileira e tampouco foi inserido na Constituição Brasileira de forma inédita. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) promulgada em 1948 menciona em seu artigo 25 que:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (DUDH, 1948, s/p.)

O conceito de saúde decorrente da DUDH exige que saúde seja entendida como direito humano, o qual deve ser universal, ou seja, que se trata de uma condição que deve ser acessível para todos: pobres, ricos, brancos, negros, índios, mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores formais e informais, quilombolas, populações ribeirinhas, população em situação de rua, não devendo haver privilégio de uns em detrimento de outros.

Além disso, significa que outros direitos, como: educação, moradia, alimentação, emprego e renda são também fundamentais para que as pessoas possam ter saúde, portanto, não devemos separar os direitos, entendendo que um não é mais importante que o outro, pois todos são fundamentais para a sociedade. A Constituição Federal de 1988 registra esse reconhecimento, quando absorve o conceito ampliado de saúde no entendimento do que ela representa para as pessoas e coletividades, onde diz em seu Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2016, p. 118)

Este conceito de saúde como direito humano teve sua concepção referendada pelo movimento da reforma sanitária brasileira, que agregou profissionais de saúde, professores universitários, lideranças sindicais e comunitárias, que juntos lutavam por um novo modelo de sociedade e de estado que garantisse direitos sociais a todos os brasileiros.

Até o início da década de 1980, o acesso à assistência e à saúde no sistema público era restrito na maior parte das condições aos contribuintes da previdência social. Como afirma Paim (2009):

Somente brasileiros que estivessem vinculados ao mercado de trabalho formal e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da Previdência Social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições

filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios. Como o direito a saúde não estava vinculado à condição de cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes, bem como os de seus familiares (PAIM, 2009, p. 33).

Assim, essa assistência, que vulnerabilizavam as pessoas, gerava ainda mais vulnerabilidade, com maior afastamento ao trabalho e fragilização econômica. Mathias (2018, s/p.) traz uma reportagem da década de 70:

Os serviços de saúde no Brasil atendem basicamente às necessidades dos grupos sociais de maior poder aquisitivo. São serviços voltados para a recuperação e não para a prevenção, concentram-se na solução de problemas degenerativos que afligem as camadas mais bem situadas na escala social, quando as doenças infecciosas ainda são responsáveis por grande parte da mortalidade e morbidade da população brasileira. Estes serviços têm ainda uma tendência marcante à sofisticação e à complexidade. Respondem aos interesses dos produtores de insumos, de equipamentos e aos produtores de serviços. A população, neste contexto, deixa de ser sujeito para ser mercadoria manipulada pelas forças de mercado. Essa descrição abre uma reportagem do jornal Folha de S. Paulo, em 1977. (MATHIAS, 2018, s/p.)

Esse registro, pertence a história da saúde no Brasil, principalmente em populações do campo e das periferias urbanas, que podemos assim concluir que aqueles que precisassem acessar os serviços de saúde na época tiveram a necessidade de venda de patrimônio pessoal e familiar, inclusive aquele que garantia o sustento, para acessar meios de tratamento das doenças.

Em 1988 é promulgada a nova constituição, chamada de “Constituição Cidadã” na qual a Saúde passou a ser considerada um dos tripés da Seguridade Social, junto com a Assistência Social e a Previdência Social. No artigo 196 a Saúde é delineada como direito de todos e dever do Estado.

Após essa conquista, ainda era preciso a criação da lei que tornaria operacional o que estava previsto na constituição, essa viria a ser aprovada em 19 de setembro de 1990. Assim, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências – sofreu alguns vetos, sendo que alguns destes foram reparados na Lei nº 8.142 de 23 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá

outras providências. Por isso, considera-se que estas duas leis compõem o que se chama de Leis Orgânicas do SUS. Como afirmou Paim (2009):

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes diversos estudos e proposições para a RSB. O relatório final do evento inspirou o capítulo “Saúde” da constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiriam a implantação do SUS. Na medida que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro (PAIM, 2009, p. 40).

O SUS representa uma conquista da sociedade brasileira porque promove a justiça social, com atendimento a todos os indivíduos. Assim como a conquista do SUS é fruto dos movimentos sociais a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica foram movimentos sociais e de intelectuais para mudar o perfil da assistência de saúde no país.

2.1 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA

No Brasil, antes do início das Reformas Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, o modelo de assistência à saúde mental era centrado no hospital psiquiátrico e no modelo manicomial, baseado no encarceramento do louco promovendo sua exclusão e o esfacelamento dos laços sociais. Este modelo, longe de propor tratamento, gerava cronificação de seu transtorno, mais sofrimento e segregação. (TENÓRIO, 2002, p. 34)

Ao final da década de 70 ocorreram lutas por transformações desse cenário que produziram efeitos nos campos normativo e ético-político para defesa dos direitos dos usuários, através de ações inclusivas, humanizadas e com a criação e ampliação da rede de atenção psicossocial. O processo de reforma psiquiátrica adquire, a partir de 1978, como um movimento social de base ao adotar o lema “Por uma sociedade sem manicômios”,

[...] que significou abraçar a bandeira da eliminação progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros tipos de equipamentos comunitários, territorialmente circunscritos e voltados para a inserção social dos usuários, como passam a ser chamados os “doentes mentais”, no contexto de recuperação de sua cidadania, identidade e condições de sujeitos (PASSOS, 2009, p. 159).

Fruto de um projeto de lei, que tramitou por 12 anos no Congresso Nacional, a Lei Federal nº 10.216/01, mais conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e territorial, ou seja, por tratamento em um modelo assistencial que privilegie a inclusão no meio social, o respeito à cidadania e o convívio com a família.

Dentre os avanços conquistados pelo início da Reforma Psiquiátrica destaca-se o processo de desinstitucionalização que envolve, não apenas a desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos, mas fundamentalmente a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todos, considerando a transversalidade (atenção em todos os níveis) e a intersectorialidade (incluindo outras áreas além da saúde, como justiça, educação e assistência social).

