



**VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

**Eixo Fundamentos do Serviço Social: O trabalho profissional de Assistentes
Sociais**

**Centralidade da família e processo de trabalho do Serviço
Social na atenção psicossocial infantojuvenil**

Júlia Maria Deusdará Santos¹
Renan Garcia Guilherme²

Resumo: Este estudo analisa o processo de trabalho do Serviço Social na atenção psicossocial infantojuvenil, a partir da experiência com famílias em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil localizado em município de médio porte do norte do Paraná. Trata-se de pesquisa qualitativa, caracterizada como relato de experiência com análise crítico-teórica, fundamentada nos pressupostos da atenção psicossocial e nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos da profissão. A análise enfatiza a centralidade da família na política de saúde mental e as mediações construídas pelo Serviço Social no trabalho interdisciplinar e intersetorial. Conclui-se que o trabalho com famílias constitui dimensão estruturante do cuidado, expressando simultaneamente potencialidades e limites decorrentes das contradições e da precarização das políticas públicas.

Palavras-chave: Serviço Social; Processo de Trabalho; Atenção Psicossocial; Saúde Mental Infantojuvenil; Famílias.

Abstract: This study analyzes the work process of Social Services in psychosocial care for children and adolescents, based on the experience with families at a Child and Adolescent Psychosocial Care Center located in a medium-sized municipality in northern Paraná. This is a qualitative study, characterized as an experience report with critical-theoretical analysis, based on the assumptions of psychosocial care and the theoretical-methodological, ethical-political, and technical-operational foundations of the profession. The analysis emphasizes the centrality of the family in mental health policy and the mediations constructed by Social Services in interdisciplinary and intersectoral work. It concludes that working with families constitutes a structuring dimension of care, simultaneously expressing potentialities and limitations derived from the contradictions and precariousness of social policies.

Keywords: Social services; Labor process; Psychosocial care; Child and adolescent mental health; Families.

¹ Assistente social, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. Email: <deusdaramjulia@outlook.com>

²Enfermeiro, coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. Mestre em ciências. Email <renangarciaguil@gmail.com>



1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de trabalho de profissionais assistentes sociais na atenção psicossocial, a partir da experiência com famílias em um CAPS Infantojuvenil no norte do Paraná. Essa reflexão torna-se relevante diante das transformações e tensões que atravessam a política de saúde mental brasileira, especialmente no que se refere à consolidação da atenção psicossocial como modelo substitutivo à lógica manicomial. No âmbito infantojuvenil, o cuidado em saúde mental demanda a articulação das dimensões sociais, familiares, territoriais e institucionais, exigindo do Serviço Social uma atuação baseada nos princípios ético-políticos da profissão e na leitura crítica das expressões da questão social que atravessam o sofrimento psíquico.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, impulsionada a partir dos anos 1980 e regulamentada pela Lei nº 10.216/2001, consolidou uma mudança significativa na forma de compreender e tratar o sofrimento mental, substituindo o modelo hospitalocêntrico e asilar por uma rede territorializada e comunitária de cuidados. Assim, surge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que organiza os serviços de saúde mental de forma integrada ao Sistema Único de Saúde, tendo o cuidado psicossocial como eixo orientador. Esse modelo busca promover a autonomia dos usuários, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e o enfrentamento das práticas excludentes e estigmatizantes do modelo manicomial.

A atenção psicossocial, portanto, configura-se como campo estratégico na garantia do direito à saúde mental. A Lei nº 10.216/2001 estabelece que a formulação e a execução da política de saúde mental são responsabilidades do Estado, com a necessária participação da sociedade e da família. Nesse cenário, a família ocupa papel central no cuidado de seus integrantes em sofrimento psíquico, sendo corresponsável, ao lado dos profissionais de saúde, desde o planejamento até a execução das ações de cuidado. Sua participação torna-se fundamental, uma vez que compartilha o cotidiano dos sujeitos e vivencia diretamente os impactos do adoecimento, contribuindo para os processos de cuidado e de reabilitação psicossocial.

A centralidade atribuída à família na política de saúde mental não se restringe ao plano normativo, mas incide diretamente sobre o cotidiano dos serviços e sobre o processo de trabalho das equipes. No campo da atenção psicossocial infantojuvenil, em que o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes está atravessado por múltiplas determinações sociais, essa centralidade exige a construção de mediações que articulem a dimensão clínica às expressões da questão social, à rede de proteção e à garantia de direitos. Nesse contexto, o Serviço Social assume papel estratégico na leitura crítica dessas determinações e na elaboração de respostas profissionais que considerem a totalidade das condições de vida das famílias atendidas.

