

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

**Maristela Quinhones Lourenço**

**PRODUÇÃO DO CUIDADO COM USUÁRIOS DO CAPSi: LIMITES E  
POSSIBILIDADES JUNTO AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE  
VIVENCIARAM VIOLÊNCIA SEXUAL**

Santa Maria, RS

2018

**Maristela Quinhones Lourenço**

**PRODUÇÃO DO CUIDADO COM USUÁRIOS DO CAPSi: LIMITES E  
POSSIBILIDADES JUNTO AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE  
VIVENCIARAM VIOLÊNCIA SEXUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao  
Curso de Serviço Social da Universidade Federal  
de Santa Maria, como requisito para obtenção do  
grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Sheila Kocourek

Santa Maria, RS

2018

**Maristela Quinhones Lourenço**

**PRODUÇÃO DO CUIDADO COM USUÁRIOS DO CAPSi: LIMITES E  
POSSIBILIDADES JUNTO AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE  
VIVENCIARAM VIOLÊNCIA SEXUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao  
Curso de Serviço Social da Universidade Federal  
de Santa Maria, como requisito para obtenção do  
grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em 19 de dezembro de 2018:

---

Sheila Kocourek, Dr<sup>a</sup>. (UFSM)  
(Presidente/Orientadora)

---

Jairo da Luz Oliveira, Dr<sup>o</sup>. (UFSM)

Santa Maria/RS

2018

## *Agradecimentos*

*Penso na gratidão como um sentimento muito nobre, pois requer a lembrança de pessoas e fatos que me fizeram ser quem eu sou. Por isso, quero agradecer a algumas pessoas especiais que mesmo trilhando diferentes caminhos, em algum momento, cruzaram o meu e deixaram um pouco de si no que sou hoje:*

*Primeiramente, agradeço aos meus queridos pais, pela vida, a minha mãe Marilene, maravilhosa e amorosa sempre, obrigada pelo amor, carinho e apoio e ao meu saudoso pai (in memória) pelos conselhos e insistência para que eu continuasse estudando.*

*Agradeço as minhas irmãs Elaine e Janete, pelo exemplo, carinho e motivação durante toda a graduação. Vocês foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e pelo apoio que me deram em todas as escolhas que fiz, dedico meu amor e admiração.*

*Agradeço ao meu companheiro Leandro pelo apoio, amor e compreensão nos momentos de ausência. A conclusão do curso passou a ser um sonho nosso e devo a ele gratidão por dar suporte e não deixar que eu desistisse no meio do caminho.*

*Agradeço também a minha querida orientadora Sheila Kocourek e demais professores do curso de Serviço Social-UFSM, pelo conhecimento transmitido e pelo suporte dado durante todo o aprendizado ao longo do curso. E também agradeço aos colegas e amigos que estiveram presentes durante todo esse processo, de forma acolhedora e motivadora sempre.*

*Importante agradecer também a assistente social e amiga Sabrina da Silva, a qual foi minha supervisora de estágio extracurricular na Secretaria de Habitação na Prefeitura Municipal de Santa Maria durante o período de 2 anos. Ela foi imprescindível no meu processo de formação, dando suporte em todos os momentos em que precisei e a ela dedico o meu carinho, amizade, amor, respeito, admiração e imensa gratidão.*

*Também gostaria de agradecer as assistentes sociais Bruna Paim e Elisangela Rodrigues, as quais foram minhas supervisoras de estágio extracurricular ao longo do curso de Serviço Social, elas foram indispensáveis em minha formação pessoal e profissional, obrigada pelos conhecimentos transmitidos, levarei comigo os bons momentos e presto a minha amizade e respeito.*

*Meu agradecimento se estende também a assistente social Zelir Bittencourt, a qual foi minha orientadora de campo no estágio curricular de Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial infantil-CAPSi. Obrigada pelos ensinamentos e suporte durante o estágio, pela acolhida e gentileza de sempre, minha admiração pela postura profissional ética, competente e criativa.*

*“Procurem um grande amor na vida e cultivem-no. Pois, sem amor, a vida se torna um rio sem nascente, um mar sem ondas, uma história sem aventura! Mas, nunca esqueçam, em primeiro lugar tenham um caso de amor consigo mesmos”.*

*Augusto Cury*

## RESUMO

### **PRODUÇÃO DO CUIDADO COM USUÁRIOS DO CAPSi: LIMITES E POSSIBILIDADES JUNTO AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE VIVENCIARAM VIOLÊNCIA SEXUAL**

AUTORA: Maristela Quinhones Lourenço

ORIENTADORA: Sheila Kocourek

Este Trabalho de Conclusão de Curso é um requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social e foi elaborado a partir de uma experiência vivenciada nos estágios obrigatórios I e II na instituição Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) “O EQUILIBRISTA” (CAPSi) do município de Santa Maria/RS. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de formação em serviço social, dando ênfase as situações vivenciadas por crianças e adolescentes com transtornos psíquicos suspeitas ou vítimas de abuso sexual usuárias do CAPSi. Para tal, utilizou-se a análise dos prontuários disponíveis na instituição, elegeu-se 5 casos os quais apontavam elementos de suspeita ou confirmação de violência sexual. A partir da leitura dos prontuários e respectiva organização dos dados, enfatizou-se o perfil sociodemográfico das famílias, as expressões da questão social por elas vivenciadas e especialmente os elementos que dão os contornos a violência sexual. Como resultados obteve-se que o segredo impera no discurso das crianças e adolescentes, bem como das famílias dificultando a materialidade da violência sexual. No entanto no que tange ao Serviço Social destacam-se as vulnerabilidades e processos de exclusão das políticas públicas, tais como habitação, trabalho, renda, educação que incidem na vida destes sujeitos e podem ser fatores de produção de violência. Neste sentido o trabalho não é conclusivo mas aponta para a necessidade de produzir cuidados em saúde, específicos, para estes grupos de usuários do CAPSi.

**Palavras-chaves:** saúde mental; violência sexual; serviço social

## **ABSTRACT**

### **PRODUCTION OF CARE WITH CAPSi USERS: LIMITS AND POSSIBILITIES WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS WHO LIVED SEXUAL VIOLENCE**

AUTHOR: Maristela Quinhones Lourenço  
ADVISOR: Sheila Kocourek

This Undergraduate Thesis is a partial requirement to obtain a bachelor's degree in Social Work and was elaborated from an experience lived in the compulsory stages I and II in the institution Psychosocial Child Care Center (CAPSi) "THE BALANCER" of the municipality of Santa Maria / RS. The objective of this work is to report the experience of training in social service, emphasizing the situations experienced by children and adolescents with psychic disorders suspected or victims of sexual abuse, users of CAPSi. For that, the analysis of the medical records available at the institution was used, 5 cases were selected which indicated elements of suspicion or confirmation of sexual violence. The socio-demographic profile of the families, the expressions of the social question they experienced, and especially the elements that give the contours of sexual violence were emphasized from the reading of the medical records and their respective organization of the data. As a result it was obtained that the secret prevails in the discourse of the children and adolescents, as well as of the families making difficult the materiality of the sexual violence. However, Social Security highlights vulnerabilities and exclusion processes of public policies, such as housing, work, income, education that affect the lives of these subjects and can be a source of violence. In this sense the work is not conclusive, but points to the need to produce specific health care for these groups of CAPSi users.

**Keywords:** Mental health. Sexual violence. Social Service.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2 DIREITOS DOS USUÁRIOS E A SAÚDE MENTAL</b> .....	8
2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A SAÚDE NO BRASIL E A CRIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS (CAPS E CAPSI) .....	8
2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL .....	15
2.3 DIREITOS DOS USUÁRIOS – CRIANÇA/ADOLESCENTE – QUE FREQUENTAM O CAPSI E SEUS FAMILIARES. ....	21
<b>3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – O EQUILIBRISTA (CAPS I)</b> .....	25
3.1 O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS I .....	28
<b>4 SISTEMATIZAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO</b> .....	32
4.1 PRODUTO E AVALIAÇÃO PROPOSITIVA DO PROCESSO DE TRABALHO NO ESTÁGIO II (LIMITES E POSSIBILIDADES) .....	35
<b>5 VIOLAÇÃO DE DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES</b> .....	37
<b>6 ESTUDO DE CASO</b> .....	42
6.1 CASO 1 .....	42
6.2 CASO 2 .....	44
6.3 CASO 3 .....	45
6.4 CASO 4 .....	46
6.5 CASO 5 .....	47
<b>7 ANÁLISE DAS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL VIVENCIADAS PELAS FAMILIAS</b> .....	48
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	49
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51

## 1 INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública que assola famílias de diferentes contextos sociais, econômicos, culturais. Trata-se de um fenômeno multidimensional que gera impactos imediatos e também em longo prazo na vida das vítimas.

Entre as violências contra criança e o adolescente mais danosas encontra-se a de natureza sexual. A violência sexual caracteriza-se por atos praticados com finalidade sexual que, por serem lesivos ao corpo e a mente do sujeito violado (crianças e adolescentes), desrespeitam os direitos e as garantias individuais como liberdade, respeito e dignidade previstos na Lei nº 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990, Artigos 7º, 15, 16, 17 e 19).

O abuso sexual é um fato conhecido desde a antiguidade, porém, ainda se fazem necessários muitos avanços no sentido de prevenir e amenizar suas consequências. Atualmente o abuso sexual está sendo um tema de grande relevância, devido ao mesmo enfatizar a violência sexual contra crianças e adolescentes. Sabe-se que a forma como a família interpreta e se posiciona diante da revelação do abuso sexual é um importante fator de proteção às vítimas, pois quando o grupo familiar dá credibilidade ao relato da criança e adolescente e toma as decisões necessárias, há a proteção e o fortalecimento dos envolvidos.

Estudos têm enfatizado que a revelação do abuso sexual demonstrou alterar a configuração familiar, uma vez que os dados apontam a ruptura das relações conjugais ou o afastamento da criança do convívio com os familiares.

Considerando que este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi construído a partir da experiência realizada no Estágio Curricular em Serviço Social, nosso enfoque volta-se a realidade do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS'i), instituição que atende crianças e adolescentes com transtornos psíquicos. Entre essas crianças e adolescentes observamos que algumas foram vítimas de violência sexual. Contudo não era possível, inicialmente, identificar se o transtorno ocorreu antes ou depois do abuso.

Neste sentido, voltamos nosso olhar a investigar, por meio dos prontuários, as histórias de vidas destes usuários do CAPS'i que sofreram abusos sexuais. A intenção deste olhar é explicitar as condições e modos de vidas das famílias que convivem com diversas vulnerabilidades.

O CAPS i, iniciou suas atividades no município Santa Maria/RS no ano de 2005 com o intuito de suprir a grande demanda na área da saúde mental infantil, atendendo crianças e

adolescentes com transtorno psíquicos graves, como, autismo, neuroses graves e outras patologias que dificultem o convívio social.

Destaca-se que o CAPS i tem o intuito de possibilitar atenção integral aos usuários (crianças e adolescentes) da rede pública de saúde que possuem transtorno mental e todos aqueles que por sua condição, física ou mental, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Assim, o serviço disponibiliza um método de reabilitação ao usuário onde é possível uma abordagem humanizada, em que o mesmo tenha contato diário com os familiares, possibilitando a reinserção social, escolar e principalmente familiar.

Este trabalho está estruturado de modo a abordar a temática da saúde mental de forma ampla, do ponto de vista de uma política pública. Na sequência será dada ênfase na especificidade da atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Num segundo momento será abordado o papel do serviço social no campo da saúde mental, direcionando a discussão para a experiência vivenciada no CAPSi “O Equilibrista”, no qual a autora deste trabalho realizou seu estágio em serviço social e realizou se projeto de intervenção.

A partir do projeto de intervenção emergiu a temática acerca do abuso sexual vivenciado por usuários, situação que chamou a atenção da estagiária o que a fez buscar subsídios nos prontuários dos usuários para melhor identificar esta realidade. Este movimento gerou o estudo de 5 casos os quais estão relatados.

Por fim são tecidas considerações finais com enfoque nas expressões da questão social vivenciadas pelos usuários bem como o papel do serviço social no campo da saúde mental.

## **2 DIREITOS DOS USUÁRIOS E A SAÚDE MENTAL**

### **2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A SAÚDE NO BRASIL E A CRIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS (CAPS E CAPSI)**

Inicialmente, importante referir que o marco histórico da política de saúde no Brasil foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, tendo em vista que teve a participação da população, bem como a ênfase na saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado e na reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Também foi discutido sobre a Reforma Sanitária, tendo como ideais a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social (BRAVO, 2012).

O Projeto da Reforma Sanitária foi considerado o movimento pela saúde, com ideias de mudanças e transformações importantes em toda área de saúde. O argumento básico desta proposta foi a universalização e garantias das políticas sociais, frisando um amplo conceito de saúde, o qual traz melhores condições de vida e de trabalho para o cidadão (CFESS, 2010).

Conforme dispõe Bravo (2011, p. 19) o referido projeto tinha o intuito de expandir o conhecimento da população, pois assim esta poderia participar ativamente na “determinação social da doença”, tendo em vista que “os sujeitos deste processo são os usuários e os profissionais de saúde”.

Ainda, a partir desta conferência foi elaborado o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, denominado “Da saúde” (BRASIL, 2009). Destaca-se que o Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986, p. 04) em seu tema 01, tópico 03 dispõe:

Direito à saúde significa garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Nesse sentido, a referida conferência foi um marco no debate sobre a saúde, sendo implementada na Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 a 200. Salienta-se que a Constituição Federal também dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde, frisa-se que o SUS foi regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde (LOS), respeitando o disposto no artigo 198 da CF.