Em 2011, cria-se então, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, composta por componentes de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura), de Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades), de Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24h, Pronto Socorro e Unidade Básica de Saúde), de Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial), de Atenção Hospitalar (Enfermaria Especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência), de Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços de Residência Terapêutica e Programa de Volta para Casa) e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais). (BRASIL, 2011, s/p.).

Na RAPS, destaca-se a importância dos CAPS em suas modalidades para transtornos mentais, para usuários de álcool e outras drogas, infantil e 24 horas, com serviços de natureza essencialmente pública, de base municipal e territorial, constituindo-se como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, reguladores da porta de entrada da rede assistencial no âmbito de seu território, evitando internações, cumprindo com o Art. 4º da Lei 10.216/2001 que diz:

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001, s/p.)

A política de saúde mental deve estar pautada nos princípios constitucionais do SUS e comprometida com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948, s/p.), sobretudo em seu Art. 5º que dispõe que “Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante”. Portanto, não devemos nos orientar por práticas tidas terapêuticas, mas que foram historicamente utilizadas indiscriminadamente como instrumento de tortura, sem efetivas comprovações de eficácia no tratamento da loucura, mas que eram fundamentalmente antiéticas.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS, 2016, s/p.) a saúde mental depende da sustentação do respeito e proteção aos direitos básicos civis, políticos, socioeconômicos e culturais. “A saúde vai além da mera ausência de doenças, só é possível ter saúde quando há bem-estar físico, mental e social”.

Com a afirmação da OPAS, percebemos que as ações de promoção a saúde mental são essenciais para uma saúde completa, e esta promoção será apresentada no capítulo a seguir com a experiência do município de Campos de Júlio, o qual desenvolve projetos que promovem ações de saúde mental à população e traz resultados satisfatórios com esta política de saúde, tendo em vista que o objetivo é sempre visar o bem-estar de todo cidadão que dela necessitar.

3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DE JÚLIO

Afirmar que a era asilar tenha sido superada no Brasil, considerando que, em muitos casos, a internação em hospitais psiquiátricos como ato de exclusão e isolamento ainda persiste em muitas localidades. O que se pode afirmar é que a assistência à saúde mental no Brasil apresenta uma clara tendência para a perda de preferência institucional do hospital psiquiátrico e aponta para uma nova tendência no modelo assistencial. Mas, o fato de um serviço ser externo não garante sua natureza não-manicomial e sua qualidade. Uma das críticas mais contundentes da Reforma Psiquiátrica diz respeito à identificação de certo processo de “reinstucionalização” nas políticas de saúde mental, que é demonstrado pela configuração de um modelo assistencial, centrados no CAPS como a principal estratégia. (AMARANTE e TORRE, 2010, p. 130).

No SUS, a Rede de Atenção Psicossocial foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que consolidou a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, com serviços de base territorial e comunitária, substituindo, portanto, o modelo hospitalocêntrico e manicomial. O conceito de território é fundamental para a saúde, pois não se trata apenas de uma área geográfica, mas também de um determinado espaço onde se desenvolvem relações sociais, afetivas e histórico-culturais. Para Ceccim (2005, p. 983):

O território de que falo não é físico ou geográfico: o trabalho ou a localidade. O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho. Desejam-se como efeito de aprendizagem a prevalência da sensibilidade, a destreza em habilidades (saber fazer) e a fluência em ato das práticas. Para habitar um território será necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos, não somente cognitivos, não somente técnicos e não somente racionais, mas políticos, comunicacionais, afetivos e interativos no sentido concreto, isto é detectável na realidade. (CECCIM, 2005, p. 983).

A articulação dos profissionais no território deve ser em rede, de modo a promover a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento. Uma rede é formada, à medida que vão ocorrendo articulações com pessoas de outras instituições, associações, cooperativas e variados

espaços das cidades, para garantir o direito à cidadania e o cuidado em liberdade. Para Trapé e Onocko-Campos (2017, p. 4) essa rede é configurada com:

Os pontos de atenção existentes são organizados por eixos verticais: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; reabilitação psicossocial. Neste componente ficam claras a diversificação das unidades e a congruência da política oficial com as mudanças produzidas no modelo assistencial nas últimas décadas. (TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017, p.4)

Na RAPS, fica claro o intuito de alterar a lógica de funcionamento das internações. Ela define os “hospitais de referência” como ponto de atenção, faz ressalvas para o cumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001) e tenta estipular o tempo de internação como curta permanência. Coloca os CAPS como centrais na proposta organizativa das RAPS, além de ser o organizador do fluxo assistencial para o nível hospitalar.

Dentro da RAPS a atenção psicossocial é composta por um processo social, complexo na constituição de seu modelo de cuidado. Envolve a participação do usuário, revisão de conceitos relacionados às práticas de serviços e trabalhadores, destacando a importância do cuidado humanizado e do diálogo intersetorial em saúde mental. (VASCONCELOS et al, 2016. s/p.).

Assim, para trabalhar em uma mudança do paradigma de um cuidado fragmentado na área da saúde é pertinente conhecer os serviços que compõem a rede de saúde mental. Com vistas a operacionalizar o encaminhamento entre os pontos dessa rede, é necessário atentar para o diálogo intersetorial. Atualmente, a saúde mental tem desafios importantes, como a articulação com a rede de urgência e emergência, comunicação e trabalho com a atenção básica, qualificação e expansão de serviços de base territorial e intersetorialidade nas ações de saúde mental (CARDOSO et al, 2016. s/p.).