É a partir dessas determinações, que articulam políticas sociais, centralidade da família e processo de trabalho profissional, que se delineia o objeto deste estudo. A análise volta-se



para o cotidiano de um CAPS Infantojuvenil, buscando apreender como tais fundamentos se concretizam nas estratégias construídas pelo Serviço Social no trabalho com famílias.

Portanto, trata-se de um estudo de natureza qualitativa, caracterizado como relato de experiência com análise crítico-teórica, fundamentado nos pressupostos da atenção psicossocial e nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos do Serviço Social. A reflexão baseia-se na vivência profissional da autora como assistente social residente em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, no cotidiano de um CAPS Infantojuvenil localizado no norte do Paraná, com ênfase nas estratégias desenvolvidas no trabalho com famílias.

O texto está organizado em 4 itens, sendo o primeiro a introdução, na qual se apresenta o contexto do estudo. O segundo busca situar a atenção psicossocial e a centralidade da família na política de saúde mental, bem como os objetivos e fundamentos teórico-metodológicos da análise, além o processo de trabalho do Serviço Social em um CAPS Infantojuvenil, explicitando as atribuições profissionais, as demandas atendidas, a articulação intersetorial e o trabalho com famílias. Este tópico também reúne as reflexões críticas acerca dos limites e das potencialidades do serviço, evidenciando as mediações e as contradições que atravessam a prática profissional no contexto analisado. Por fim, os resultados e as considerações finais sintetizam os principais pontos discutidos ao longo do texto, destacando as conclusões da análise desenvolvida.

2. DESENVOLVIMENTO

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, representa um marco na organização do cuidado em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ao estruturar a RAPS como um conjunto articulado de pontos de atenção, a normativa define o Centro de Atenção Psicossocial como serviço central da atenção psicossocial especializada, responsável pelo cuidado territorial de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e daquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Constituído por equipe multiprofissional que atua sob a perspectiva interdisciplinar, o CAPS desenvolve ações em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo, priorizando atividades coletivas e a articulação com outros serviços da rede. O cuidado é organizado por meio da construção do Projeto Terapêutico Singular, elaborado conjuntamente pela equipe, pelo usuário e por sua família, garantindo acompanhamento longitudinal e processos de cogestão. Essa configuração normativa materializa os princípios da Reforma Psiquiátrica e reafirma a centralidade do território, da interdisciplinaridade e da participação familiar como fundamentos do modelo de atenção psicossocial.

Assim, ao deslocar o eixo do cuidado do isolamento institucional para a vida em comunidade, a atenção psicossocial estabelece a família como um dos pilares fundamentais nos processos de cuidado, reabilitação e reinserção social. Superando a lógica asilar que apartava o sujeito de seus vínculos afetivos e sociais, a RAPS reconhece a família não como



culpabilizada ou meramente passiva, mas como parceira na construção do Projeto Terapêutico Singular, em diálogo com a equipe e com o próprio usuário. Essa perspectiva territorial e comunitária parte do reconhecimento de que o suporte familiar constitui importante recurso na promoção da autonomia e na prevenção da exclusão social. Contudo, ao mesmo tempo em que valoriza a participação da família, tal centralidade impõe desafios aos serviços e às próprias famílias, demandando dos profissionais estratégias de acolhimento, orientação e mediação que considerem as condições concretas de vida e as determinações sociais que atravessam o cotidiano familiar.

A centralidade da família na política de saúde mental, embora represente um avanço no reconhecimento de sua importância no cuidado, não pode ser compreendida de maneira descolada das transformações do Estado. De acordo com Mito (2015), a família “é recolocada como um elemento-chave na configuração dos sistemas de proteção social”, movimento que, em muitos contextos, ocorre paralelamente à retração das responsabilidades estatais e à ampliação da responsabilização privada. Assim, a valorização da família no âmbito da atenção psicossocial se insere em um cenário contraditório: ao mesmo tempo em que reconhece sua potência como espaço de vínculo e cuidado, também a convoca a responder por demandas que expressam determinações estruturais da questão social.

Essa dinâmica tensiona os limites entre corresponsabilidade e sobrecarga, evidenciando que a centralidade da família pode tanto fortalecer o processo de reabilitação psicossocial, quanto reforçar processos de desresponsabilização do Estado. Diante dessa realidade, o trabalho desenvolvido por profissionais assistentes sociais deve buscar favorecer um acompanhamento crítico e sistemático das demandas familiares. Trata-se de reconhecer a família em sua complexidade, compreendendo-a como espaço de proteção, mas também atravessado por vulnerabilidades, conflitos, precarização das condições de vida e desigualdades estruturais.