O SUS é um sistema universal de que é usuária toda a população brasileira, rica, ou pobre. Mesmo os que não utilizam, dele se beneficiam por meio das campanhas de vacinação, ações de prevenção e de vigilância sanitária (como o controle de sangue e hemoderivados, registro de medicamentos etc.) e de eventual atendimento de alta complexidade, assumido pelos hospitais públicos universitários, onde se encontram os melhores especialistas, inclusive no atendimento aos usuários dos planos de saúde (SIMÕES, 2014, p. 134).

O SUS surgiu com o intuito da democratização da saúde, ou seja, torná-la acessível para todos, garantindo assim acesso integral, universal e gratuito a toda a população brasileira, sendo assim o atual sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2015).

Dando seguimento, o Projeto da Reforma Sanitária teve início na década de 70 e foi considerado o movimento pela saúde, com ideias de mudança e transformação no modelo de atenção a saúde. O argumento básico desta proposta foi a universalização e garantias das

políticas sociais, frisando um amplo conceito de saúde, o qual traz melhores condições de vida e de trabalho para o cidadão (CFESS, 2010).

Destaca-se que na década de 90 houve as contrarreformas neoliberais que atingiram a saúde com o propósito de privatização, com isso a política de saúde apresentou inúmeros obstáculos para seu cumprimento. Desta forma, a Reforma Sanitária deixou de ser prioridade, e toda atenção se voltou para um programa de saúde direcionado a privatização, assim o profissional de Serviço Social juntamente com profissionais ligados a saúde e movimentos sociais uniram-se a fim de restabelecer o projeto de Reforma Sanitária (CFESS, 2010).

Esse movimento resultou no que chamamos de Reforma Sanitária Brasileira. Consta de avanços democráticos na área da Saúde expressos na Constituição Brasileira de 1988 que postulou a criação do Sistema Único de Saúde (BISNETO, 2007, p. 38).

De acordo com Bravo (2012), nessa década havia dois projetos políticos existentes na área da saúde, o projeto da Reforma Sanitária referido acima, no qual o profissional atuava na democratização do acesso as unidades e serviços de saúde, trabalho interdisciplinar, abordagem de grupos, entre outros e, o projeto privatista no qual o Assistente Social fazia a seleção socioeconômica dos usuários, predomínio de atividade individual, fiscalizar os usuários dos planos de saúde. Destaca-se que o projeto da Reforma Sanitária e o projeto ético político da profissão são organizados a partir da redemocratização da sociedade brasileira, assim ligados diretamente (CFESS, 2010).

Nesse sentido, na área da saúde, o profissional do Serviço Social, por sua vez deverá intervir, conjuntamente com aqueles que reconhecem e desconhecem a importância do SUS, elaborando um método com o propósito de efetivar o direito de todos à saúde, assim ratificando a relevância do projeto da Reforma Sanitária.

No que refere sobre o Serviço Social e a Saúde Mental, foi após a Reforma Psiquiátrica, a qual estabeleceu um modelo de atenção integral, onde a internação hospitalar não era mais vista como único recurso na saúde mental, que Bisneto (2007, p. 36) refere “as conquistas do Movimento de Reforma Psiquiátrica permitiram a expansão de serviços psiquiátricos alternativos através da contratação ou financiamento de atendimentos não-manicomial”.

Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) se originaram em virtude da luta antimanicomial, ou seja, do movimento social que servidores da saúde mental iniciaram com o intuito de tornar público à precariedade dos hospitais psiquiátricos, os quais até então eram o único local indicado para pessoas de transtornos mentais.

Em 2001 foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216, a qual em seu artigo 2º dispõe sobre os direitos e garantias de pessoas portadoras de transtornos mentais, visando um atendimento humanizado, onde os pacientes fossem vistos como pessoas e não apenas como doentes, objetivando a reinserção social do paciente em seu meio, bem como referindo que a internação só será indicada quando esgotados todos os recursos extra hospitalares (BRASIL, 2001).

Art. 2º. Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Assim, verifica-se que a referida legislação reconhece a importância do acesso à informação aos familiares e/ou responsáveis do usuário com transtorno mental, os quais como sujeitos de direitos, merecem todo o respeito inerente ao cidadão.

Os movimentos precursores da Reforma Psiquiátrica brasileira, surgidos nos Estados Unidos e Europa a partir de meados do século XX, apontavam críticas ao atendimento dispensado aos portadores de doença mental, quando eram excluídos e segregados da sociedade, demandando ações com vistas a um atendimento mais humanizado, de forma a garantir sua dignidade, enquanto cidadão (ESPERIDIÃO, 2001).

Conseqüentemente, a Reforma Psiquiátrica estabelece um modelo humanizado de atenção integral na saúde pública, tendo em vista que a internação hospitalar não é mais a única possibilidade de tratamento ao usuário da saúde mental, ou seja, esses usuários passam a ter a possibilidade de um atendimento acolhedor que se inicia nas unidades básicas de saúde até chegar à assistência especializada (CAPSi, 2015.).

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário (SCHIMITH; LIMA, 2004, p. 1487).

Segundo Delgado (2011, p. 4705), “acolhimento e tratamento precoce melhoram a evolução e a direção da doença (...) a instituição nova criada com a lei da reforma psiquiátrica não tem retorno e tem o nome do acolhimento, o tratamento em liberdade”, o qual foi pensado como forma de substituição dos precários hospitais psiquiátricos (manicômios), que tratavam os pacientes como “loucos”, sempre sedados e sem contato com os familiares.

A Reforma Psiquiátrica tenta dar ao problema uma resposta não asiloconfinante, reduzindo danos e desvantagens sociais que trazem o confinamento associado aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas. O sucesso da reforma reside na percepção da necessidade da construção de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonados, ou, a vegetar em manicômios em longas internações (PITTA, 2011, p. 4588).

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica visa a intervenção com qualidade para o indivíduo com transtorno mental, o qual se encontra debilitado, sem condições de discernimento, assim podendo receber tratamento diferenciado, perto de seus familiares e sem o isolamento dos hospitais psiquiátricos, propiciando também ao Serviço Social a intervenção na saúde mental (BREDOW, 2010).

Destaca-se que foi somente no ano de 2001 que a Lei nº 10.216/01 foi sancionada no país, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Ainda, neste cenário, juntamente com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em dezembro de 2001 em Brasília, “que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se ganhando maior sustentação e visibilidade” (Brasil, 2005).

A III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005, p.10).

Foi com a referida conferência, juntamente com a participação de usuários, familiares e movimentos sociais, que fortaleceram o propósito político e teórico para o curso da política de saúde mental no país (Brasil, 2005). No que refere aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), estes se originaram em virtude da luta antimanicomial, ou seja, do movimento social que servidores da saúde mental iniciaram com o intuito de tornar público à precariedade dos

hospitais psiquiátricos, os quais até então eram o único local indicado para pessoas de transtornos mentais.

Nessa perspectiva, Elisabeth Espiridião refere sobre atitudes que almejam a dignidade do usuário, portador de transtorno mental, dentre elas a importância dos familiares no tratamento.

É evidente que o processo requer discussões no contexto do qual o indivíduo faz parte, visando suas relações familiares, de trabalho e também assistenciais, de forma a melhor inserí-lo seu meio, dando-lhe a assistência devida, oportunizando mais espaços de socialização, de recuperação de suas potencialidades (muitas vezes desprezadas), reabrindo sua comunicação na família e no seu ambiente social, trazendo a ele possivelmente um sentido mais significativo de existência. Isto significa incluir a família no tratamento, dando-lhe suporte, além de ampliar a compreensão da dinâmica das suas relações, com vistas a nortear a atenção dispensada à este núcleo social (ESPERIDIÃO, 2001).

É importante referir que o Serviço Social é uma profissão que atua com as mais diversas expressões da questão social, assim é de suma importância sua participação na área da saúde mental, onde é desafiado diariamente a desvendar as expressões que fazem presente no cotidiano do usuário com transtorno mental, bem como de seus familiares, assim compreendendo as várias formas para efetivar seus direitos e garantias.

Ao assistente social que atua no campo da saúde torna-se importante trazer à tona que talvez a saúde seja uma das políticas sociais que manifestam uma diversidade enorme de demandas e necessidades da vida humana. Não é possível realizar ações estanques e padronizadas em políticas públicas que atuam diretamente sobre a vida (SODRE, 2010, p. 473).

Assim, tem-se que os CAPS são instituições de saúde comunitária que acolhem usuários com transtornos mentais severos e persistentes, e também casos relacionados ao uso de substâncias psicoativo, como álcool e drogas. Esse serviço surgiu no país no ano de 1986, sendo que o primeiro CAPS foi na cidade de São Paulo, denominado Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, chamado popularmente de CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), existem diferentes tipos de CAPS: os CAPS I e II atendem diariamente adultos e o CAPS III possui atendimento diário e noturno de adultos, ambos para acolhimento de pessoas com transtorno mental severo e persistente; já o CAPS AD presta atendimento diário para usuários de álcool e drogas e, o CAPSi destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Importante referir a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, a qual estabelece os requisitos para a criação de CAPS nos municípios brasileiros, conforme verifica-se abaixo:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. [...]

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características

[...]

4.2 - CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características

[...]

4.3 - CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características

[...]

4.4 - CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características

[...]

4.5 - CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características.

[...]

Ainda, no que diz respeito à criação dos CAPS, o Ministério da Saúde (2005, p. 27) refere como função do CAPS “prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais”, logo tem-se que estes surgiram com o intuito de substituir os hospitais psiquiátricos, como forma de inserir os usuários (que antes ficavam isolados em uma ala hospitalar, muitas vezes sedados pela quantidade de medicamentos aplicados) a vida social, através do acesso ao trabalho, ao lazer, fortalecendo assim os laços familiares e comunitários.

Destaca-se que foi com base na Lei nº 10.216/01, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001 em Brasília, e, alicerçado no elevado número de crianças e adolescentes portadores de algum transtorno mental, que o Ministério da Saúde determinou a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil – Portaria MS/GM nº 1.608/2004 -.

O Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, instituído em agosto de 2004, pela Portaria MS/GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004, é um importante espaço de discussão e de articulação intersetorial que objetiva debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população (BRASIL, 2014, p. 05).

O referido Fórum foi realizado com o intuito de elaborar, de forma coletiva, os princípios e diretrizes sobre uma política de saúde mental específica na área, tendo em vista o grande número de crianças e adolescentes com transtorno psicossocial e a falta de recurso e inclusão social nesta área. Ainda, ressalta que foi através da portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, que ficou estabelecido valores de financiamento para criação do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência – CAPSi - (BRASIL, 2002).

Neste contexto insere-se o Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência (CAPSi), o qual é destinado para o atendimento de crianças e adolescentes com graves transtornos mentais, como por exemplo, autistas, portadores de psicoses, neuroses graves e, que por seu estado psíquico estão impossibilitados de estabelecer e manter laços sociais. Importante esclarecer que o atendimento prestado nos CAPSi são voltados ao público infanto juvenil, onde estes recebem atendimento individual, grupal, familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividade esportivas, entre outras, tudo de acordo com as demandas de cada usuário (Brasil, 2004).

## 2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

Primeiramente, ressalta que o Serviço Social teve início na década de 30, época de transição agrário-exportador para o urbano-industrial, o que aumentou a inserção do capitalismo no país. Assim, com a propagação do trabalho livre, agravou a relação capital/trabalho, onde predominava as contradições entre a burguesia e proletariado, o que originou inúmeras desigualdades sociais entre os cidadãos, acarretando o agravamento da questão social.

Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2012, p. 27).

Nesse sentido, a questão social é vivenciada diariamente com as expressões de desigualdade sociais, como a falta de moradia, precariedade nas escolas, falta de emprego e,

também é refletida nas expressões de rebeldia e resistência, como no acesso à saúde, a educação, habitação, incluindo assim os usuários na sociedade, disponibilizando o acesso a seus direitos.

Com o passar do tempo o Serviço Social era amparado pela igreja católica e tinha como modelo o Serviço Social europeu. Com o passar dos anos o Serviço Social, que atua diretamente vinculado à Questão Social, criou as primeiras escolas no Brasil, sendo que ambas são integrantes de Universidades Católicas até hoje, a Escola de Serviço Social de São Paulo fundada em 1936 e a Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro em 1937 (AGUIAR, 1995).

(...) na primeira escola do Rio de Janeiro, o conteúdo doutrinário católico simplesmente não foi incluído, restando um conteúdo nitidamente médico. Essas disciplinas higienistas vão se manter nos currículos das escolas cariocas e fluminenses até a mudança curricular feita pelo Conselho Federal de Educação no ano de 1970 (VASCONCELOS, 2010, p. 129).

Vasconcelos (2010) relata que nas primeiras escolas brasileiras eram abordados conteúdos voltados pela ação política do movimento de higiene mental, sendo que este movimento foi herdado do Serviço Social norte americano. Também chamado de psiquiatria higienista, a qual desde a década de vinte esteve evidente no país, sendo reconhecida até mesmo por representantes do Congresso Nacional.

Essa fase histórica do Serviço Social de influência higienista é referida por Vasconcelos (2010, p. 129/130) como sendo o início do Serviço Social voltado para a saúde mental, onde “sob inspiração de higienistas americanos e brasileiros, no diagnóstico e tratamento de “crianças-problema” e implementação da educação higiênica nas escolas e na família, através dos COI e COJ” (centro de orientação infantil e juvenil), os quais diagnosticavam crianças e adolescentes com alguma perturbação e tratava-as.

Dando continuidade, o Serviço Social em saúde mental teve sua trajetória inicial na década de trinta, ainda quando não haviam um número satisfatório de profissionais, sendo que os existentes laboravam em clínicas, hospitais e até manicômios. Bisneto (2007, p. 22) dispõe “que as práticas iniciais guardam uma distância muito grande em relação ao serviço social atual, uma vez que aquela época predominavam abordagens de cunho eugênico e da higiene mental”.