O Serviço Social passou a interagir na área da saúde mental entre as décadas de 1930 e 1940, porém é a partir do período pós Segunda Guerra Mundial, que principalmente sob a influência norte-americana, tendo um crescimento maior na atuação a partir de 1948, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS), concebeu a ideia de saúde mental, não mais como a mera ausência de saúde. Para Robaina (2010, p. 346), o serviço Social:

Tradicionalmente na saúde mental, vem sendo dirigidos aos assistentes sociais o trabalho com famílias. Embora esse tipo de trabalho não seja atribuição exclusiva do Serviço Social, nem mesmo como objeto de estudo, é seguro afirmar que entre as categorias profissionais típicas da equipe de saúde mental, é esta profissão quem tem o maior lastro de conhecimento e trato nessa área. (ROBAINA, 2010, p. 346).

A atuação do Serviço Social na Política de Saúde Mental tem se constituído tema de debates entre a categoria dos assistentes sociais, que tem buscado refletir sobre as estratégias para oferecer materialidade às atribuições profissionais a partir do trabalho nessas instituições. Esse trabalho, segundo Robaina (2010, p. 145), não está vinculado ao campo do saber *psi*, mas busca contribuir no campo teórico prático para a identificação dos determinantes socioeconômicos da população usuária do serviço, como também identificar as particularidades das expressões da questão social que é expressa no cotidiano profissional.

Segundo a Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, os municípios com população acima de 15.000 mil habitantes, podem solicitar a implantação do CAPS I, sendo caso aceito, custeado com subsídio federal e contrapartida do município (Brasil, 2011, s/p.). E a população que está nos municípios de pequeno porte? Só fica “louco” quem mora em município com mais de 15 mil habitantes?

A Política Nacional de Saúde Mental prevê que os serviços de saúde de municípios de pequeno porte, devem estar inseridos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que parece ser um desafio significativo a ser superado no campo das políticas públicas brasileiras, principalmente nos estados das regiões Centro-oeste e Norte que tem barreiras naturais e geográficas (distância entre municípios, rios, estradas sem asfalto, etc.) muitas vezes intransponíveis para enfrentarem, como é o caso do município de Campos de Júlio, o qual veremos a seguir bem como sua realidade no que se refere ao atendimento psicossocial.

3.1 CONHECENDO O MUNICÍPIO DE CAMPOS DE JÚLIO E SUA REDE ASSISTENCIAL

O município de Campos de Júlio, segundo o Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campos de Júlio de 2019, foi emancipado no ano de 1994, está situado ao noroeste do Estado de Mato Grosso, tem uma população

estimada pelo IBGE/2019 de 6.891 habitantes, com área territorial de 6.802 km² e tem como principal atividade econômica a agricultura, sendo grande parte de seu território constituído de terras ativas, com plantios principalmente de soja, milho, feijão, girassol, cana-de-açúcar e algodão. Além desta característica, destacam-se a usina de álcool, localizada na Comunidade Alto Juruena, distante 73 km da sede do município, e o grande potencial hidroelétrico que atualmente conta com nove Pequenas Centrais Elétricas construídas, 1 em fase final de construção e projetos para construção de outras ao longo dos Rios Juína, Juruena e Formiga. (CAMPOS DE JÚLIO, 2020, p. 09).

A estrutura de saúde do município possui um Hospital Municipal (Hospital de Pequeno Porte) com apenas 17 leitos, duas Unidades Básicas de Saúde, Centro de Reabilitação, Unidade de Atenção Psicossocial, Laboratório de Análises Clínicas, Central de Regulação, Vigilância em Saúde (Sanitária, Ambiental, Epidemiológica e de Saúde do Trabalhador), Academia da Saúde (um polo e duas da Terceira Idade), Farmácia Básica e Secretaria de Saúde. (CAMPOS DE JÚLIO, 2020, p. 19).

3.2 UNIDADE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BEM VIVER

A Unidade de Atenção Psicossocial Bem Viver (UAPS) é uma instituição pública da rede de serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campos de Júlio, componente da Rede de Atenção Psicossocial, que atende o serviço ambulatorial em psicologia, serviço social e oficinas terapêuticas, criada para atender de forma humanizada os pacientes de Saúde Mental do município. (PEGORER, 2013, s/p.)

A criação da unidade, em 2013, foi motivada pela grande demanda de pacientes de Saúde Mental, apesar do tamanho do município à época de aproximadamente 6 mil habitantes, e a distância do serviço de referência que era o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Pontes e Lacerda/MT, distante 285 km. A Atenção Básica oferecia o suporte necessário e os casos de crise atendidos no Hospital Municipal de Campos de Júlio eram encaminhados, quando necessário, para o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho, em Cuiabá/MT, distante 740 km. (PEGORER, 2013, s/p.)

O perfil econômico do município de Campos de Júlio, essencialmente agrícola, atrai pessoas de todas as regiões do país e até imigrantes, que estando

distantes de seus núcleos familiares e de sua cultura, estão mais suscetíveis a apresentarem problemas relacionados ao uso e abuso do álcool e outras drogas, bem como o de transtornos mentais, em especial a depressão e a ansiedade. Inclusive alguns estudos apontam a exposição aos agrotóxicos no desenvolvimento de doenças e agravos, conforme aponta Morin (2016):

Estudo com trabalhadores rurais do Estado do Rio Grande do Sul avaliou a relação entre a prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores expostos a agrotóxicos [...]. Evidenciou-se aumento do risco em 50% para o desenvolvimento de transtornos mentais menores entre aqueles que utilizam organofosforados. A pesquisa igualmente apontou que a exposição cumulativa aos agrotóxicos é um fator de risco para depressão. Nesse ínterim, estudo no Estado do Rio Grande do Sul, mostrou que indivíduos em contato com agrotóxicos apresentam 2,5 vezes mais chances de desenvolver doenças neurológicas e 2 vezes de apresentar síndromes dolorosas comparados a indivíduos que não tiveram contato com substâncias químicas, utilizadas na agricultura. (MORIN, 2016, p. 32).