No campo infantojuvenil, tais tensionamentos se aprofundam diante da crescente psiquiatrização da vida cotidiana, na qual conflitos escolares, dificuldades de aprendizagem, comportamentos considerados desviantes e expressões de sofrimento relacionadas às condições sociais tendem a ser traduzidos prioritariamente em categorias diagnósticas. Esse movimento reforça a centralidade dos serviços de saúde mental e, simultaneamente, desloca para as famílias a responsabilidade pela adesão ao tratamento, acompanhamento terapêutico e gestão das demandas institucionais.

Mito (2015), ao analisar os desdobramentos do caráter familista nas políticas sociais, aponta que:

O caráter familista da política social vem se efetivando e se reforçando em vários níveis e tem se refletido em especial no campo da oferta dos serviços sociais. Isso tem se realizado basicamente por meio de: insuficiência/ausência de serviços, especialmente públicos/estatais de caráter universal; forte investimento de recursos em subsídios à oferta de serviços por entidades não governamentais, os quais tendem a ser focalizados, seletivos, precários e normalizantes; e também da incorporação das famílias no cotidiano dos serviços ofertados. [...] As instituições tendem a se apropriar do trabalho familiar por meio de práticas administrativas e de participação. Essas práticas



impõem-se independentemente de avaliação sobre os recursos financeiros, de tempo e emocionais das famílias, além de se mostrarem alheias ao conflito entre vida laboral e vida familiar. (MIOTO, 2015, p. 707)

A análise da autora explicita que a centralidade da família, no contexto de contrarreformas e de tensionamento da seguridade social, pode operar como mecanismo de transferência de responsabilidades estatais para o âmbito doméstico. No campo da saúde, tal movimento manifesta-se tanto na insuficiência de serviços universais quanto na expectativa institucional de que familiares assumam funções de cuidado que aliviam a carga de trabalho das equipes, naturalizando o cuidado como obrigação intrínseca à família, especialmente às mulheres.

Essa reflexão permite compreender que a centralidade da família na atenção psicossocial constitui um campo de tensões. Se, por um lado, representa avanço ao romper com a lógica asilar e reconhecer o direito à convivência familiar e comunitária, por outro, pode reproduzir processos de responsabilização e sobrecarga quando não acompanhada de suporte estatal suficiente. Assim, o desafio posto aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial consiste em fortalecer a participação familiar sem reproduzir dinâmicas de privatização do cuidado, garantindo mediações profissionais que articulem direitos, suporte institucional e reconhecimento das condições concretas de vida das famílias.

Diante do exposto, a centralidade da família na atenção psicossocial infantojuvenil revela-se como uma categoria marcada por contradições que se materializam no cotidiano dos serviços. No CAPS Infantojuvenil em que se desenvolve esta experiência, observa-se que muitas famílias chegam ao serviço já atravessadas por exaustão emocional, fragilização de vínculos e ausência de rede de apoio, frequentemente após percursos frustrados na rede privada ou diante de dificuldades de acesso a direitos e benefícios sociais. Em tais situações, a expectativa institucional de participação ativa no Projeto Terapêutico Singular pode se tensionar com as condições objetivas de vida dessas famílias, que já assumem múltiplas responsabilidades de cuidado, trabalho e sobrevivência.

Nesse contexto, torna-se evidente como os processos de responsabilização descritos por Miotto (2015) se atualizam no cotidiano da política de saúde mental. A incorporação da família como parceira do cuidado, quando dissociada de políticas efetivas de suporte, pode resultar na ampliação da sobrecarga, especialmente sobre mulheres, majoritariamente mães, que assumem o acompanhamento em consultas, o contato com a escola, a organização da rotina e o manejo das crises. Ao mesmo tempo, é inegável que, nos casos em que a família se implica de forma corresponsável e encontra no serviço apoio técnico e acolhimento, observam-se avanços significativos na reabilitação psicossocial de crianças e adolescentes.

Essa ambivalência evidencia que a centralidade da família não é, em si, nem emancipatória nem opressiva. Seu significado concreto depende das mediações institucionais e das condições estruturais que sustentam o cuidado. Quando articulada a uma rede territorial fortalecida, à garantia de direitos e à atuação interdisciplinar, ela potencializa o cuidado em liberdade. Entretanto, em contextos de precarização da Rede de Atenção Psicossocial,



insuficiência de políticas complementares e fragilização da proteção social, corre o risco de converter-se em mecanismo de desresponsabilização estatal.