Queiroz (2009) dispõe que no início dos anos 50, após a formação das primeiras turmas de Serviço Social no Rio de Janeiro, o mercado de trabalho para a área era pequena, então os representantes das escolas dirigiram-se aos hospitais psiquiátricos com o propósito

de obter vagas de emprego para seus alunos, recém-formados, assim estes eram contratados para atuar área de assistência social.

Destaca-se que em 1944 foi criado, através do Decreto nº 17.185, de 18 de novembro de 1944, o Serviço Nacional de Doenças Mentais, o qual tinha como objetivo ampliar a atenção na área psiquiátrica no país, descentralizando o serviço e amparando assim todos os cidadãos. Esse serviço auxiliou para impulsionar a expansão e criação de novas instituições psiquiátricas, bem como para os serviços de saúde nas comunidades (BRAGA, 2013).

O artigo 1º do referido decreto dispõe sobre seus objetivos:

Art. 1º O Serviço Nacional de Doenças Mentais (S.N.D.M.), órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.), tem por finalidade:

I - superintender as atividades dos órgãos oficiais de assistência a psicopatas, existentes no Distrito Federal;

II - planejar para todo o território nacional os serviços de assistência e proteção a psicopatas, orientando, coordenando e fiscalizando as respectivas instalações e atividades;

III - opinar sobre a organização de quaisquer serviços públicos ou particulares de assistência e proteção a psicopatas e rever códigos, regulamentos e regimentos que cuidem do assunto;

IV - manter organizado o cadastro dos estabelecimentos oficiais e particulares de assistência e proteção a psicopatas e registro atualizado das respectivas atividades;

V - incentivar o desenvolvimento das atividades de higiene mental, inclusive dentro dos serviços estaduais de saúde pública;

VI - fazer estudos e investigações a respeito da etiopatogenia, da profilaxia e do tratamento das doenças mentais;

VII - facilitar e organizar o ensino da psiquiatria e da higiene mental em suas dependências;

VIII - divulgar novas aquisições científicas, mediante resenhas sobre problemas de assistência a psicopatas e higiene mental, indicando, documentadamente, os resultados colhidos na prática de suas aplicações;

IX - cooperar com os órgãos de propaganda de higiene mental e organizações públicas e particulares de fins humanitários, especialmente instituições de luta contra os grandes males sociais;

X - cooperar com o Serviço Federal de Bioestatística na regularização da estatística hospitalar de psicopatas e com o Serviço Nacional de Educação Sanitária na esfera das atividades deste;

XI - opinar nos processos de subvenção federal a instituições de assistência a psicopatas, no que disser respeito a obrigações que elas devam assumir, e 16 fiscalizar o cumprimento das exigências estabelecidas pelo poder competente; XII - cooperar com a Divisão de Obras do Departamento de Administração do Ministério da Educação e Saúde na organização de projetos e plantas padrões pra hospitais, dispensários e outros estabelecimentos de assistência a psicopatas;

XIII - emitir pareceres sobre projetos de localização, construção, remodelação, adaptação e instalações de serviços de assistência a psicopatas;

XIV - zelar pelo fiel cumprimento da legislação referente à proteção legal, bem-estar, assistência, tratamento e amparo aos psicopatas. Parágrafo único. As atividades de que cogita este artigo serão exercidas pelo Serviço, diretamente, ou por intermédio das Delegacias Federais de Saúde do D.N.S.

Nota-se que o referido artigo destaca as principais finalidades do Serviço Nacional de Doenças Mentais, o qual era regulamentado pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS),

ainda, destaca-se que o serviço tinha como foco principal a assistência psiquiátrica nacional (BRAGA, 2013).

Nesse sentido, Braga (2013, p. 73) refere que “a criação de um serviço nacional específico direcionado para o cuidado com os doentes mentais pode ser visto como a confirmação de que a área psiquiátrica era encarada com preocupação pelos sanitaristas federais no período”, porém com o decreto de 1944, o SNDM passou a ser responsável pela coordenação e fiscalização das instituições psiquiátricas no país, direcionando assim “as políticas públicas do seu setor aos estados da federação”.

A partir de 45, pós-guerra, com a expansão capitalista que a profissão realmente desenvolveu, ampliando assim a atividade profissional na área da saúde, também foi nesse período que o Serviço Social recebeu a influência norte americana. Nesse sentido, com o novo conceito de saúde estruturado em 1948 tendo enfoque nos aspectos biopsicossociais dos indivíduos, bem como enfatizando o trabalho multidisciplinar, houve a elevada ampliação dos profissionais da área da saúde, onde o Assistente Social atuava de forma educativa, como, por exemplo, relacionados aos hábitos da higiene e saúde (Bravo, 2006).

Já na década de 80, o movimento de reconceituação do Serviço Social oportunizou a composição de um projeto profissional vasto de informações e reestruturações para a formação profissional, ocorrendo a articulação entre ensino, pesquisa e prática. Nessa época, também ocorreu o movimento da Reforma Psiquiátrica, a qual objetivava o fim da internação hospitalar para usuários de saúde mental, visando um atendimento humanizado para estes.

No que refere ao movimento de reconceituação, esse conforme dispõe Iamamoto (2012, p. 205) “representou um marco decisivo no desencadeamento do processo de revisão crítica do Serviço Social no continente”, considerado como uma forma de ruptura do conservadorismo para um sistema crítico e investigativo, ocasionando indagações sobre a profissão, como mudanças nos fundamentos teórico-prático e com sugestões de intervenção e compreensão da realidade.

Desta forma, tal movimento “propôs a criação de um projeto profissional abrangente”, comprometido com a “transformação social” e preocupado com a “reestruturação da formação profissional, articulando ensino, pesquisa e prática profissional”, assim possibilitando uma nova identidade para a ação profissional (Iamamoto, 2012, p. 209).

Dando seguimento, importante referir sobre os processos de trabalho do assistente social, que conforme refere Iamamoto (2012) o profissional é desafiado a interpretar a realidade em que está vinculado, de acordo com as demandas vivenciadas, para assim elaborar estratégias inovadoras a fim de resguardar os direitos dos usuários. Ainda, a autora dispõe que

a atividade exercida pelo profissional é denominada de prática profissional, sendo que “para existir trabalho são necessários os meios de trabalho e a matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação transformadora do trabalho”, nesse viés, tem-se como objeto do trabalho do assistente social a questão social, em suas múltiplas expressões (Iamamoto, 2012, p. 95).

Destaca-se que para atuar frente as expressões de desigualdade e resistência da questão social, o profissional necessita de fundamentação ético-política, teórico-metodológica e técnico-profissional, sendo que os instrumentais utilizados para seu exercício profissional não se limitam às técnicas utilizadas, mas também ao conhecimento e habilidade que este profissional possui. Nesse sentido, não existe apenas um “objeto” como processo de trabalho profissional, mas as inúmeras expressões da questão social, as quais são vivenciadas das mais diversas maneiras e ambientes ocupacionais.

Ademais, tendo em vista que o profissional atua em diversos órgãos ligados ao controle das políticas sociais públicas e privadas, o Código de Ética Profissional dispõe que é dever do assistente social “empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários através dos programas e políticas sociais”, dedicando-se ao planejamento, organização, execução, avaliação, gestão, pesquisa e assessoria junto as instituições, sempre buscando atender as demandas daquele determinado setor e objetivando assegurar o acesso aos direitos dos usuários (Barroco, 2012, p. 186).

É importante salientar que o Serviço Social, por ser uma profissão que atua com expressões da questão social, a sua participação na área da saúde mental é de suma importância, pois é desafiado diariamente a desvendar as expressões que fazem presente no cotidiano do usuário com transtorno mental, bem como de seus familiares, assim compreendendo as várias formas para efetivar seus direitos e garantias.

Ao assistente social que atua no campo da saúde torna-se importante trazer à tona que talvez a saúde seja uma das políticas sociais que manifestam uma diversidade enorme de demandas e necessidades da vida humana. Não é possível realizar ações estanques e padronizadas em políticas públicas que atuam diretamente sobre a vida (SODRE, 2010, p. 473).

Nesse sentido, no que tange ao processo de trabalho do assistente social na saúde mental, foi após a reforma psiquiátrica, com a elaboração de uma nova política pública, que mostrou-se a necessidade do uso de novas práticas com os usuários deste setor, assim juntamente com profissionais de outras áreas, buscou-se meios de inclusão e resgate dos direitos sociais dos usuários da saúde mental.

Assim, o Serviço Social na área da saúde mental teve um início com muitas dúvidas e inseguranças, porém com o passar do tempo e com o conhecimento ético profissional o assistente social superou as expectativas e atua de forma a intervir, junto com a equipe multiprofissional, na luta ética em favor da política pública de saúde mental, visando assegurar os princípios constitucionais.

É neste sentido que o trabalho do assistente social deve estar direcionado, buscando estratégias que ultrapassem a atuação institucional, de forma a conhecer a realidade enfrentada pelo usuário na sua plenitude, bem como os serviços que são possíveis de serem acessados (BREDOW, 2010, p.241).

A atuação do assistente social na saúde mental sempre foi de grande relevância, porém na sua origem este era responsável pela questão de higiene e saúde, e somente após alguns anos que o profissional realmente pode utilizar-se de suas competências e habilidades para atuar nas diversas áreas existentes na saúde, dentre elas a saúde mental, buscando identificar as demandas existentes no setor, desenvolvendo técnicas de efetivação das políticas públicas voltadas para a melhoria e bem estar social (Sodré, 2010). Logo, para atuar com as expressões da questão social, o profissional necessita agir de forma ética, de acordo com o projeto ético político respeitando os valores e princípios do Código de Ética Profissional, para assim intervir “nos processos de formulação, execução e acompanhamento de ações que visem à promoção de saúde”, sendo que a ação profissional deve ser em prol da “qualidade de vida dos usuários e da superação das expressões da questão social “(Bredow, 2010, p. 241/242).

Dando continuidade, salienta-se que nos CAPS o assistente social utiliza-se de diversas ferramentas para o agir profissional, tendo em vista que diariamente é desafiado com novas demandas, as quais merecem atenção especial de toda equipe de profissionais que atuam no setor, pois são usuários que possuem algum transtorno mental, e assim, por sua condição física ou mental, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

Desta forma, o profissional utiliza uma abordagem humanizada, possibilitando que o usuário tenha um contato diário com os familiares, propiciando assim a reinserção social, escolar e principalmente familiar. Portanto, o Serviço Social na área da saúde mental teve um início com muitas dúvidas e inseguranças, porém com o passar do tempo e com o conhecimento ético profissional o assistente social superou as expectativas e atua de forma a intervir, junto com a equipe multiprofissional, na luta ética em favor da política pública de saúde mental, visando assegurar os princípios constitucionais.

### 2.3 DIREITOS DOS USUÁRIOS – CRIANÇA/ADOLESCENTE – QUE FREQUENTAM O CAPSI E SEUS FAMILIARES.

Todo o cidadão, independentemente de cor, gênero, etnia, religião, condição social, possuem direitos e deveres, os quais estão previstos na Constituição Federal de 1988, a qual refere em seus artigos iniciais sobre os direitos e deveres individuais e coletivos (art. 5º), bem como sobre os direitos sociais (art. 6º ao art. 11).

Destaca-se que atitudes simples do dia-dia são considerados deveres pela Constituição Federal, como por exemplo, respeitar os direitos do próximo; cumprir as leis; votar; proteger o patrimônio público; tratar com respeito todos(as), principalmente o idoso, criança, pessoas com deficiência física; e entre outros, proteger e educar os filhos (BRASIL, 1988).

Tal dispositivo reconhece que homens e mulheres, sejam crianças/adolescentes, adultos e idosos, possuem igualdade na garantia de direitos e obrigações, a CF/88 em seu art. 5º, caput (BRASIL, 1988) refere que todos são iguais perante a lei, sendo garantido o direito vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Ainda, a lei maior refere sobre os direitos sociais, que são saúde, educação, moradia, segurança, lazer, alimentação, trabalho, transporte, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, esses são considerados direitos sociais do cidadão.

Em ato contínuo, importante referir que a Constituição Federal/88 e a Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) dispõem sobre a proteção integral infanto-juvenil, a qual visa assegurar os direitos da criança e do adolescente, sendo que cabe a família, sociedade e Estado assegurar o princípio da prioridade absoluta, ou seja, o interesse da criança e adolescente deve prevalecer, seja no âmbito judicial, administrativo, social ou familiar.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Segundo Maciel (2014, p. 61) a prioridade absoluta “leva em conta a condição de pessoa em desenvolvimento, pois a criança e o adolescente possuem uma fragilidade peculiar de pessoa em formação, correndo mais riscos que um adulto”. Assim, o ECA reconhece essas

crianças e adolescentes como cidadãos de direitos, em desenvolvimento, assim devendo ser respeitados.

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Ainda, no que refere aos direitos infanto-juvenil, o legislador refere sobre o princípio do melhor interesse da criança e do adolescente, o qual zela pelo bem estar físico e mental destes, garantindo assim que seus direitos sejam cumpridos com dignidade.

Dando continuidade, importante referir que o CAPSi atua com essa população infanto-juvenil, crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, fase em que as crianças brincam inocentemente, aprendendo uns com os outros, já os adolescentes estão passando pelo momento de transição, descobrindo suas potencialidades, porém ambas as fases são de desenvolvimento físico e mental.

Cabe ressaltar, que os usuários do CAPSi possuem os mesmos direitos que as crianças e adolescentes que não frequentam o serviço. E, conforme referido anteriormente, todos tem garantidos seus direitos fundamentais: direito a vida e saúde, direito à liberdade, ao respeito e a dignidade, o direito a convivência familiar e comunitária, direitos a educação, cultura, esporte, lazer, direito a profissionalização e a proteção no trabalho. Esses direitos são garantidos também aos familiares dos usuários, os quais são de suma importância para que o tratamento das crianças e adolescentes do CAPSi tenha eficácia (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, Maciel (2014, p. 76) refere:

Cabe aos pais, como dever ao poder familiar, cuidar do bem-estar físico e mental dos filhos, levando-os regularmente ao médico, principalmente na primeira infância, fase em que a saúde é mais frágil e inspira maiores cuidados, manter a vacinação em dia, principalmente, se manter atento aos filhos.