Ainda, à época da criação, haviam pacientes egressos das Comunidades Terapêuticas que não finalizam o tratamento e necessitavam de acompanhamento. O Centro de Referência de Assistência Social – CRAS de Campos de Júlio não ofertava suporte necessário para promover a ocupação (empregos) ou outras formas de geração de renda, prejudicando assim o tratamento e a reinserção social. Por esses motivos elaborou-se, em 2013, o projeto Reciclarte – Reabilitação Psicossocial pela Arteterapia – e submetido à seleção de projetos do Ministério da Saúde, sendo contemplado com o valor de R\$ 15.000,00 para aplicação em materiais de consumo.

Em pesquisa documental feita pelo autor, foi possível obter informações para elaboração do quadro 01, que assim demonstram o avanço enquanto política pública inclusiva.

Quadro 01 – Levantamento histórico da Unidade de Atenção Psicossocial Bem Viver. Município de Campos de Júlio, 2012 a 2019.

Ano	Descrição
2012	Escritório Regional de Saúde de Pontes e Lacerda (ERSPL) propôs a implantação de um CAPS regional entre os municípios de Campos de Júlio e Comodoro para suprir o vazio assistencial em saúde mental na região.
02/2013	Aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde de Campos de Júlio a implantação do CAPS regional, com sede em Campos de Júlio.
04/2013	Construção do instrumento de formalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Campos de Júlio.
10/2013	Elaboração do Projeto Reciclarte e submissão a seleção de projetos do Ministério da Saúde.
02/2014	Oficina de consolidação da RAPS regional em Pontes e Lacerda/MT.
03/2014	Início das atividades da Oficina Terapêutica com 4 pacientes (mulheres).

05/2014	Indicação pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS/MT) para representá-lo como membro do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial de Mato Grosso.
06/2014	Visita ao CAPS de São José dos Quatro Marcos/MT, na região de Cáceres/MT, pela equipe de Campos de Júlio; Início das atividades do CAPS de Campos de Júlio.
10/10/2014	Lançamento oficial com solenidade de inauguração da instituição.
2015	Ampliação do número de pacientes na Oficina Terapêutica.
2015	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso deu parecer contrário a implantação de CAPS em Campos de Júlio por não atender a critérios populacionais (mínimo de 20 mil habitantes).
2016	Ampliação do número de pacientes na Oficina Terapêutica, início da Oficina Terapêutica Masculina e Oficina Terapêutica de papel reciclado, estendendo atendimento às deficientes visuais.
08/2016	Ratificação da institucionalização da unidade, criando identidade visual e nominal única no país como Unidade de Atenção Psicossocial (UAPS) para o serviço e inclusão no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
2017	Mudança de endereço para prédio na Avenida Brasília, junto com a Unidade Descentralizada de Reabilitação Bom Jesus.
03/2017	Participação da mostra de experiências exitosas do COSEMS/MT sendo classificação para a mostra nacional.
06/2017	Participação da Mostra Brasil Aqui Tem SUS do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), sendo premiado com a gravação de um web documentário, como melhor experiência do estado de Mato Grosso.
12/2017	Pacientes das Oficinas Terapêuticas participam do Curso de Agricultura Familiar promovido pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR) e visita dos professores do curso ao Projeto Reciclarte.
04/2018	Visita do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) do município de Nobres/MT à UAPS e Projeto Reciclarte para conhecer e implantar projeto de saúde mental no município.
05/2018	Início das atividades com grupo de adolescentes de automutilação e prevenção ao suicídio.
06/2018	Gravação e lançamento do "WebDoc Brasil, Aqui Tem SUS". Os web documentários Brasil, Aqui tem SUS mostraram as experiências exitosas das secretarias municipais de saúde de todas as regiões do país premiadas durante a 14ª Mostra Brasil, Aqui tem SUS, realizada no 33º Congresso CONASEMS.
09/2018	Reestruturação do Serviço Social na UAPS.
10/2018	Recebimento de Moção de Aplauso na Câmara Municipal de Campos de Júlio pelo trabalho de relevância pública desenvolvido na UAPS e pelo reconhecimento a nível nacional da experiência exitosa.
2019	Ampliação do número de pacientes na Oficina Terapêutica, início do 4º grupo de Oficina Terapêutica.
07/2019	Indicação ao Prêmio "Nise da Silveira" de Boas Práticas e Inclusão em Saúde Mental da Câmara dos Deputados, através do Deputado Federal José Medeiros (requisito de inscrição).

Fonte: BONAPAZ; 2020.

O Prêmio "Nise da Silveira" de Boas Práticas e Inclusão em Saúde Mental é uma forma de reconhecimento e incentivo às pessoas e instituições que contribuíram ou têm contribuído ativamente na política de cuidado sustentada no respeito integral às pessoas que se encontram em sofrimento psíquico e situação de vulnerabilidade.

Seu nome homenageia a médica psiquiatra Nise da Silveira, que é reconhecida por humanizar o tratamento psiquiátrico no Brasil. (BRASIL, 2019, s/p.)

Quando observamos a cronologia da instituição apresentada no quadro 01 percebemos a evolução e a transformação constante, de forma ascendente, do trabalho desenvolvido, bem como seu reconhecimento a nível municipal, estadual e federal.

A unidade tem como objetivo atender pacientes de saúde mental de maneira a proporcionar melhora nos sintomas, descoberta de habilidades, desenvolvimento de potencial criativo e reorganização interna dos usuários, favorecendo a ampliação do campo das relações sociais destes e de seus familiares, e conduzindo para a desestigmatização da doença mental.

Apesar da complexidade e abrangência do objetivo, a instituição busca atingi-lo por meio da terapia individual, terapia em grupo, rodas de conversas, visitas domiciliares, arteterapia e com trabalho multidisciplinar com os demais serviços da Secretaria Municipal de Saúde e intersetorial com as Secretarias Municipais de Assistência Social, Educação, Cultura, Esporte e Lazer, Agricultura e Meio Ambiente.