É precisamente nesse terreno contraditório que se insere o processo de trabalho do Serviço Social no CAPS Infantojuvenil. A atuação profissional demanda não apenas a orientação e o acompanhamento das famílias no processo de cuidado, mas também a mediação com a rede intersetorial, a defesa de direitos, a problematização de práticas culpabilizadoras e a construção de estratégias que evitem a naturalização da sobrecarga familiar. Assim, a análise do processo de trabalho das assistentes sociais nesse contexto exige compreender como tais determinações estruturais incidem sobre as respostas profissionais construídas no cotidiano do serviço.

A inserção do Serviço Social no CAPS Infantojuvenil ocorre em uma equipe multiprofissional, em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde do Conselho Federal de Serviço Social (2010). Conforme este documento, nas equipes de saúde mental o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político, enfatizando as determinações sociais e culturais do processo saúde-doença e preservando sua identidade profissional.

Ainda segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, CFESS (2010), a atuação profissional na saúde organiza-se em quatro eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional. No CAPS Infantojuvenil, tais dimensões não se apresentam de forma fragmentada, mas articulam-se no cotidiano institucional, tendo como centralidade a garantia de direitos, o fortalecimento de vínculos e a construção de mediações entre o sofrimento psíquico e suas determinações sociais.

O CAPS Infantojuvenil localiza-se na região central de um município de médio porte no Norte do Paraná. A equipe é composta por onze profissionais, entre técnicos efetivos e residentes vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. A organização do atendimento divide-se por faixas etárias: a Faixa 1 acompanha crianças de 0 a 11 anos e a Faixa 2 adolescentes de 12 a 18 anos. O acolhimento inicial é realizado por psicóloga residente e assistente infantil.

A dinâmica institucional fundamenta-se na interdisciplinaridade, com reuniões semanais destinadas à discussão de casos e à construção coletiva dos Projetos Terapêuticos Singulares. Esses espaços configuram-se como instâncias privilegiadas de pactuação de estratégias, avaliação de intervenções e articulação com a rede intersetorial.

As demandas que chegam ao serviço são diversas e expressam tanto o sofrimento psíquico quanto às múltiplas expressões da questão social. Observam-se quadros de sofrimento intenso e persistente, transtornos do neurodesenvolvimento, transtornos emocionais e de comportamento, crises com autolesão e ideação suicida. Destacam-se também demandas



relacionadas ao contexto escolar, especialmente queixas de indisciplina, dificuldades de aprendizagem e processos de patologização da infância.

É recorrente que as famílias procurem o serviço com expectativa de laudos diagnósticos para acesso a direitos, como redução de carga horária escolar, profissional de apoio, judicialização de medicamentos e Benefício de Prestação Continuada. Esse movimento evidencia a tensão entre o modelo psicossocial e a lógica medicalizante, bem como a centralidade do diagnóstico como via de acesso às políticas públicas.

No âmbito familiar, são frequentes situações de vulnerabilidade socioeconômica, histórico de violência, uso abusivo de álcool e outras drogas, adoecimento mental de cuidadores e fragilidade de redes de apoio. Muitas famílias chegam ao serviço exaustas emocionalmente, buscando acolhimento e orientação diante da sobrecarga cotidiana. Também incidem demandas relacionadas à proteção social, como violações de direitos, negligência e violência, exigindo articulação constante com Conselho Tutelar, CRAS, CREAS, Poder Judiciário e Defensoria Pública.

Nesse contexto, o Serviço Social atua sobre as dimensões sociais que atravessam o sofrimento psíquico, realizando acolhimento, escuta qualificada, atendimentos individuais e familiares, avaliação socioeconômica e territorial, orientação para acesso a direitos e articulação intersetorial. Participa da construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular, contribuindo com a leitura crítica das condições concretas de vida dos usuários e suas famílias, reafirmando que o cuidado em saúde mental não pode se restringir à dimensão clínica.

O trabalho com famílias constitui eixo estruturante da prática profissional. Realizam-se atendimentos familiares individuais, grupos de famílias, grupos de ativação parental, atendimentos domiciliares e articulações com a rede de serviços. Os grupos de famílias configuram-se como espaços de escuta, troca e reflexão coletiva, nos quais emergem sentimentos como medo, insegurança, exaustão emocional e impotência frente ao sofrimento dos filhos. Observa-se que muitos responsáveis não foram, eles próprios, acolhidos ou compreendidos em suas trajetórias, evidenciando processos intergeracionais de reprodução de padrões de cuidado marcados por ausências e silenciamentos.