Assim, tem-se que os usuários não possuem somente os direitos designados pelo legislador (CF/88 e ECA), mas também são mercedores do direito de estar com suas famílias ou responsáveis, as quais possuem um papel importante no cuidado dessas crianças e adolescentes, pois dão apoio, incentivo, coragem, possuem paciência com seu aprendizado, ou seja, familiares são a estrutura do usuário, tendo o dever de proteger e dar carinho.

É necessário ter uma visão pluralista de família, que abrigue os mais diversos arranjos familiares, devendo-se buscar o elemento que permite enlaçar no conceito de entidade familiar todos os relacionamentos que têm origem em um elo de afetividade, independentemente de sua conformação (DIAS, 2016, p. 137).

Nesse passo, importante salientar que atualmente o núcleo familiar não tem mais aquela definição convencional, ou seja, homem e mulher casados com o intuito de gerar filhos, hoje, conforme leciona Dias (2016, p. 136) a família pode ser determinada pelo vínculo afetivo existente entre pessoas com projetos e propósitos comuns, o que gera um comprometimento mútuo, de respeito, zelo, responsabilidades, carinho, e amor.

No que tange ao direito fundamental da saúde, foco do CAPSi, o art. 11<sup>1</sup> do ECA refere que a criança e adolescente portador de deficiência terá atendimento especializado, tendo como porta de entrada o Sistema Único de Saúde (SUS).

Além dos direitos fundamentais estabelecidos em lei, os familiares desses usuários possuem os direitos básicos de esclarecimento, orientação, atenção e paciência por parte da equipe multiprofissional do CAPSi, sendo que no acolhimento feito pela equipe multidisciplinar aos familiares é garantido o direito da escuta, que segundo Moreno (2009, p. 569) “é um espaço de encontro, intercessão, negociação”, onde ocorre “a possibilidade de estabelecer uma rede de conversação”.

Em suma, toda criança e adolescente, usuário ou não do serviço, tem seus direitos e garantias resguardados pela legislação, seja pela Constituição Federal/88 ou Estatuto da criança e do adolescente (ECA). Assim, por estarem em uma posição mais frágil que os adultos, devem ser respeitados como cidadãos de direito, os quais estão iniciando suas próprias histórias de vida.

Ainda, no que se relaciona aos usuários do serviço, esses por serem, em sua maioria, portadores de patologias psíquicas graves e persistentes merecem atenção especial, não só por parte da equipe multiprofissional do CAPSi, como também de seus familiares e de toda a

---

<sup>1</sup> Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1o A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação. § 2o Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas.

§ 3o Os profissionais que atuam no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário.

sociedade, pois dessa forma será alcançada a sua reinserção familiar, escolar e social, como forma de prevenção e promoção de saúde.

Nessa perspectiva, o CAPS infantil atua com uma equipe multiprofissional, conforme já referido, a qual objetiva a integração de todos os profissionais, residentes e estagiários que atuam no serviço, assim buscando consensos a respeito das demandas existentes no serviço.

O trabalho multiprofissional é de suma importância na saúde mental, pois é necessário que todos os envolvidos possam trocar opiniões, experiências, compartilhar conhecimentos, e assim acabam conhecendo mais sobre a vida dos usuários. Ainda, com a equipe multiprofissional é possível que todos envolvidos no serviço possam, dentro de suas especialidades, manifestarem-se acerca de determinada vivência.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 2001, p. 108).

Nesse sentido, a equipe multiprofissional na saúde mental tem o intuito de amenizar as desigualdades existentes entre as profissões, além integrar a equipe do serviço, proporciona assim um melhor atendimento para o usuário. Pode-se dizer que a equipe de profissionais do CAPSi age de forma conjunta com o mesmo propósito, buscar a reinserção familiar e social do usuário.

A equipe multiprofissional do CAPSi busca atuar igualmente com todos os setores relacionados com os cuidados infanto-juvenil, tendo em vista que essa integração de rede é de suma importância para o trabalho interno ofertados aos usuários. Sendo que todos os atendimentos realizados no serviço são pautados nas garantias e direitos dos usuários da rede do SUS.

Nesse sentido, o serviço desenvolve diversas atividades com escolas, setor da saúde, assistência social e até com o judiciário, sendo que o trabalho em rede requer relações pacíficas, que acrescentem para o tratamento do usuário.

O CAPSi realiza algumas intervenções nesse sentido, como por exemplo o apoio matricial realizado em escolas e na Atenção Básica, demonstrando assim a preocupação com o compromisso ético e político de cada setor envolvido, bem como com as garantias previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sempre pensando no melhor para o usuário.

Importante referir que as expressões da questão social são visivelmente percebidas no cotidiano do CAPSi, sendo que algumas vezes a procura pelo serviço se dá por conta de

questões relacionadas a composição e estruturação familiar, renda baixa, transporte, acesso aos serviços de saúde, acesso e permanência escolar, discriminação, exclusão social, bullying, violência, acesso das famílias às políticas sociais e aos direitos e garantias constitucionais.

Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2012, p. 27).

Desta forma, tem-se as expressões da questão social como uma consequência das desigualdades sociais, ou seja, se a questão social é o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que estão enraizados na contradição do capital trabalho, a expressão da questão social seria a pobreza, a violência, o abandono, a indiferença, o desemprego, os preconceitos, a falta de moradia digna, entre outros.

Nesse sentido o serviço social empenha-se para mediar as demandas existentes, como por exemplo, quanto ao acesso e melhoria da capacitação profissional, sempre procurando manter um diálogo com os gestores com o intuito de garantir serviços e qualidade e assim garantir o acesso dos usuários às políticas públicas.

Assim, podemos dizer que as expressões da questão social presentes no cotidiano do serviço, conforme já exposto acima, estão relacionadas composição e estruturação familiar, renda baixa, transporte, acesso aos serviços de saúde, acesso e permanência escolar, entre outras, e as demandas são as suas necessidades, porém o principal objetivo do serviço é intervir com um tratamento adequado para a reinserção do usuário ao convívio social.

### **3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – O EQUILIBRISTA (CAPS I)**

O Centro de Atenção Psicossocial Infantil iniciou suas atividades no município de Santa Maria/RS no ano de 2005 com o intuito de suprir a grande demanda na área da saúde mental infantil, atendendo crianças e adolescentes com transtorno psíquicos graves, como, autismo, neuroses graves, transtornos de conduta e outras patologias que impossibilitem o convívio social (CAPSi, 2015).

O CAPS é o um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer

atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 13).

Anteriormente, no município não havia referência a saúde mental infanto-juvenil, sendo que este transtorno psíquico muitas vezes era visto como uma deficiência ou até mesmo como uma simples dificuldade de aprendizado, excluindo a possibilidade de tratamento com um médico especializado na área, e então eram encaminhados para as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE -, onde recebiam o tratamento necessário. Ainda, sobre a implantação do CAPSi, tem-se que esta iniciativa teve grande influência da Reforma Psiquiátrica, porém frisa-se que assim como todo o cidadão, a criança e adolescente possuem direitos e deveres, os quais são destacados no Estatuto da Criança e do Adolescente, legislação que confirma a condição de sujeito de direitos aos mesmos.

O CAPSi conta com uma equipe interdisciplinar, como Psicólogo, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Assistente Social, Arte terapeuta, médico psiquiatra, Pedagoga, técnico administrativo e serviços gerais, além de Residente e Estagiários, os quais trabalham com o intuito de dar suporte terapêutico aos usuários e aos seus familiares, preconizando a reabilitação psicossocial e a inclusão social conforme diretrizes da Reforma psiquiátrica.

Entendemos interdisciplinaridade como uma relação horizontal entre profissionais de formações diferentes partícipes conjuntamente de ações de trabalho que possuam objetivos político-profissionais convergentes, em que cada um desses sujeitos contribua com seus saberes através de relações democráticas, menos rígidas e limitadoras da expressão crítica e criativa entre os profissionais (MOREIRA, 2015, p. 128/129).

Dando seguimento, o CAPSi do município tem por finalidade proporcionar atenção integral aos usuários (crianças e adolescentes) da rede pública de saúde que possuem transtorno mental, como por exemplo, autismo, psicoses, neuroses graves, e todos aqueles que por sua condição, estão impossibilitados de manter ou iniciar laços sociais. Assim, o serviço disponibiliza um método de reabilitação ao usuário onde é possível uma abordagem humanizada, em que o mesmo tenha contato diário com os familiares, possibilitando a reinserção social, escolar e principalmente familiar. Importante referir que uma das atividades prestadas no serviço é a Intersetorialidade e trabalho em rede, onde a equipe atua buscando dialogar com todos os setores que dizem respeito aos cuidados com as crianças e adolescentes, sendo que essa integração de redes propicia um melhor desempenho do serviço.

Para isso, desenvolve inúmeras atividades com os setores da saúde, educação, assistência social e justiça, o que afeta diretamente no tratamento dos usuários.

A Intersetorialidade "é vista como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social", superando a exclusão social (Junqueira & Inojosa, 1997). É uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas (JUNQUEIRA, 1998, p. 14/15).

Nesse sentido, a intersetorialidade é vista como um método eficaz para o cumprimento dos princípios e objetivos da política de saúde mental, deixando para traz a ideia de setorialização (divisão de atividades por setores) e, assim estruturando-se com outras políticas públicas no intuito de compartilhar conhecimentos e ampliar as técnicas de abordagem aos problemas sociais, pois "as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em rede, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos" (CAPSi, 2015, p. 5).

No que refere ao trabalho em rede, este possibilita um atendimento de qualidade aos usuários e, segundo Neves (2009, p. 149) "as redes podem ainda ser consideradas como sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos ou realizações comuns", ou seja, com o trabalho em rede as equipes podem trabalhar juntas nas diversas demandas existentes no cotidiano do serviço. Nesse sentido, o CAPSi do município busca atuar dentro desta lógica, com diálogos entre os setores que envolvam a linha de cuidado da infância e adolescência, pois a união entre as redes é de suma importância para o trabalho realizado com os usuários no serviço, onde é desenvolvida atividades com os setores da saúde, educação, assistência social e justiça sempre com o propósito de melhoria no tratamento de seus usuários.

Também é realizado o apoio matricial, que tem o intuito de dar suporte para os serviços da rede de saúde e educação, sendo uma ferramenta de cuidado de base territorial. Assim, a equipe responsável compartilha alguns casos específicos com o serviço de saúde da atenção básica ou/e educação, esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões e intervenções conjuntas às famílias e comunidades. (Brasil, 2004)

O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência (BRASIL, 2004, p. 13).

Ainda, são realizados grupos e oficinas priorizando a co-terapia, o que torna melhor o enfoque e atendimento da dinâmica do grupo, as discussões dos casos, as trocas de experiências e posterior encaminhamento dos casos e propostas de trabalho.

O CAPSi oferece ao usuário um pré-acolhimento, acolhimento, atendimentos individuais com psicólogos, psicopedagoga, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, também há atendimentos em grupos terapêuticos, oficinas de conto, oficina do esporte, oficina de alfabetização, arte terapia, grupos de familiares, espaço terapêutico (ambiente terapia), visitas domiciliares e as escolas, atividades comunitárias, articulação com a rede (Ministério Público, conselhos tutelares, Unidades Básicas de saúde, ESFs, CAPS,...).

A ambiente terapia tem o objetivo de atender as pessoas que necessitam de cuidados psíquicos em sua individualidade e em sua relação com o meio social. A ambiente terapia é indicada para este novo modelo de tratamento. [...] Compreende todos os elementos do ambiente da Instituição que tenham algum impacto sobre o paciente, entre os quais valoriza as rotinas da vida diária, visando oferecer possibilidades de relações humanas novas e/ou mais adequadas. Esta filosofia de atendimento é baseada na valorização da importância das relações humanas que ofereçam a possibilidade de contato humano com respeito e afeto e que seja solidário e democrático (MORETTO, 2008, p. 60).

Ressalta-se que uma vez por semana é realizada a reunião de equipe, onde ocorrem as discussões sobre assuntos administrativos e dos casos apresentados no decorrer da semana, os quais exigem um olhar interdisciplinar, visando assim uma maior resolutividade.

Frisa-se que a equipe de profissionais que atuam no CAPSi é de suma importância para o serviço, pois todos são responsáveis pelos atendimentos e ações realizadas, sempre buscando atender em um ambiente terapêutico, onde o usuário possa se sentir acolhido e seguro. Destaca-se, que além dos atendimentos internos no CAPSi também há atividades externas, tendo em vista que o serviço atua como orientador de rede, programando ações fora da instituição e não somente atendendo a demanda.

### 3.1 O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS I

Conforme já exposto, o trabalho do assistente social no CAPS infantil teve início no ano de 2005, com o objetivo de suprir a demanda da saúde mental infanto-juvenil.

Para que o trabalho em equipe seja viabilizado, há necessidade de uma relação interativa entre os trabalhadores, mediada pela troca de conhecimentos e articulação de um “campo de produção do cuidado” comum a todos (ARAÚJO, 2007, P. 458).

O assistente social do serviço atua conjuntamente com a equipe de profissionais do CAPSi, como Psicólogo, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Arte terapeuta, médico psiquiatra, Pedagoga, técnico administrativo e serviços gerais, além de Residente e Estagiários, os quais trabalham de forma interdisciplinar, ou seja, todos participam das ações envolvendo os usuários, desde a sua chegada até o fim do tratamento.

Desta forma, o trabalho do assistente social no serviço é tão importante quanto dos outros profissionais tendo em vista que este faz atendimento direto com os usuários, dando informações de acesso aos seus direitos e sobre as políticas públicas existentes. Também participa de reuniões que envolvam a saúde mental no município, bem como intermediando atividades ligadas a rede de serviços, ou seja, com os conselhos tutelares, conselhos de direitos, Fundações e Universidades, os quais tenham iniciativa para a construção da assistência em saúde mental.