As atividades que são desenvolvidas na UAPS são principalmente voltadas para a Política Social da Saúde, no entanto, as atividades das Oficinas Terapêuticas proporcionam e contribuem para a geração de renda familiar dos usuários atendidos, como também a inserção no convívio social, deste modo, relacionando-se com a Política Social de Assistência Social.

3.3 PROGRAMAS E PROJETOS DESENVOLVIDOS

Além das atividades cotidianas da unidade (atendimento individual, em grupo, rodas de conversas e visitas domiciliares) desenvolve projetos próprios (Reciclarte, Oficina Terapêutica – Um Novo Olhar, Projeto Sentir e Aprender e Grupo de Adolescentes), participa com as Equipes de Saúde da Família no Programa Saúde da Escola (PSE)¹, colabora com o CRAS nas atividades do Centro de Convivência do Idoso (CCI), no Projeto Maria da Penha do CRAS e também em atividades culturais com a exposição dos trabalhos da Oficina Terapêutica promovidas pela Secretaria

¹ O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. (BRASIL, 2017).

Municipal de Cultura e ainda realiza atividades alusivas e comemorativas relacionadas com o tema Saúde Mental.

3.3.1 Projeto Reciclarte e Oficina Terapêutica

O Reciclarte é um projeto de reabilitação psicossocial pela arteterapia, desenvolvido na Unidade de Atenção Psicossocial Bem Viver com o objetivo principal de incentivar a confecção de artesanatos com princípio a reciclagem no espaço chamado de Oficina Terapêutica. Teve início a partir de uma “Chamada de Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão Social na RAPS” pelo Ministério da Saúde em 2013. Para o CONASEMS:

A iniciativa consiste na reabilitação psicossocial desses pacientes pela arteterapia e tem como atividade principal a confecção de artesanatos feitos de material reciclado. São atendidos pela oficina terapêutica, em média, 30 pacientes, dos quais a maioria está no projeto desde seu início, em 2014. Com as atividades proporcionadas pelo ReciclARTE, constatou-se que eles apresentaram significativa melhora em seus quadros psiquiátricos, incluindo a diminuição de sintomas associados às doenças e o desenvolvimento de outras habilidades. A inclusão no projeto significou também o início do desenvolvimento de atividades voltadas a sua sustentabilidade econômica. O acompanhamento é realizado por uma equipe que observa a frequência dos pacientes e, quando há faltas não justificadas, realiza visitas ao domicílio e busca ativa. Os atendimentos na oficina são avaliados em reuniões técnicas periódicas, que analisam as reações de cada usuário, sua progressão, evolução e interação com o grupo. Observou-se que a aprendizagem proporcionada levou à descoberta de habilidades e à compreensão de que a conquista maior está além da confecção de objetos reciclados, mas, na possibilidade de resgatar a autoestima e bem-estar de cada um. (CONASEMS, 2018, p. 20).

A Oficina Terapêutica é o espaço terapêutico de socialização, aprendizagem, recuperação e reinserção social, realizado por equipe multiprofissional, por meio da arteterapia, rodas de conversa, terapia em grupo, momentos de confraternização e de lazer, para desenvolvimento de habilidades e melhora das patologias individuais.

Os pacientes atendidos são encaminhados, geralmente, pelas Equipes de Saúde da Família, e inseridos após avaliação psicológica. Atualmente estão distribuídos em 4 turmas, de livre frequência, que desenvolvem atividades de artesanato, pintura, corte e costura, bordado e de trabalho com papel, alocados conforme a habilidade de cada um.

3.3.2 Projeto Sentir e Aprender

O Projeto Sentir e Aprender tem como objetivo estimular os diversos canais sensoriais de forma integrada, favorecendo a criança a reconhecer seu próprio corpo, suas funções e as sensações, desenvolvendo a percepção sensorial, presentes em seu cotidiano.

Segundo Silva e Viana (2017, s/p.), através de atividades lúdicas, sensoriais e perceptivas as crianças e professores são orientados quanto a importância do desenvolvimento da psicomotricidade para que a criança tenha noção corporal, do espaço e de como o ato de se mover pode ser determinante quando está no processo de aprendizagem, assim como necessita interagir e para isso, ela carece de estabelecer comunicação, que não se dá apenas pela linguagem oral, mas também pelos gestos.

3.3.3 Grupo de Adolescentes

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial que pode afetar indivíduos de diferentes origens, faixas etárias, condições socioeconômicas, orientações sexuais e identidades de gênero. Para Silva (2019):

Impulsividade, isolamento social, insatisfação com imagem corporal, presença de transtornos mentais, jogos de asfixia, desentendimentos com colegas, bullying, influência das mídias digitais, ruptura de relacionamentos afetivos, mau desempenho escolar, estrutura e funcionamento familiar prejudicados e histórico familiar de depressão e suicídio são apontados como fatores de risco para o comportamento suicida na infância e na adolescência. Contudo, apesar de estes sinalizarem um ponto de alerta em relação à saúde mental dessa população, deve-se atentar para a natureza multifatorial deste evento, não incorrendo no equívoco de descortinarmos a questão buscando a atribuição de uma única causa a um fenômeno tão complexo. (SILVA, 2019, s/p.)

No caso de crianças e adolescentes, a sua condição de pessoas em situação peculiar de desenvolvimento exige ações que possam apoiá-los nesta fase e que contribuam para a prevenção da violência interpessoal e da violência autoprovocada.

Ao identificar situações de comportamento suicida em crianças e adolescentes, através da parceria entre as escolas do município, CRAS e Conselho Tutelar que fazem o acolhimento e o encaminhamento, os profissionais da unidade optaram por desenvolver ações de promoção à vida e diálogos sobre a temática, por meio de rodas

de conversas, oficinas e grupos, respeitando a condição da criança/adolescente de pessoa em situação peculiar de desenvolvimento.