A intersetorialidade constitui dimensão permanente do processo de trabalho, envolvendo articulações com Unidades Básicas de Saúde, escolas, Núcleo Regional de Educação, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Defensoria Pública, Ministério Público e outros dispositivos da rede. A construção do Projeto Terapêutico Singular considera a condição clínica, o contexto familiar e as condições materiais de existência, reconhecendo que a adesão ao tratamento está diretamente relacionada às possibilidades concretas das famílias.

A atuação em equipe exige a preservação das atribuições privativas do Serviço Social, em consonância com a Lei de Regulamentação da Profissão e com o projeto ético-político profissional. A unidade do trabalho interdisciplinar não implica diluição das competências



específicas, mas integração a partir das diferenças, reafirmando a contribuição singular do Serviço Social na leitura das determinações sociais do sofrimento psíquico.

A análise do CAPS Infantojuvenil, situado em um município no norte do Paraná, revela um conjunto de limites e potencialidades que expressam as contradições entre a proposta da atenção psicossocial e as condições concretas de sua materialização no cotidiano do serviço.

Entre os principais limites observados, destaca-se a ausência da equipe mínima preconizada para o funcionamento do serviço, o que repercute diretamente na organização do processo de trabalho, na divisão de responsabilidades e na continuidade do cuidado. A composição majoritária por profissionais residentes, embora contribua para a formação em serviço, produz efeitos relacionados à sobrecarga e à rotatividade anual, fragilizando a consolidação de vínculos terapêuticos com crianças, adolescentes e suas famílias. Tal dinâmica tensiona a perspectiva de cuidado longitudinal, uma vez que a saída recorrente de profissionais implica a necessidade de reconstrução constante de referências, reestabelecimento de vínculos e retomada de processos já iniciados.

Outro limite significativo refere-se à localização do serviço, distante de diversos territórios longínquos do município, o que impõe barreiras de acesso às famílias, especialmente àquelas em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica. O deslocamento até o CAPS exige recursos financeiros que muitas vezes não estão disponíveis, comprometendo a adesão ao acompanhamento e a regularidade dos atendimentos.

No caso das famílias que não conseguem arcar com os custos do transporte, as assistentes sociais, por meio de parceria entre a Autarquia Municipal de Saúde e a Autarquia Municipal de Educação, realizavam a solicitação de vale-transporte. Contudo, esse benefício apresentava entraves burocráticos, como a necessidade de renovação mensal mediante apresentação de documentos e guias de encaminhamento emitidas pelo serviço, além do deslocamento até órgãos administrativos e à empresa responsável pelo transporte coletivo. Ademais, o vale-transporte era restrito ao dia e horário previamente indicados na solicitação, o que inviabilizava a participação das famílias em atividades extras ou em mudanças de agenda decorrentes de necessidades clínicas emergentes. Ao final do período analisado, houve suspensão dessa parceria, impedindo novas solicitações e renovações, o que comprometeu ainda mais a continuidade do cuidado.

Diante desse cenário, compreende-se que uma estratégia mais coerente com a lógica territorial da atenção psicossocial seria a criação de um CAPS itinerante ou de ações descentralizadas nos próprios territórios, aproximando o serviço da realidade das famílias. No entanto, tal proposta não se efetiva nesse momento, sobretudo em razão da equipe incompleta e das limitações estruturais já mencionadas, o que evidencia a distância entre o ideal normativo da política e as condições reais de sua operacionalização.

Identificam-se ainda inadequações na estrutura física do serviço, que não comporta de forma satisfatória a demanda existente nem favorece a realização de atividades coletivas de maior duração, como oficinas terapêuticas. A ausência dessas oficinas no período analisado



limita as possibilidades de intervenção grupal, socialização e desenvolvimento de habilidades. Soma-se a isso a escassez de recursos financeiros, que impacta a ambiência, a oferta de lanches e a aquisição de materiais necessários à qualificação das ações desenvolvidas.

Apesar desses limites, o serviço apresenta potencialidades relevantes. Destaca-se a presença de profissionais comprometidos com o cuidado em liberdade e com a defesa dos direitos de crianças e adolescentes, alinhados à perspectiva psicossocial. A realização de reuniões semanais de equipe e de discussões de caso constitui espaço fundamental para a construção e revisão coletiva dos Projetos Terapêuticos Singulares, possibilitando o compartilhamento de responsabilidades, o planejamento conjunto e a articulação com a rede intersetorial.