Ainda, o assistente social realiza atividades de mobilização e participação do controle social, planejamento e gestão no serviço, além de fazer visitas em escolas/creches para verificar a realidade do usuário, também realiza a escuta sensível do usuário e/ou seu familiar, analisando as causas de desajuste social e, juntamente com a equipe multiprofissional estabelece planos de ações que visem o restabelecimento do usuário no meio social e familiar.

Importante destacar que o assistente social também atua como supervisor de estagio curricular em Serviço Social, bem como preceptor da residência multiprofissional, o que demanda muito tempo do profissional, pois este tem o dever de orientar, mostrando o processo de ensino-aprendizagem e funcionamento do serviço.

Dando seguimento, o profissional atua no serviço interdisciplinar, ou seja, todos os profissionais trabalham de forma conjunta, sempre buscando o melhor para o usuário. Sendo que ao chegar no serviço o usuário é acolhido pelos profissionais, os quais realizam a escuta e reúnem informações sobre a sua vida, para assim saber o motivo da procura pelo serviço, os dados coletados são anotados em um prontuário e avaliados na reunião de equipe.

O objetivo principal do assistente social no serviço é a reinserção social (processo que traz o usuário para o convívio social) e familiar do usuário, tendo em vista que esta é de suma importância para a recuperação integral do mesmo, sendo que propicia a recuperação de sua vida social. Para isso, o profissional precisa conhecer o meio social e familiar em que o usuário vive, suas habilidades e perspectiva de vida, promovendo o diálogo com o intuito de alcançar informações que sirvam para um tratamento adequado.

Ainda, o assistente social objetiva a universalização dos direitos sociais do usuário, buscando recursos que possibilitem tais direitos, também intercede na realidade do mesmo a fim de identificar as expressões da questão social, para assim alcançar alguma maneira de mudar a sua situação social atual, integrando-o em atividades em grupo ou em oficinas.

No que tange as funções do assistente social no CAPS infantil, este atua como supervisor de estágio curricular, preceptor de residência multiprofissional, organiza programas e projetos na área de Serviço Social, também atua com o planejamento e organização de benefícios e serviços sociais. Dentre outras funções, destaca-se algumas:

- Fornecer informações acerca dos serviços e direitos sociais que garantam benefícios aos usuários e seus familiares,
- Planejar e avaliar pesquisas que contribuem para a realidade social e auxiliem na intervenção junto aos usuários,
- Fazer estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios que tenham direito,
- Prestar informações acerca de assuntos relacionados aos Serviço Social,
- Realizar conjuntamente com a equipe multiprofissional do CAPSi ações que visem melhorar as relações familiares e sociais dos usuários,
- Informar a família do usuário, quando necessário ou esta solicitar, sobre o plano terapêutico singular (PTS),
- Participar de atividade multiprofissionais: visitas domiciliares, atendimento em grupos, ações socioeducativas, avaliações e atendimentos individuais.

Nessa perspectiva, o CAPS infantil atua com uma equipe multiprofissional, conforme já referido, a qual objetiva a integração de todos os profissionais, residentes e estagiários que atuam no serviço, assim buscando consensos a respeito das demandas existentes no serviço. O trabalho interdisciplinar, conforme já explicado no capítulo anterior, é de suma importância na saúde mental, pois é necessário que todos os envolvidos possam trocar opiniões, experiências, compartilhar conhecimentos, e assim acabam conhecendo mais sobre a vida dos

usuários. Ainda, com a equipe multiprofissional é possível que todos envolvidos no serviço possam, dentro de suas especialidades, manifestarem-se acerca de determinada vivência.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), entendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, configura-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família, especialmente nos serviços onde o trabalho está organizado na lógica de Apoio Matricial e Equipe de Referência (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, os profissionais em saúde mental tem o intuito de amenizar as desigualdades existentes entre as profissões, além integrar a equipe do serviço, proporciona assim um melhor atendimento para o usuário. Pode-se dizer que a equipe de profissionais do CAPSi age de forma conjunta com o mesmo propósito, buscar a reinserção familiar e social do usuário. A equipe multiprofissional do CAPSi busca atuar igualmente com todos os setores relacionados com os cuidados infanto-juvenil, tendo em vista que essa integração é de suma importância para o trabalho interno ofertados aos usuários. Sendo que todos os atendimentos realizados no serviço são pautados nas garantias e direitos dos usuários da rede do SUS. Nesse sentido, o serviço desenvolve diversas atividades com escolas, setor da saúde, assistência social e até com o judiciário, sendo que o trabalho em rede requer relações pacíficas, que acrescentem para o tratamento do usuário.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 2001, p. 108).

O CAPSi realiza algumas intervenções nesse sentido, como por exemplo o apoio matricial realizado em escolas e na Atenção Básica, demonstrando assim a preocupação com o compromisso ético e político de cada setor envolvido, bem como com as garantias previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sempre pensando no melhor para o usuário. Importante salientar que as expressões da questão social são visivelmente percebidas no cotidiano do CAPSi, sendo que algumas vezes a procura pelo serviço se dá por conta de questões relacionadas a baixa renda familiar, transporte, acesso aos serviços de saúde, acesso e permanência escolar, discriminação, exclusão social, bulling, violência, acesso das famílias às políticas sociais e aos direitos e garantias constitucionais.

Nesse sentido o serviço social empenha-se para mediar as demandas existentes, como por exemplo, quanto ao acesso e melhoria da capacitação profissional, sempre procurando

manter um diálogo com os gestores com o intuito de garantir serviços e qualidade e assim garantir o acesso dos usuários às políticas públicas.

Ressalta-se que a assistente social do serviço é muito respeitada perante os outros profissionais, os quais a procuram para trocar ideias, tirar dúvidas, sendo que a mesma apresenta um grande comprometimento com os usuários e seus colegas de serviço, procurando solucionar as dificuldades do cotidiano.

Dando seguimento, podemos dizer que as expressões da questão social presentes no cotidiano do serviço, conforme já exposto acima, estão relacionadas a renda baixa, transporte, acesso aos serviços de saúde, acesso e permanência escolar, entre outras, e as demandas são as suas necessidades, porém o principal objetivo do serviço é intervir com um tratamento adequado para a reinserção do usuário ao convívio social.

Ainda, importante referir que em qualquer área de atuação, neste caso a saúde mental, o assistente social deverá atender as atribuições e competências que lhe são atribuídas, as quais são norteadas pelo Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão e Projeto Ético Político.

Assim, o Serviço Social exerce sua função independentemente das dificuldades existentes, sendo que possuem um vínculo harmonioso com toda a equipe do serviço, buscando sempre encontrar o melhor tratamento para o usuário de forma que possibilite a sua ressocialização.

#### **4 SISTEMATIZAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO**

O projeto de intervenção é resultado do Estágio Supervisionado em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM -, o qual foi realizado junto ao Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência – CAPS i “O Equilibrista”.

O projeto despontou, a partir do primeiro semestre de estágio supervisionado I na citada instituição (agosto-dezembro/2017), ainda que com tempo insuficiente para observar todas as demandas existentes, constatou-se a falta de informação por parte dos usuários e seus familiares, acerca dos direitos e benefícios que a Constituição Federal de 1988 assegura-lhes. Deste modo, juntamente à supervisora de campo debateu-se quanto a proposta de propor-se rodas de conversa em sala de espera (ambiência), a fim de socializar informações e orientações sobre os direitos da criança e adolescente e demais assuntos pertinentes às

demandas dos usuários. Essa proposta foi apresentada no semestre posterior, no estágio supervisionado II.

Além disso, é importante destacar que, muitas vezes, uma simples informação mais concreta pode auxiliar e facilitar a realidade daquele usuário e/ou seu familiar, assim, não precisando recorrer a outro serviço em busca de informação. Nesse sentido, o Serviço Social está de acordo com as normas constitucionais, visando a garantia de direitos e serviços a todo cidadão.

Salienta-se que a elaboração do projeto de intervenção iniciou no primeiro semestre de 2018, sua aplicação foi nos meses de maio/junho do presente ano. Ressalta-se, também, que essa proposta é de grande relevância, tendo em vista que os usuários ao terem conhecimento sobre seus direitos, bem como, de seus deveres, enquanto cidadãos, terão a oportunidade de exercê-los, e fazer-se cumpri-los.

Nesse sentido, a referida proposta teve como objetivo geral compartilhar com os usuários e seus familiares informações pertinentes aos direitos e benefícios que lhes são assegurados, bem como referências de acesso a tais direitos, a fim de evitar o prejulgamento (estigma social) que persiste atualmente com os usuários que possuem transtorno mental. Já no que tange aos objetivos específicos do projeto, podemos elencar:

- Propor, através de atividades em sala de espera, postura crítica e o diálogo entre os usuários, sobre os direitos da criança e adolescentes;
- Identificar necessidades e demandas por meio da escuta sensível e da observação dos grupos em sala de espera;
- Buscar respostas e dar encaminhamentos às demandas trazidas pelos usuários neste espaço;
- Estimular o desenvolvimento de uma consciência crítica em relação aos direitos humanos para o público alvo da ação socioeducativa.

Seguindo esse viés é importante aludir quanto ao propósito do projeto de intervenção, sendo que neste, o profissional além de trabalhar com as expressões da questão social, também se importa em garantir os direitos dos usuários, os quais muitas vezes desconhecem seus próprios direitos civis.

A Constituição Federal de 1988 prevê em seu artigo 5º “que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza (...)”, ainda estabelece princípios, direitos e garantias fundamentais aos cidadãos, sendo que segundo Moraes (2005, p. 28-29) essas garantias

“traduzem-se quer no direito dos cidadãos a exigir dos poderes públicos a proteção dos seus direitos, quer no reconhecimento dos meios processuais adequados a essa finalidade”.

Na sequência, o artigo 6º da Carta Magna, refere-se sobre os Direitos Sociais, como fundamentais aos cidadãos e, conforme leciona Moraes (2005, p. 177) “tendo por finalidade a melhoria de condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, e são consagrados como fundamentos do Estado democrático (...)”.

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Assim, cabe ao profissional dentro de suas atribuições, e em concordância com a Constituição Federal, proporcionar aos usuários meios de acesso e também informações relevantes sobre seus direitos (área de família e previdenciário).

Destaca-se que na seguridade social é garantido o direito à saúde, previdência e a assistência social. Simões (2011, p. 105) refere que “a seguridade tem por finalidade a garantia de certos patamares mínimos de vida da população, em face de reduções provocadas por contingências sociais e econômicas”, assim, através da seguridade social é garantido aos cidadãos os “mínimos sociais”, dentre esses mínimos estão o Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílios, pensões e aposentadorias, benefícios esses que são dispendidos in pecúnia, e outros como medicamentos e cestas básicas são satisfeitos in natura (SIMÕES, 2011).

Frisa-se que a área de família engloba o casamento, o poder familiar, a união estável (constituição e dissolução), divórcio, pensão alimentícia, direito de visitas, guarda, tutela, curatela, medidas de proteção, adoção, inventário, sucessões, interdição, investigação de paternidade. Assim, é fundamental que o profissional tenha o mínimo de conhecimento para esclarecer dúvidas que possam surgir no decorrer do atendimento no serviço, sendo que os usuários, em sua maioria, são de classe média baixa e leigos em assuntos relacionados a seus direitos e como recorrer em busca desses. Salienta-se ainda, que o núcleo familiar é de suma importância para a evolução do tratamento do usuário no serviço.

A família constitui a instância básica (...). É o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social, constituindo-se no locus preferencial de sustento, guarda e educação das crianças e adolescentes, proteção dos idosos e pessoas com deficiência. O direito a convivência familiar, por isso, supera o mero rendimento per capita, para se fixar no âmbito do núcleo socioafetivo, não somente por laços consanguíneos, mas

também de aliança ou afinidade, em torno de relações de geração e de gênero (SIMÕES, 2011, p. 194).

#### 4.1 PRODUTO E AVALIAÇÃO PROPOSITIVA DO PROCESSO DE TRABALHO NO ESTÁGIO II (LIMITES E POSSIBILIDADES)

Após dois semestres de estudo, conversas, planejamentos e troca de ideias, o projeto de intervenção saiu do papel e teve como intuito levar aos usuários e seus familiares uma proposta de socialização de informações. Destaca-se que o propósito do projeto vai de encontro da Lei de Regulamentação da profissão – Lei nº 8.662/93 -, a qual dispõe em seu art. 4º, inciso V, que compete ao assistente social orientar os usuários sobre seus direitos.

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

- I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- IV - (Vetado);
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Assim, o projeto iniciou com informações acerca da proteção integral à criança e ao adolescente, mas também, refere sobre a importância da família ao desenvolvimento físico e mental destas, mencionando artigos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para que assim os usuários e seus familiares possam visualizar tais informações. Apresentou-se pela autora e pela assistente social do serviço para o grupo de famílias, o qual ocorre nas segundas-feiras, pela parte da manhã, na sala de ambiência, onde os pais aguardam seus filhos que estão em consulta ou em atendimento de grupo.

A definição de ambiência, conforme dispõe Brasil (2006, p. 5) “ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana”, ou seja, o local onde os pais/responsáveis aguardam seus filhos que estão em consulta ou em atendimento de grupo, e também é o lugar onde ocorre à escuta desses familiares.

O conceito de AMBIÊNCIA segue primordialmente três eixos:

- O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... –, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.
- O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática (BRASIL, 2006, p. 6).

Primeiramente, a autora apresentou o projeto de intervenção, referindo ser parte do estágio supervisionado II do curso de Serviço social da Universidade Federal de Santa Maria, mencionado que tal ideia surgiu com o intuito de sanar possíveis dúvidas existentes sobre o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e demais demandas existentes na vida dos usuários, bem como informar sobre os direitos que lhes são garantidos e como acessá-los.