3.4 O SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO

O Serviço Social foi inserido na Saúde de Campos de Júlio em 2010, antes disso, era exclusivo na Secretaria de Assistência Social e CRAS. Segundo pesquisa documental do autor, desde a implantação da UAPS o Serviço Social está presente. Inicialmente de forma fragmentada, pois a profissional não era exclusiva da unidade, dividindo-se entre as atividades da UAPS e do Conselho Municipal de Saúde. Em setembro de 2018 o Serviço Social foi reestruturado, ficando integralmente para a UAPS.

A constituição da profissão de Assistente Social em Campos de Júlio se deu através da Lei nº 164 de 15 de outubro de 2001, quando incluiu a Unidade Centro de Reabilitação Dom Aquino Correa na estrutura administrativa do município de Campos de Júlio, no entanto o provimento ao cargo efetivo se deu através do Concurso Público realizado em 2010. (CAMPOS DE JULIO, 2001, s/p.)

O papel do Assistente Social na instituição é atuar no sentido de minimizar as expressões da questão social (CFESS, 2010, p. 33 a 38), contribuindo com a inserção social e familiar, bem como a ampliação de sua autonomia na busca por seus direitos. Também se efetiva através do acolhimento e orientação, auxiliando os familiares no processo do tratamento, na recuperação do paciente e no fortalecimento do vínculo familiar, execução de projetos, programas e ações pautados no Projeto Ético-Político da profissão.

Com a reestruturação do Serviço Social em 2018 na unidade, a Assistente Social ganhou um novo protagonismo com participação ativa, articulação com os outros pontos da rede de forma instersetorial e multidisciplinar.

As principais demandas para o Serviço Social podem ser classificadas em duas formas: demandas institucionais (que são exigidas pela instituição para serviço social) e demandas da população usuária (solicitadas pelos usuários para o profissional). Podemos destacar como principais demandas institucionais:

- Acolhimento, atendimento e acompanhamento dos pacientes das Oficinas Terapêuticas;

- Acompanhamento de processos de concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção junto ao Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa (CRIDAC) e Centro Especializado em Reabilitação (CER II);
- Elaboração de processos de Tratamento Fora do Domicílio (TFD);
- Solicitação de visitas domiciliares e busca ativa pelas Equipes de Saúde da Família;
- Aconselhamento Familiar no Processo de Laqueadura/Vasectomia.

Da população usuária podemos subclassificar em duas demandas, sendo a espontânea, cuja maior demanda é a de orientação sobre benefícios assistenciais e a referenciada:

- Concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;
- Uso e abuso de álcool e outras drogas;
- Atendimento multiprofissional da pessoa com deficiência, em especial a deficiência visual.

O assistente social tem, através dos dispositivos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, as ferramentas necessárias para a construção, proposição e articulação com os diferentes espaços de atenção ao usuário. Ainda, através de ações interdisciplinares e multidisciplinares para a melhora na atenção ao usuário, aumentando a resolutividade do serviço, o aumento da participação e a autonomia dos usuários. (BREDOW e DRAVANZ, 2010, p. 241)

Para Simionatto (2005, p. 06), é importante reconhecer que a capacitação teórico-metodológica e histórica possibilitará a apreensão da realidade social como totalidade, buscando no processo de reconstrução do movimento do real as particularidades e singularidades, e as mediações necessárias para o exercício profissional.

3.5 PROTAGONISMO

Os objetivos de um serviço de saúde mental, na lógica da RAPS, são muitos e desafiadores. Para que todos sejam efetivados há a necessidade de uma política de

saúde mental articulada a outras políticas públicas, assim como estabelece o art. 3º da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BREDOW e DRAVANZ apud BRASIL, 1990, p. 232).

A atuação do assistente social tem como objetivo mais importante propiciar a conquista de autonomia dos usuários, através da promoção à participação e a ocupação dos usuários e familiares nos espaços que lhes é de direito, bem como a conquista de novos espaços. Para isso o Serviço Social é essencial nesse processo, entendendo a autonomia a partir de Paulo Freire:

A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si é processo, vir a ser. Não ocorre em data marcada. É nesse sentido que a pedagogia da autonomia tem de ser centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade. (FREIRE, 1996, p. 43).

Vasconcellos (2008) apresenta a teoria:

Uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação, e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidados em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança de cultura relativa à doença e saúde mental, e de militância social e política mais ampla na sociedade e no Estado (VASCONCELOS, 2008. p. 60).

Assim, para a garantia da autonomia partindo da lógica de que o indivíduo é um sujeito de direitos e com plena capacidade de analisar o que julga ser melhor para a sua vida.

A experiência do município de Campos de Júlio, retratada no Web Doc “Brasil, Aqui tem SUS!” do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) apresenta uma parte da UAPS que é o Projeto Reciclarte e a Oficina Terapêutica Um Novo Olhar, com o relato de três pacientes dos projetos, tratados neste trabalho apenas por “pacientes 1, 2 e 3”: a paciente 01, ex-usuária do projeto que passou a ser monitora de uma turma; o paciente 02, que com o que aprendeu a confeccionar no projeto consegue ter autonomia quanto a geração de renda; e a

paciente 03, deficiente visual que no vídeo não se “enxerga” como paciente e conta que consegue produzir artesanatos e vender (WEBDOC Brasil, Aqui tem SUS – Campos de Júlio – MT, 2018).

Todos os relatos apresentados no vídeo mostram como a interação entre os participantes é fundamental para a superação do transtorno mental, seja ele, depressão, ansiedade, uso e abuso do álcool, entre outros, e a importância da autonomia e protagonismo para a emancipação do sujeito enquanto cidadão.

3.6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo apresentou característica descritiva pois descreve sobre o contexto histórico da saúde, suas políticas e o CAPS, o qual foi o campo de indagação deste trabalho de pesquisa. A partir de então, foi possível usar todo conteúdo teórico encontrado para interpretar e explicar a realidade vivenciada no município de Campos de Júlio/MT, o que caracterizou este trabalho também como explicativo.