A existência de coordenação própria também se configura como elemento fortalecedor, favorecendo maior autonomia na gestão do processo de trabalho e maior agilidade na tomada de decisões. Os espaços de formação permanente e estudo contribuem para a qualificação técnica e para a reflexão crítica sobre as práticas desenvolvidas, reforçando o compromisso ético-político com a integralidade do cuidado.

Assim, o CAPS Infantojuvenil revela-se como um espaço atravessado por tensões estruturais, mas também por esforços coletivos de resistência e construção cotidiana de estratégias que buscam garantir o cuidado em saúde mental na perspectiva territorial, interdisciplinar e de defesa de direitos.

3. RESULTADOS

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho evidenciou que a centralidade da família na atenção psicossocial infantojuvenil constitui elemento estruturante do modelo instituído a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ao deslocar o cuidado do isolamento institucional para o território e para a vida em comunidade, a política de saúde mental reafirma a importância dos vínculos familiares na construção do Projeto Terapêutico Singular e na sustentação do cuidado em liberdade.

Entretanto, evidenciou-se que essa centralidade se materializa de forma contraditória no cotidiano dos serviços. Se, por um lado, a participação da família fortalece o cuidado, amplia a corresponsabilização e potencializa processos de autonomia, por outro, ocorre em um contexto marcado por insuficiência de serviços, fragilidade das políticas públicas e precarização das condições de trabalho no Sistema Único de Saúde. Nesse cenário, as famílias tendem a ser unicamente responsabilizadas pelo acompanhamento e pela sustentação do cuidado, muitas vezes sem que lhes sejam garantidas condições objetivas para tal.

No CAPS Infantojuvenil analisado, situado em um município de médio porte do norte do Paraná, observam-se os efeitos concretos dessas determinações. A ausência de equipe mínima, a rotatividade decorrente da predominância de vínculos de residência, as limitações estruturais e as barreiras de acesso relacionadas ao transporte expressam a distância entre o desenho normativo da política e suas condições reais de implementação. Tais elementos



tensionam a perspectiva de cuidado longitudinal e territorial, exigindo da equipe constantes rearranjos para garantir a continuidade do acompanhamento.

Nesse contexto, o Serviço Social ocupa lugar fundamental na mediação entre as demandas institucionais, as necessidades das famílias e a rede de proteção social. A atuação profissional, conforme orientam os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, reafirma a importância de enfatizar as determinações sociais do sofrimento psíquico, preservar a identidade profissional e contribuir para que a Reforma Psiquiátrica se efetive em consonância com seu projeto ético-político. Ao intervir nas dimensões socioassistenciais, na articulação intersetorial, na mobilização social e na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares, o assistente social tensiona leituras individualizantes, medicalizantes e manicomial, ampliando a compreensão do sofrimento para além do campo estritamente clínico.

A experiência com grupos de famílias, atendimentos individuais e articulações com a rede revelou que o trabalho profissional não se limita à garantia de benefícios ou encaminhamentos, mas envolve a construção de espaços de escuta, reflexão e fortalecimento de vínculos, nos quais emergem as marcas geracionais, as desigualdades sociais e as contradições da vida cotidiana. Nesse movimento, o cuidado não pode ser reduzido a uma atribuição natural da família, mas deve ser compreendido como responsabilidade coletiva e dever do Estado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, que a centralidade da família na atenção psicossocial infantojuvenil constitui simultaneamente potência e limite. Potência na medida em que reconhece a importância dos vínculos e do território na produção do cuidado, limite quando se converte em mecanismo de responsabilização que desloca para o âmbito familiar encargos que deveriam ser sustentados por políticas públicas efetivas e adequadamente financiadas.

Reafirma-se, assim, a necessidade de fortalecer o Sistema Único de Saúde, garantir condições dignas de trabalho às equipes e ampliar dispositivos territoriais que aproximem o cuidado das realidades concretas das famílias. Para o Serviço Social, permanece o desafio de sustentar uma prática crítica, comprometida com a defesa de direitos e com a radicalização dos princípios da Reforma Psiquiátrica, tensionando permanentemente as contradições que atravessam o cotidiano da atenção psicossocial.



Referências:

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 24 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html. Acesso em: 24 de fevereiro de 2026.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília: CFESS, 2010. p. 41. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 25 de fevereiro de 2026.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Política social e trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 699-720, out./dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.047>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2026.