Destaca-se que alguns familiares dialogavam sobre os assuntos apresentados e, também, traçavam uma relação com o seu dia-dia. Tendo em vista o curto período de duração do grupo, que era aproximadamente de uma hora, não foi possível expor todas as demandas em apenas um encontro, assim, houve mais de uma conversa com o mesmo grupo para dar continuidade na apresentação. Nesse dia, mais familiares compareceram e, novamente, foi apresentado o projeto e, então, deu-se continuidade nas falas.

No encontro, observou-se que os familiares estavam desinibidos, e, assim, iniciou-se um diálogo entre a autora do projeto e os familiares, onde surgiram inúmeras dúvidas sobre direitos, onde acessá-los e quando é necessário recorrer à justiça. Nesse viés, os próprios familiares dialogavam entre si, trocando experiências, como, por exemplo, sobre acesso e inclusão dos seus filhos a escola.

Ao decorrer da intervenção, surgiram inúmeras dúvidas por parte dos familiares, as quais iam sanando-se com as conversas, não só por parte da autora do projeto, mas também, pelo diálogo entre os próprios familiares, acompanhantes e pela assistente social responsável. Tendo em vista, que cada família poderá repassar as informações a seus parentes, amigos,

vizinhos, ampliando, assim, o público alvo e também auxiliando na circulação de informações.

É imprescindível destacar que, ao decorrer dos encontros, alguns familiares não se mostravam a vontade para falar e apresentavam dificuldades para relatar situações do dia a dia, bem como, percebeu-se que existem segredos e fatos que eles não trazem durante a intervenção; existem assuntos que os deixam desconfortáveis, como por exemplo, quando falamos sobre denúncia de violações de direitos, sobretudo a violência intrafamiliar.

Diante disso, surge a necessidade de buscar os prontuários desses usuários para entender o contexto histórico dessas famílias e modos de vida. Durante a análise desses prontuários, em cinco casos específicos, percebeu-se a presença de suspeitas e confirmação de abuso sexual das crianças e adolescentes usuários do CAPSi.

Sendo assim, o Trabalho de Conclusão de Curso buscou focar situações de violência sexual, suspeitas ou comprovadas entre os usuários do CAPSi, visto que, é uma situação de grave violação de direitos. Para tanto, inicialmente, serão apresentados conceitos e dados estaduais e regionais acerca do tema, de modo a nortear a apresentação e posterior análise dos casos que serão apresentados.

## **5 VIOLAÇÃO DE DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Destaca-se que a Organização Mundial da Saúde pronunciou-se, primeiramente, em 2002, em relação à violência de forma mais incisiva, antes apenas fazia uma classificação dos efeitos desse problema ou realizava análises e recomendações esporádicas sobre o assunto. Então, divulgou o Relatório mundial sobre violência e saúde, definindo como:

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5).

Ressalta-se que a violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno universal que ocorre em diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, atingindo todas as classes sociais, etnias, religiões, raças e culturas. Segundo dados de 2002 da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, a violência é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil, constituindo hoje a principal causa de morte entre crianças e adolescentes (ARPINI, SILVA, 2006).

Estudos mostram, ainda, que a violência contra crianças e adolescentes é um evento frequente e que se apresenta de diversas formas, podendo apresentar, por exemplo, um sintoma ou sinais isolados que não permitem a confirmação.

O Ministério da Saúde (2003) define como violência intrafamiliar toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. A violência pode, muitas vezes, ser cometida dentro ou fora da residência por um membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que, sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra.

O conceito de violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também às relações em que se constrói e efetua. A violência intrafamiliar, frequentemente acarreta uma enorme gama de consequências para a criança e ao adolescente que são vítimas, estes efeitos variam do físico – ferimentos externos ou internos – ao psíquico – distúrbios mais ou menos graves que podem envolver agressividade, ansiedade ou depressão (GONÇALVES, 2005).

De acordo com Gonçalves (2005), segundo o

Manual referente à Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. [...] A violência pode ser definida como atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, com objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima, deixando ou não marcas em seu corpo (p. 290).

Segundo Faleiros (2003), o autoritarismo, o machismo e os preconceitos manifestam-se nas relações afetivas e na sexualidade, e definem as relações de poder existentes no cotidiano das famílias. Trata-se do campo minado da sexualidade adulta, de forte envolvimento emocional, de ideologias historicamente presentes na sociedade brasileira, que muitos tentam negar ou minimizar.

É nesse contexto de poder que deve ser analisada e compreendida a violência sexual de adultos contra crianças e adolescentes. O autor diz, ainda que, esse tipo de violência sexual, principalmente, cometida por familiares ou conhecidos, é uma relação de força, imposta através de silêncios, segredos, cumplicidades e sedução.

Conforme Gabel (1997), a definição de abuso sexual de crianças e adolescentes supõe uma disfunção entre três níveis:

O poder exercido pelo grande (forte) sobre o pequeno (fraco), a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (protetor), e o uso delinquente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo indivíduo tem de propriedade sobre seu corpo (p. 10).

De acordo com Faleiros (2003), a violência sexual contra criança e adolescente, principalmente, aquela cometida por familiares ou conhecidos, é um espaço de silêncios, segredos e sigilos. Esses pactos servem para encobrir a presença e a extensão do fenômeno da violência sexual, bem como, dificultar o estudo, o entendimento e o enfrentamento dessa problemática.

“É neste caldo de cultura da cumplicidade e da impunidade que a violência sexual, por vezes hipocritamente rejeitada, é pouco assumida pela sociedade como crime e como grave violação de direitos humanos.” (FALEIROS, 2003, p. 20).

A autora diz que a violência manifestada no cotidiano, mostra-se como abuso sexual, psicológico ou físico de crianças e adolescentes; e, além disso, manifesta concretamente uma relação de poder exercida por um adulto ou alguém mais forte sobre essas vítimas. Termos como violência, agressão, vitimizações, exploração, maus-tratos, sevícia, ultraje, injúria, crime podem e são utilizados para se referir ao fenômeno do abuso sexual (FALEIROS, 2003).

A violência sexual é definida como “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento mais adiantado que a criança ou adolescente.” (SUASSUNA, CARVALHO, 2013, p. 108). Tem como intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Apresenta-se sob a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança ou ao adolescente pela violência física ou psicológica, ameaças ou indução de sua vontade com ou sem o uso da força física, não deixando, muitas vezes, marcas visíveis, o que dificulta sua comprovação. Esse fenômeno pode variar desde atos sem contato físico (produção de fotos pornográficas, linguagem sexualizada, voyeurismo, exibicionismo) a atos com contato físico sem penetração (sexo oral, intercurso interfemural) ou com penetração (digital, com objetos, intercurso genital ou anal) (ARAÚJO, 2002; BRASIL, MS, 2002).

Segundo Faleiros (1998), considera-se violência sexual não apenas a que seja constituída pela prática do abuso sexual, mas também pela ausência de orientação sexual, pelo desrespeito aos desejos da criança e do adolescente, pela não legitimação de seu sofrimento e pelo silenciamento e negligência de seus responsáveis. “As pesquisas e estudos sobre violência contra crianças apontam duas dificuldades: a precariedade das fontes de dados e a

‘ocultação’ do fenômeno, especialmente pelas famílias atendidas.” (SOUSA, MORAIS, 1977, p. 24). As pesquisas e a mídia revelam que as vítimas de violência sexual são, preferencialmente, meninas, sem uma prevalência de faixa etária. Conforme Moreira e Sousa (2012), os meninos que sofrem esse tipo de violência são emudecidos por conta da caracterização social da posição do gênero masculino, que prescreve aos homens a ocupação do lugar de dominadores e não de dominados. O processo de revelação do abuso é um estágio decisivo, no qual a vítima revela a alguém de sua confiança sobre a violência que lhe foi desferida, fazendo com que o segredo venha à tona (FALEIROS, 2003). Arpini et al. (2008) analisaram em seus estudos os problemas relacionados à revelação da situação de violência sexual e à notificação. O rompimento do silêncio por parte de crianças e adolescentes nesses casos não é simples, pois eles precisam vencer o medo e a culpa para conseguir relatar episódios vividos, especialmente, os que acontecem em meio intrafamiliar. Ademais, quando decidem contar suas vivências defrontam-se, muitas vezes, com uma atitude não acolhedora por parte de seus interlocutores. É comum que as pessoas escolhidas para ouvir a confissão acabem por silenciá-la, com frases como “vamos esquecer isso”. Em outras ocasiões, após o relato, as crianças e os adolescentes são aconselhadas a tomar medidas para evitar novos episódios: “não fique mais sozinho com esta pessoa”. Conselhos como esse são ambivalentes, uma vez que, de um lado, consideram o fato como verdade, mas de outro, passam a ideia de que não é possível fazer nada (“o que passou... passou!”) e, por vezes, de que a responsabilidade pela violência é da própria vítima.

“Os adolescentes muitas vezes também se deparam com certo descrédito, sendo culpabilizados pela violência. As vítimas do sexo feminino são taxadas, por exemplo de “sedutoras” e “assanhadas”.” (MOREIRA, SOUSA, SILVA, 2013, p. 42). Sabe-se de casos de abuso sexual intrafamiliar praticado pelos padrastos e até mesmo pelo pai, em que a palavra da criança ou adolescente é invalidada pelas próprias mães, que buscam preservar a todo o custo a relação com seu companheiro e acabam por voltar-se contra as filhas. Conforme Santos e Dell’Aglia (2013), um fator que tem sido observado como importante para uma predição positiva das vítimas diz respeito ao modo como as mães enfrentam a situação de ter uma filha abusada sexualmente. “O fato, por exemplo, de uma mãe acreditar no relato de sua filha vítima e tomar medidas de proteção poderá repercutir no modo como a própria vítima consegue elaborar a experiência traumática.” (SANTOS, DELL’AGLIO, 2013, p. 52). Nesse sentido, para enfrentar a violência é necessário profissionais capacitados, equipes articuladas, redes consolidadas e sistema familiar capaz de prover proteção, educação e socialização das crianças e adolescentes (ARPINI, SILVA, 2006).

Dessa forma, considerando os aspectos assinalados anteriormente, é fundamental que a notificação da violência seja cada vez mais incentivada, a fim de que se possam desvelar as situações que muitas se encontram encobertas e/ou silenciadas no contexto familiar. No ano de 2014, a publicação da Portaria nº 1.271 estabeleceu que a notificação compulsória é uma comunicação obrigatória à autoridade de saúde. A violência doméstica e outras violências tornaram-se eventos de notificação semanal e, a violência sexual e a tentativa de suicídio eventos de notificação imediata (BRASIL, 2014). Conforme Cezar (2015), em seus estudos epidemiológicos, demonstra-se que a violência sexual exercida contra crianças no ano de 2014 aumentou, sendo que no estado do Rio Grande do Sul (RS), de acordo com dados do SINAN-TabNet-RS, no período entre 2009 a 2013, houve um total de 21.194 notificações compulsórias de violência (NCV) envolvendo crianças e adolescentes, sendo que 5.796 referiram-se à violência sexual.

Os dados epidemiológicos da cidade de Santa Maria/RS indicaram, assim como, em todo estado do RS, uma evolução e semelhança nos registros de NVC na faixa etária da infância e da adolescência. Do total das 316 notificações, entre 2009 a 2013, aproximadamente 57% foram contra o sexo feminino e, o restante (43%) contra o masculino. Houve 106 registros de NCV na faixa etária entre 0 e 9 anos, nas quais 56 tiveram como vítimas meninas e 50, os meninos. Em relação à faixa etária entre 10 e 19 anos, houve 210 registros, sendo 123 de violência contra meninas e 87 contra meninos. Quanto ao local onde a violência foi praticada, os dados apontam que em 64% dos casos a violência foi perpetrada na própria residência da criança ou adolescente. Segundo dados encontrados junto à 1ª Vara da Infância e Juventude do Distrito Federal (2011), dos 40 processos analisados, envolvendo 47 crianças vítimas de abuso sexual, 87,2% delas eram do sexo feminino e 12,8% do sexo masculino (SANTOS, COSTA, 2011).

Entende-se que a notificação pode contribuir para interromper o ciclo da violência sexual contra a criança e o adolescente. A notificação deve ser compreendida como um instrumento de garantia de direitos e de proteção social, pois quando utilizada para o trabalho em rede permite aos profissionais de saúde, de educação, da assistência social, assim como aos conselhos tutelares e a justiça adotarem medidas para minimizar a violência (sexual). Estudos demonstram que crianças sexualmente abusadas acabam tendo uma visão muito diferente do mundo e dos relacionamentos. Sofrem muito por vários fatores, como, por exemplo, culpa, baixa estima, problemas com a sexualidade e dificuldade em construir relações afetivas duradouras. Percebe-se que o quanto antes receberem apoio médico e psicológico, mais chances terão de superar a experiência negativa da infância e ter uma vida

de adulto mais prazerosa e saudável. O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 13, prescreve: “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.” (BRASIL, 1990).

Estudos sobre violência sexual contra crianças e adolescentes destacam o papel materno como um elemento importante na manutenção, interrupção ou prevenção do abuso sexual, e também relacionados às consequências deste. Conforme Ramos (2010), a maior parte das violências acontecem com meninas e, uma grande parte delas envolvem relações intrafamiliares, das quais o padrasto ou pai é o autor. Nesse sentido, conclui-se que as mães ocupam um lugar estratégico no enfrentamento da violência, na desconstrução da situação violenta e como figura de proteção que pode ajudar no acompanhamento e atendimento.