A metodologia empregada para se alcançar os objetivos propostos neste trabalho foram a partir de pesquisa bibliográfica² e pesquisa documental³ através dos referenciais teóricos e pesquisa documental com amparo nas legislações vigentes, buscando desta forma informações acerca do contexto histórico da saúde no Brasil.

Esta pesquisa teve embasamento em autores que escreveram sobre o tema, sendo obtida resposta a questão indagada e o trabalho do profissional em Serviço Social envolvido nesta demanda, portanto, caracteriza-se um dos novos espaços de atuação do Assistente Social.

3.7 OBJETIVOS

Objetivo significa algo que se deseja atingir, a meta que se pretende alcançar ou o que é relativo ao objeto, que é concreto e existe independentemente do

² A pesquisa bibliográfica abrange a leitura, análise e interpretação de livros, periódicos, documentos mimeografados ou xerocopiados, mapas, imagens, manuscritos, etc. Todo material recolhido deve ser submetido a uma triagem, a partir da qual é possível estabelecer um plano de leitura. Trata-se de uma leitura atenta e sistemática que se faz acompanhar de anotações e fichamentos que, eventualmente, poderão servir à fundamentação teórica do estudo. (MINAYO, 2007, p. 147).

³ A pesquisa documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação. (MINAYO, 2007, p. 151).

pensamento. É o que move o indivíduo para tomar alguma decisão ou correr atrás de suas aspirações. Neste sentido, este trabalho tem como **Objetivo Geral**: Conhecer a rede de atenção psicossocial e a experiência em saúde mental do município de Campos de Júlio, e dentro deste objetivo geral, estão os **Objetivos Específicos**:

- a- Conhecer a organização da rede de atenção à saúde e o trabalho da Unidade de Atenção Psicossocial Bem Viver de Campos de Júlio;
- b- Conhecer o trabalho do assistente social na saúde mental;
- c- Contribuir para a desestigmatização da doença mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste trabalho foram alcançados, através de um breve histórico do direito a saúde no Brasil, e a luta dos movimentos sociais para a concepção do Capítulo “Da Saúde” da Constituição Federal de 1988, além do processo de Reforma Sanitária Brasileira e Reforma Psiquiátrica, e as efetivações das políticas de saúde mental realizadas após a reforma. Foi descrito a respeito do serviço social e as suas contribuições em relação a saúde mental e sobre a experiência da Unidade Atenção Psicossocial Bem Viver, na cidade de Campos de Júlio, na promoção à saúde mental o protagonismo dos pacientes.

A reforma psiquiátrica trouxe melhorias no campo da saúde mental, mesmo que ainda não esteja da forma ideal, mas tem contribuído para um atendimento humanizado, com inserção social do cidadão.

Para Pegorer, (2013, s/p.):

A experiência permite a compreensão do outro em sua totalidade, mostrando que o acolhimento em saúde, permite uma conexão de afetos que favorece a desestigmatização do doente mental. Na avaliação realizada com os atendidos encontramos relatos de diminuição de medicação (benzodiazepínicos), contribuição na renda (venda de produtos de artesanato aprendidos na oficina), diminuição de sintomas depressivos, maior interação familiar, diminuição das visitas à unidade de saúde, maior aceitação social. (PEGORER, 2013, s/p.)

No Web Doc Brasil, Aqui tem SUS! encontramos relatos de diminuição de medicação, contribuição na renda (venda de produtos de artesanato produzidos através da participação na oficina), diminuição de sintomas depressivos, maior interação familiar e maior aceitação social.

A aprendizagem proporcionada aos pacientes em uma descoberta de si e de suas habilidades é levada a compreensão de que a conquista maior está além da confecção de objetos reciclados, mas, na possibilidade de resgatar e reciclar a autoestima e bem-estar. É difícil o caminho para desestigmatizar a crise em saúde mental – “loucura” –, porém, é possível, mesmo sendo um município pequeno.

Na concepção de Luzio (2009, p. 115), é necessário discussões em relação à assistência em saúde mental por gestores, profissionais, comunidades e pessoas acometidas por transtornos mentais, a fim de possibilitar mudanças no paradigma de

exclusão social que envolve a pessoa com transtorno mental ainda vigente em nosso meio social. Estas pessoas devem ser assistidas em seus municípios de referência, nos seus territórios geográficos e existenciais, com ações compartilhadas. E partindo deste pressuposto, as dificuldades e limitações devem ultrapassar as barreiras e possibilitar novos saberes e redirecionamento da saúde mental.

Fica claro com este trabalho, a importância do cuidado com a saúde mental para que as pessoas possam ter uma vida melhor. Haja vista que cuidamos do coração, entre outros, mas ainda não nos preocupamos com o equilíbrio, com o bem-estar psíquico, com a saúde mental. E com essa mentalidade, é esse entendimento que precisa ser construído, pela comunicação, pelos serviços de saúde e por campanhas, como por exemplo, o Janeiro Branco.⁴

Percebe-se também, que o atendimento ao público beneficiário, assim como pressupõe o SUS, é universal, sem distinção de qualquer critério como sexo, raça, idade ou religião, sendo que atualmente tem pacientes que vão de zero a 102 anos de idade. Ainda, os pacientes atendidos na UAPS tem acesso, mediante projeto terapêutico individual, aos serviços de: psicologia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia e oficinas terapêuticas na própria unidade; psiquiatria e ortopedia via Consórcio de Saúde.

⁴ Janeiro Branco é um alerta sobre a saúde mental. A campanha visa demonstrar a importância que cuidar da saúde não significa apenas cuidar da saúde do corpo. Cuidar da mente também é fundamental para o total bem-estar e equilíbrio entre corpo e mente. (BIOANALISE, s/a, s/p)

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas e da sociedade brasileira**. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Org.). Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: UFPE, 2010. p. 113-136.

AROUCA, Sergio. **Democracia é saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE, 8., março de 1986, Brasília. Realização: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Núcleo de Vídeo/Fiocruz. Produção: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Fiocruz. Distribuição: VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Vídeo restaurado em 2013. Publicado no canal VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. 1 vídeo (42min33seg). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ>. Publicado em 6 set. 2013. Acesso em: 09 maio 2020.