Pode-se afirmar, também, que diante das dificuldades enfrentadas pelas mães em aceitar e procurar ajuda nas situações de abuso com suas filhas, perpassado por sentimentos de oposição e indecisão, nos quais os aspectos emocionais representaram fatores determinantes de atitudes e influenciaram na tomada de decisão em denunciar o agressor. Assim, é imprescindível que a pessoa para a qual a criança ou adolescente destinou a sua confiança possa acolhê-la em seus medos, incertezas e culpas. Visto que, do contrário a criança poderá ser revitimizada através da incredulidade dos adultos, o que pode resultar em mecanismos de defesa que conduzem a desmentir a queixa realizada. Conforme afirma Gabel (1997), ao dizer que “criança tem medo de falar e, quando faz, o adulto tem medo de ouvi-lá.” (p. 11).

## **6 ESTUDO DE CASO**

### **6.1 CASO 1**

Iniciais do nome: D. M.

Idade: 17 anos

Data de nascimento: 12/04/2001

Data de acolhimento no CAPSi: 11/07/2008

Renda familiar: 2 salários mínimos

Escolaridade: Série Especial

Composição familiar: avó, avô e adolescente.

Diagnóstico: retardo mental leve

Quadro 1 – Caso 1

(continua)

Antecedentes – histórico familiar	Conforme prontuário, o pai é falecido, o adolescente foi criado pelos avós.
Motivo inicial do acolhimento no CAPSi	Encaminhado pela unidade de saúde
Avaliação inicial (quais profissionais atenderam, diagnóstico inicial...)	O adolescente foi acolhido pela equipe multiprofissional do CAPSi, Assistente social, psicólogo e psiquiatra.
O tratamento – frequência no CAPSi (Grupos, atendimentos individuais, outros encaminhamentos, medicação)	O adolescente faz uso de medicamentos: Clorpronazina, Carbonato de Lítio. Atualmente frequenta os grupos do CAPSi.
Percepções da violência (suspeitas)	O adolescente relata suposto abuso sexual por parte do avô, diz que o avô quer sempre lhe dar banho, passa a mão em suas partes íntimas e na hora de secar-se também. Que o avô faz isso com frequência alegando que se preocupa com a sua higiene.
Constatações de violência (processos, acolhimento).	Avó traz o relato que o avô não tem paciência com o neto, não entende o transtorno mental como impossibilidade de realizar tarefas domésticas, como cozinhar, por exemplo, avó diz sentir medo que ele se machuque com os utensílios domésticos. Avó relata que o avô é agressivo e se irrita com muita facilidade com o neto, dando ordens, broncas e tapas.
Momento atual (situação em que a criança se encontra – frequência no CAPSi, tipos de atendimento, evolução...)	O adolescente continua frequentando os grupos e participa das festas que ocorrem no CAPSi (festa junina, festas de final de ano), se mostra muito carinhoso com a avó. Na maioria das vezes é carinhoso e educado com a equipe do CAPSi ,se mostrando obediente as regras estabelecidas.
Observações Gerais	Conforme prontuário, o Adolescente já fez uso de álcool e outras drogas e já fugiu de casa diversas vezes, causando muita preocupação apenas por parte da avó.

Fonte: dados fornecidos pelo prontuário, 2018.

## 6.2 CASO 2

Iniciais do nome: M.V.

Idade: 16 anos

Data de nascimento: 29/08/2002

Data de acolhimento no CAPSi: 01/07/2013

Renda familiar: 1 salário mínimo + Bolsa Família

Escolaridade: Ensino Fundamental incompleto

Composição familiar: pai, mãe e irmão e a adolescente

Diagnóstico: transtorno afetivo bipolar, indícios de deficiência mental

## Quadro 2 – Caso 2

Antecedentes – histórico familiar	Conforme prontuário, mãe da adolescente relata ter engravidado sem saber. Aos 6 anos a adolescente começou apresentar alguns problemas, a mesma chorava muito sem motivos aparentes, apresentava muita ansiedade, choro durante toda a noite e após amanhecer não se recordava. Houve um episódio de briga do casal (pai e mãe) onde a adolescente ficou em estado de pânico. Conforme a mãe, a filha tem muitos esquecimentos, problemas de convivência com os colegas da escola, não respeita regras.
Motivo inicial do acolhimento no CAPSi	Encaminhada pelo CREAS.
Avaliação inicial (quais profissionais atenderam, diagnóstico inicial...)	A adolescente foi acolhida pela equipe multiprofissional do CAPSi: Assistente social, psicóloga, psiquiatra. Conforme prontuário, a criança tem episódios de grito, choro, transtornos de sono, enxaqueca, refere ter uma luz nos olhos, ansiedade, angústia e insegurança, tem muito medo do pai.
O tratamento – frequência no caps i (Grupos, atendimentos individuais, outros encaminhamentos, medicação).	Faz uso de medicações: carbonato de lítio, Risperidona 2mg, Foi encaminhada para ginecologia e oftalmologia.
Percepções da violência (suspeitas)	Conforme prontuário, a adolescente apresentou amenorreia (ciclo menstrual em atraso) por 3 meses, suspeita de gravidez, mãe relata que a filha anda muito quieta, brincadeiras muito infantis para a idade, não realiza nenhuma tarefa sozinha, nem pegar a própria água. Solicita a mãe o tempo inteiro e sente medo de tudo. E não fica sozinha no quarto.
Constatações de violência (processos, acolhimento)	Acompanhada pelo conselho tutelar, suspeita de abuso sexual, conforme denúncia de vizinhos, pai da adolescente é agressivo, profere muitos xingamentos a filha.
Momento atual (situação em que a criança se encontra – frequência no	A adolescente realiza as consultas com a psiquiatria conforme agendamento mensal.

CAPSi, tipos de atendimento, evolução....)	Está inserida nos grupos do CAPSi, porém falta muito aos encontros.
Observações Gerais	Os profissionais que atenderam e acolheram a família perceberam que existem segredos, fatos que a mãe não conta. Mãe da adolescente mostrou-se muito nervosa e desconfortável durante entrevista.

Fonte: dados fornecidos pelo prontuário, 2018.

### 6.3 CASO 3

Iniciais do nome: C. S. N.

Idade: 8 anos

Data de nascimento: 26/08-/2009

Data de acolhimento no CAPSi: 22/03/18

Renda familiar: aproximadamente 1.500 reais

Escolaridade: 3ª série

Composição familiar: pai, mãe, irmã e a menina.

Diagnóstico: sem diagnóstico inicial

#### Quadro 3 – Caso 3

Antecedentes – histórico familiar	Conforme prontuário e relato da mãe, menina teve problemas de saúde muito nova, pneumonia e crises alérgicas.
Motivo inicial do acolhimento no CAPSi	Encaminhada pelo PRAEM (Programa de atendimento Especializado municipal).
Avaliação inicial (quais profissionais atenderam, diagnóstico inicial...)	A menina foi acolhida pela equipe multiprofissional do CAPSi: Assistente social, Terapeuta ocupacional, psicóloga e psiquiatra.
O tratamento – frequência no caps i (Grupos, atendimentos individuais, outros encaminhamentos, medicação)	Participa dos grupos do CAPSi. Está fazendo uso de medicação para ansiedade e está em atendimento semanal com profissionais da Terapia Ocupacional.
Percepções da violência (suspeitas)	Conforme prontuário, mãe se mostra muito reservada, não traz muitas informações, demonstra insegurança ao falar, segredos. Menina sente pânico de ir para a sala de aula. Pai da menina chega ao CAPSi muito nervoso, com pressa, não encontrou a sala de espera da instituição, sendo que foi orientado pelos profissionais da recepção e o CAPSi estava vazio nesse dia, medo de responder perguntas, se mostrando inquieto e impaciente com a menina, não a deixando falar e responder as perguntas sozinha.

Constatações de violência (processos, acolhimento)	Menina faz desenhos alusivos ao abuso sexual.
Momento atual (situação em que a criança se encontra – frequência no CAPSi, tipos de atendimento, evolução....)	A menina frequenta os grupos de convivência do CAPSi. A Assistente social do CAPSi entrou em contato com a Escola para obter maiores informações sobre a menina. Menina está sendo acompanhada pela Educadora especial da escola.
Observações Gerais	Professora da escola da menina relata que os pais vão pouco a escola e quando vão ficam apreensivos e apressados para ir embora.

Fonte: dados fornecidos pelo prontuário, 2018.

#### 6.4 CASO 4

Iniciais do nome: P. A. Q.

Idade: 15 anos

Data de nascimento: 22/02/2003

Data de acolhimento no CAPSi: 22/11/2016

Renda familiar: 2 salários mínimos + Bolsa Família

Escolaridade: Ensino Fundamental incompleto

Composição familiar: pai, mãe, menina e 3 irmãos

Diagnóstico: síndrome do pânico

#### Quadro 4 – Caso 4

Antecedentes – histórico familiar	Conforme prontuário e relato da mãe, a adolescente não apresentou patologias na infância.
Motivo inicial do acolhimento no CAPSi	Encaminhada pelo conselho tutelar, com ficha FICAI (ficha de comunicação de aluno(a) infrequente).
Avaliação inicial (quais profissionais atenderam, diagnóstico inicial...)	A adolescente foi acolhida pela equipe multiprofissional do CAPSi: Assistente social, psicóloga, psiquiatra. Durante consulta com o médico psiquiatra não verbaliza nada, apenas mantém contato visual.
O tratamento – frequência no caps i (Grupos, atendimentos individuais, outros encaminhamentos, medicação)	A adolescente apresentou resistência em participar dos grupos de convivência do CAPSi. Demonstra insegurança e medo. Faz uso de medicamentos: para ansiedade e para dormir, Risperidona 2mg.

Percepções da violência (suspeitas)	A adolescente apresenta fobia, segredos e confinamento domiciliar.
Constatações de violência (processos, acolhimento).	Pais relatam que não sabiam que a filha faltava à escola, demonstram contradições em seus relatos e insegurança e desconforto durante entrevista. Não entendem a filha, mãe relata que ela se faz de vítima e inventa coisas, mente. Quando questionada sobre o que a adolescente mente, a mãe fica nervosa e desconversa, muda de assunto.
Momento atual (situação em que a criança se encontra – frequência no CAPSi, tipos de atendimento, evolução....)	Adolescente está participando dos grupos de convivência do CAPSi, não é muito participativa nas atividades, relata ter dificuldades para ler e escrever. Encaminhada para oftalmologia.
Observações Gerais	Conforme prontuário, a adolescente fica em casa direto, dorme com os pais, não conversa com ninguém, resmunga muito, xinga a mãe, os pais não sabem explicar esse comportamento. Após visita domiciliar, constatou-se um ambiente familiar confuso, mãe “dando desculpas”, não existem fotos da menina no ambiente e dos mais filhos sim. Adolescente relata que possui um segredo e que não pode falar, pois tem medo do pai.

Fonte: dados fornecidos pelo prontuário, 2018.

## 6.5 CASO 5

Iniciais do nome: M. E. S.

Idade: 10 anos

Data de nascimento: 11/05/2008

Data de acolhimento no CAPSi: 11/09/2015

Renda familiar: aproximadamente 1.200 reais

Escolaridade: Ensino Fundamental incompleto

Composição familiar: tia e menina

Diagnóstico: síndrome do pânico

### Quadro 5 – Caso 5

Antecedentes – histórico familiar	Conforme prontuário, a mãe da menina se prostituía, fazia uso de álcool e outras drogas, constatação de abuso sexual da menina por parte do padrasto.
Motivo inicial do acolhimento no	Encaminhada pelo CREAS.

CAPSi	
Avaliação inicial (quais profissionais atenderam, diagnóstico inicial...)	A menina foi acolhida pela equipe multiprofissional do CAPSi: Assistente social, psicóloga, psiquiatra.
O tratamento – frequência no Caps i (grupos, atendimentos individuais, outros encaminhamentos, medicação)	A menina frequenta os grupos de convivência do CAPSi. Mostra-se muito tímida e reservada, apresenta insegurança para falar e interagir com outras crianças. Medo, fobia.
Percepções da violência (suspeitas)	A menina relata que a mãe e padrasto andavam pelados pela casa, que o padrasto a machucava e obrigava a fazer “coisas” que não gostava.
Constatações de violência (processos, acolhimento)	Processo judicial, menina está sobre a guarda-tutela da tia desde novembro de 2017.
Momento atual (situação em que a criança se encontra – frequência no CAPSi, tipos de atendimento, evolução...)	Conforme relato da tia, pai da menina era ausente, depois do ocorrido passou a visitar a menina e está restabelecendo os vínculos afetivos com a mesma.
Observações gerais	Tia relata que a menina possui problemas ginecológicos, como cocéiras e mau cheiro. Menina foi encaminhada para a ginecologista com suspeita de DST (doença sexualmente transmissível).

Fonte: dados fornecidos pelo prontuário, 2018.

## 7 ANÁLISE DAS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL VIVENCIADAS PELAS FAMILIAS

A partir da apresentação dos casos, é possível constatar a comprovação de violência sexual em um único (caso 5), contudo, nos demais casos há indícios relevantes de que há violência sexual ocorrendo. A violência é um fenômeno multifacetado e é considerada uma expressão da questão social consoante a Telles (1996, p. 85):

[...] a questão social é a aporia das sociedades modernas que põe em foco a disjunção, sempre renovada, entre a lógica do mercado e a dinâmica societária, entre a exigência ética dos direitos e os imperativos de eficácia da economia, entre a ordem legal que promete igualdade e a realidade das desigualdades e exclusões tramada na dinâmica das relações de poder e dominação.

Sendo assim, ao analisar-se a categoria questão social, observou-se a partir da perspectiva da situação em que se encontra a maioria da população – aquela que só tem na venda de sua força de trabalho, os meios para garantir sua sobrevivência. Ressaltar as diferenças entre trabalhadores e capitalistas, no acesso a direitos, nas condições de vida. Analisar as desigualdades e buscar forma de superá-las. Entender as causas das desigualdades, e o que essas desigualdades produzem na sociedade e na subjetividade dos homens.

Sabe-se que as expressões da questão social são visivelmente percebidas no cotidiano das famílias, sendo elas questões relacionadas à composição e estruturação familiar, renda baixa, dificuldade de acesso a transporte, acesso aos serviços de saúde, acesso e permanência escolar, discriminação, exclusão social, fome, *bullying*, violência, acesso das famílias às políticas sociais e aos direitos e garantias constitucionais.

Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2012, p. 27).

Dessa forma, têm-se as expressões da questão social como uma consequência das desigualdades sociais, ou seja, se a questão social é o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que estão enraizados na contradição do capital trabalho, a expressão da questão social seria a pobreza, a violência, o abandono, a indiferença, o desemprego, os preconceitos, a falta de moradia digna, entre outros.

Além disso, é possível perceber durante a análise dos casos dos prontuários do CAPSi, diversas expressões das questões sociais vivenciadas por esses sujeitos. São vulnerabilidades e processos de exclusão das políticas públicas, tais como habitação, trabalho, renda, educação que incidem na vida destes usuários e podem ser fatores de produção de violência.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho teve o objetivo de analisar os prontuários de crianças e adolescentes que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial infantil - CAPSi “O EQUILIBRISTA”, os quais apontam suspeitas ou confirmação de violência sexual. A partir dessa análise, foi possível identificar as diversas expressões da questão social que estão inseridas nesse contexto.

Primeiramente, o trabalho visou trazer um resgate histórico da Saúde no Brasil, os direitos dos usuários na saúde mental, assim como, a criação dos CAPS no país. Sendo que o CAPS, é um espaço de referência para acolhimento e tratamento de pessoas que possuem transtornos psíquicos e demais quadros, proporcionando aos usuários um dispositivo de produção de cuidado intensivo no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda, ao longo do trabalho enfatizou-se como se constituiu o Serviço Social na saúde mental, bem como, o trabalho do Assistente Social, que é de suma importância e desafiador, o qual objetiva garantir direitos dos usuários e possibilitar um tratamento adequado e eficaz, num sistema de saúde gratuito e de qualidade. Além disso, é importante referir-se sobre a reforma sanitária, a qual foi fundamental para o tratamento integral dos usuários, rompendo com o formato de hospícios e manicômios.

Dando seguimento, foi apresentado o CAPSi, como se estruturou na cidade de Santa Maria-RS , e a sistematização do projeto de intervenção que foi executado durante o Estágio Curricular do Curso de Serviço Social na instituição, assim como, as particularidades do projeto, seus limites e possibilidades dando ênfase as expressões da questão social que foram percebidas durante a intervenção.

Logo, buscou-se trazer um estudo sobre a violação de direitos das crianças e adolescentes com dados estaduais e regionais, que identificam a violência sexual como fato concebido entre esses sujeitos. Ainda foi realizado um estudo de caso dos prontuários do CAPSi , onde foi elencado 5 casos para o estudo, sendo possível trazer uma análise do contexto familiar, histórico, econômico e social que estão inseridas essas crianças e adolescentes, bem como as expressões da questão social que são vivenciadas por eles. Nesse estudo de caso conclui-se que existe a violação de direitos das crianças e adolescentes com transtornos psíquicos que frequentam o CAPSi.

## REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em serviço Social**. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <[http://www.abepss.org.br/uploads/textos/documento\\_201603311145368198230.pdf](http://www.abepss.org.br/uploads/textos/documento_201603311145368198230.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2018.

ABRE. Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. **Guia Prático sobre Psicoses**. Disponível em: <[http://abrebrasil.org.br/web/pdf/guia\\_pratico\\_psicoses.pdf](http://abrebrasil.org.br/web/pdf/guia_pratico_psicoses.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2018.

AGUIAR, Antônio Geraldo. **Serviço Social e Filosofia: das origens à Araxá**. 5ª ed. São Paulo: Cortez. Piracicaba. SP. 1995.

ALBERNAZ, A. C. N. P.; SILVA, V. G. C. Assistente Social: Um profissional a serviço dos direitos, da cidadania e da justiça social. In: **Revista da Católica**. Uberlândia, v. 1. P.166-175, 2009.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.455-462, 2007.

ARPINI, D. M.; SILVA, M. L. **A violência com crianças e adolescentes na cidade de Santa Maria- RS**. Psicologia/UFSM, 2006.

ARPINI, D. M.; SOARES, A. C. O. E.; BERTÊ.L.; FORNO, C. D. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 95-112, dez. 2008.

ARPINI, D. M.; HERMANN, C.; FORNO, C. D.; SOARES, A. C. A importância da escuta na revelação da violência contra a criança e a adolescência. **Psicologia, Educação e Cultura**, v.14, n.1, p.111-128, 2010.

AZAMBUJA, M. R. F. A.; FERREIRA, M. H. M. (Org). Violência sexual contra crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2011. AZEVEDO, E. C. Atendimento psicanalítico a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.21, n.4, p. 66-77, 2001.

AZEVEDO, Otto Santos de. A reforma sanitária no Brasil: um estudo do Proposta – **Jornal da Reforma Sanitária/RADIS/Fiocruz (1987-1994)** / Otto Santos de Azevedo. – Rio de Janeiro: s.n., 2016.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Crianças vitimizadas:** a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Pele de asno não é só história:** um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família. São Paulo: Roca, 1988.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Código de ética do assistente social comentado.** – CFESS. – São Paulo: Cortez, 2012.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social mental:** uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAGA, André Luiz de Carvalho. **O Serviço Nacional de Doenças Mentais no governo JK:** a assistência psiquiátrica para o Distrito Federal. / André Luiz de Carvalho Braga – Rio de Janeiro: s.n., 2013.

BRASIL. Código Civil. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>. Acesso em: 14 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de MausTratos Contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais da Saúde.** Um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília/DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência Intrafamiliar.** Orientações para a prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica nº 8. (2º ed.) Brasília/DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Lei 12.435/ 2011**, Brasília, 2011.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. **Lei 8.069/ 1990.** Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.823**, de 22 de agosto de 2012. Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de MausTratos Contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais da Saúde.** Um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília/DF, 2002.

CESAR, P. **Notificação Compulsória da Violência contra crianças e adolescentes: um estudo quanti-qualitativo**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia; Universidade Federal de Santa Maria, 2015.

CÉSAR, M. A. (Orgs.). **Indicadores de violência intrafamiliar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes**. Brasília: CECRIA, p. 9-28, 1998.

FALEIROS, E.T.S. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2003.

FALEIROS, V. P. **A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário**. Brasília: CECRIA, 1997.

GABEL, M. (Org.). **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997.

GONÇALVES, H.S. Violência contra a criança e o adolescente. In: GONÇALVES, H.S.; BRANDÃO, H.S. (Orgs.). **Psicologia Jurídica no Brasil**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2ª ed. p. 277-307. 2005.

KRUG, E. G. et al. (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

BRASIL. **Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.662**, de 7 de junho de 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8662.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm). Acesso em: out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: out. 2018.

\_\_\_\_\_. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de 38 Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf). Acesso em: nov. 2018

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. 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.; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et. al., (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BREDOW, Suleima Gomes. DRAVANZ G, M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. In: **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez. 2010.

Disponibilizado em:  
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785>. Acesso em out. 2018.

CFESS. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília. 2010. Disponível em:  
[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em out. 2018.

\_\_\_\_\_. Workshop sobre a definição de serviço social. Rio de Janeiro: 2012. Disponível em:  
[www.cfess.org.br/arquivos/diagramacao\\_definicao\\_workshop.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/diagramacao_definicao_workshop.pdf). Acesso em: out. 2018.

COIMBRA, C. V.; BARROS, I. F. As origens do Serviço Social no Brasil. In: XVI Seminário de Pesquisa do CCSA, 2010. Disponível em:  
[http://www.academia.edu/5391335/XVI\\_SEMIN%C3%81RIO\\_DE\\_PESQUISA\\_DO\\_CCSA\\_AS\\_ORIGENS\\_DO\\_SERVI%C3%87O\\_SOCIAL\\_NO\\_BRASIL](http://www.academia.edu/5391335/XVI_SEMIN%C3%81RIO_DE_PESQUISA_DO_CCSA_AS_ORIGENS_DO_SERVI%C3%87O_SOCIAL_NO_BRASIL). Acesso em: mai. 2018.

CRESS. Legislação social: cidadania, políticas públicas e exercício profissional. Curitiba: Conselho Regional de Serviço Social – CRESS. 11ª Região, 2006.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma sanitária no Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12): 4701-4706, 2011.

ESTEVIÃO, Ana Maria Ramos. *O que é Serviço Social*. São Paulo: Brasiliense, 2006.

ESPERIDIÃO, Elizabeth. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. In: *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível:  
<http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: nov. 2018

FREIRE, A. S. CÂNDIDO, S. S. UMA ANÁLISE DA ORIGEM DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL. In: *Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira*. Ano VI. – n 08, setembro/2013. – ISSN – 1983 – 1285.

GODOY, M. M. COUTO, L. E. O Congresso da virada de 1979 e o projeto ético Político. Disponível em:  
<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1963/2092>. Acesso em: nov. 2018.

GOFFMAN, E. Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Tradução de Mathias Lambert. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1988.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional; 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_\_\_\_. Relações Sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica /Marilda Iamamoto, Raul de Carvalho.- 40. Ed. – São Paulo: Cortez, 2014.

JUNQUEIRA, Helena Iracy. Quase duas décadas de Reconceituação do Serviço Social: uma abordagem crítica. Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, ano II, n. 4, p. 1-38, 1980.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. Revista de Administração Pública, vol. 32 (2), p. 11-22, mar/abr. Rio de Janeiro, 1998.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social: identidade e alienação. 8ª edição – São Paulo: Cortez. 2003.

MORAES, Alexandre de. Direito Constitucional. 17ª ed. – São Paulo: Atlas, 2005.

MOREIRA, Carlos Felipe Nunes. O trabalho com grupos em serviço social: a dinâmica de grupo como estratégia para reflexão crítica. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. Rev. O social em questão, Ano XV, nº 28, 2012.

MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G.; SILVA, M. A. A. A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: Análise da situação e recomendações para o enfrentamento e prevenção. In: SOUSA, S. M. G.; MOREIRA, M. I. C. (Orgs). Quebrando o Silêncio disque 100. Goiânia: Cãnone Editoria. p. 31-70. 2013.

RAMOS, M. C. R. Mães de meninas vítimas de abuso sexual: Aquilo que não se pode dizer. Dissertação de Mestrado. Pró-Reitoria Acadêmica- Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Católica de Pernambuco – UNICAMP, 2010.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64. 8. ed. .São Paulo: Cortez, 2005.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. In: Ver. Saúde Pública 2001;35(1):103-9. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/peduzzi\\_cobem\\_07.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/peduzzi_cobem_07.pdf). Acesso em: jun. 2018.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. In: Ciência & Saúde Coletiva, 16 (12): 4579-4589, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. CAPS Infantil “O Equilibrista”: inaugurada nova sede do atendimento psicossocial para crianças e adolescentes. Disponível em: <<http://www.santamaria.rs.gov.br/noticias/6699-caps-infantil-ldquo-o-equilibrista-ldquo-inaugurada-nova-sede-do-atendimentopsicossocial-para-criancas-e-adolescentes>>. Acesso em: out. 2018.

\_\_\_\_\_. Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência. Projeto Técnico Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência de Santa Maria CAPSi O Equilibrista. Santa Maria, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa. Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses: MDT/Universidade Federal de Santa Maria. 6. ed. rev. e ampl. – Santa Maria: Ed. da UFSM, 2006.

SANTOS, S. S. Uma análise do contexto de revelação e notificação do abuso sexual: percepção de mães e adolescentes vítimas. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

SANTOS, S. S. dos; DELL`AGLIO, D. D. O processo de revelação do abuso sexual na percepção de mães. Revista Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo. v. 15, n. 1, p. 50-64. Jan/abr 2013.

SANTOS, V. A. dos.; COSTA, L. F. A violência sexual contra crianças e adolescentes: conhecer a realidade possibilita a ação protetiva. Estudos de Psicologia, Campinas. v. 08, n. 4 p. 529-537. out/dez 2011.

SANTOS, S. S. dos.; DELL`AGLIO, D. D. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. Estudos de Psicologia, Campinas. v. 25, n.4, p. 595- 606, out/dez, 2008.

SANTOS, V. A. dos.; COSTA, L. F. O papel desempenhado pela Justiça na história de uma família com denúncia de violência sexual. Interações. V. 6, n. 17, p. 133-154. Brasília, jan/jun

2004. SANTOS, S. S. dos.; DELL`AGLIO, D. D. Revelação do abuso sexual infantil: reação maternas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 25 n. 1, p. 085-092. Jan/mar, 2009.

SIMÕES, Carlos. *Curso de Direito do Serviço Social*. 5ª ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. In: *Revista Serviço Social e Sociedade* nº 103. Cortez, 2010.

SOUSA, S. M. G; MORAIS, N. O. L. (orgs.). *Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes na Região Metropolitana de Goiânia (1992-1996)*. Goiânia: Cerne, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência*. (2a.ed.). Rio de Janeiro, 2001.

SUASSUNA, D.; CARALHO, R.M. O Fenômeno da Violência contra Crianças e Adolescentes segundo dados do disque 100: seus tipos e o perfil das vítimas. In: SOUSA, S. M. G.; MOREIRA, M. I. C. (Org.). *Quebrando o Silêncio disque 100*. Goiânia: Cãnone Editorial, p. 101-112. 2013.

SOUSA.S. M. G.; MOREIRA, M. I. C. (Org.). *Quebrando o Silêncio disque 100*. Goiânia: Cãnone Editorial, p. 101-112. 2013.

TELLES, Vera da Silva. **Questão Social: afinal do que se trata?** São Paulo em Perspectiva, vol. 10, n. 4, out-dez/1996. p. 85-95.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

YAZBEK, M.C. O significado sócio histórico da profissão. In: CFESS/ABESS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.