BIOANÁLISE. Disponível em <<http://www.bioanalise.com.br/blog/entenda-o-significado-das-cores-dos-meses-nas-campanhas-de-saude/>>. Acesso em 22 de maio de 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Resolução da Câmara dos Deputados Nº 1 de 26 de fevereiro de 2019**. Institui no âmbito da Câmara dos Deputados o Prêmio Nise da Silveira de Boas Práticas e Inclusão em Saúde Mental. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/rescad/2019/resolucaodacamaraodosdeputados-1-26-fevereiro-2019-787749-publicacaooriginal-157461-pl.html>>. Acesso em: 10 maio 2020.

_____. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª ed. rev. e atual. – Brasília : Conselho Federal de Serviço Social, 2012. 60 p.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/94, pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo decreto legislativo nº 186/2008. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

_____. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 maio 2020.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 maio 2020.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 10 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html>. Acesso em: 09 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial GM/MS nº 1.055, de 25 de abril de 2017.** Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html>. Acesso em: 11 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para a efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva.** In: Textos e Contextos (Porto Alegre), v.9, n.2, p. 229-243, ago/dez.2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/7384>>. Acesso em: 23 maio 2020.

CAMPOS DE JÚLIO. Conselho Municipal de Saúde. **Resolução nº 03 de 20 de fevereiro de 2013.** Dispõe sobre a aprovação da implantação e credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I e dá outras providências. Livro de Atas do Conselho Municipal de Saúde de Campos de Júlio do ano de 2013. Campos de Júlio, MT, volume único, Ata nº 01. 2013.

_____. **Lei nº 164 de 15 de outubro de 2001.** Inclui a Unidade do Centro de Reabilitação Dom Aquino Correa na Estrutura Administrativa do Município de Campos de Júlio – MT e altera o artigo 5º da Lei nº 147/2001. Disponível em: <https://www.camposdejulio.mt.gov.br//fotos_downloads/fotos_downloads/6100.pdf>. Acesso em: 16 maio 2020.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2019.** Campos de Júlio/MT, 2020. 43 p.

CARDOSO, Márcia Roberta de Oliveira; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; PIANI, Pedro Paulo Freire. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 86-99, jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200086&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 maio 2020.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2020.

CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Mostra Brasil aqui tem SUS: catálogo de experiências exitosas 2017**. Brasília/DF, 2018. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/orientacoes-ao-gestor/download-publicacao/?post_id=15719>. Acesso em: 16 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília : Conselho Federal de Serviço Social, 2010. 82 p. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em 24 maio 2020.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>. Acesso em: 09 maio 2020.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 54 p. Disponível em: <http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/4-%20Freire_P_%20Pedagogia%20da%20autonomia.pdf>. Acesso em 23 maio 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2019**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/campos-de-julio/panorama>>. Acesso em: 09 maio 2020.

LUZIO CA, L'abbate S. **A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes**: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009.

MATHIAS, Maira. Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ**. 03 abr. 2018. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/antes-do-sus>>. Acesso em: 24 maio 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria Método e criatividade**. 26. ed, Petrópolis, Vozes, 2007.

MORIN, Pâmela Vione. **Transtornos mentais comuns em trabalhadores rurais que utilizam agrotóxicos**. – Ijuí, 2016. 103 p. Disponível em: <<https://home.unicruz.edu.br/wp-content/uploads/2017/04/P%C3%82MELA-VIONE-MORIN-TRANSTORNOS-MENTAIS-COMUNS-EM-TRABALHADORES-RURAIIS-QUE-UTILIZAM-AGROT%C3%93XICOS.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2020.

OLIVEIRA, Neilton Araújo de – Organizador. **DIREITO SANITÁRIO: Oportuna discussão via coletânea de textos do ‘blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania’**. 1. ed. ANVISA, CONASEMS, CONASS. Brasília: 2012. 346 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população**. 10 out. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839>. Acesso em: 17 maio 2020

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2009. 148 p.

PASSOS, Izabel Christina Friche. **Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais**. Belo Horizonte : Argvmentvm. 2009.

PEGORER, Fabiana. **Projeto Reciclarte – Reabilitação Psicossocial pela Arteterapia**. Campos de Júlio/MT, 2013.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O Trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. Serv. Soc. Soc., Jun 2010. Nº102, p.339-351. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n102/a08n102.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2020.

SILVA, Lucía. **Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global. Acta paul. enfer.** São Paulo, v. 32, n. 3, p. III-IVI, junho de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 maio 2020.

SILVA, Simone Pereira; VIANA, Marinês Ramos. **Projeto Sentir e Aprender**. Campos de Júlio/MT, 2017.

SIMIONATTO, Ivete. **Fundamentos Históricos e Teórico-Methodológicos do Serviço Social**: elementos para o debate, Monografia para o Concurso de Professor Adjunto do Departamento de Serviço Social, Florianópolis: UFSC, 2005.

TENORIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* [online]. 2002, vol.9, n.1, pp.25-59. ISSN 1678-4758. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>>. Acesso em: 21 maio 2020.

TRAPÉ, Thiago Lavras; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. **Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação**. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51:19. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf>. Acesso em: 22 maio 2020.

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira et al. **Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 57, p. 313-323, jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200313&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 maio 2020.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0231>.

_____. (Org.). Abordagens psicossociais II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008. 333 p.

WEBDOC Brasil, Aqui tem SUS – Campos de Júlio/MT. Direção de Talita Carvalho. Produção de Talita Carvalho e Luiz Filipe Barcelos. Realização de Talita Carvalho e Luiz Filipe Barcelos. [S.l]: Levante Filmes, 2018. P&B. Série Webdoc Brasil, aqui tem SUS. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=bnZ2J8hiEDk>>. Acesso em: 16 maio 2020.