

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍTICA DE AÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

ANNA CECÍLIA CARVALHO DE SOUZA ASSIS

**OS CAPS E O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO COM GRUPOS NA
PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL:**

Análise de uma experiência em município de pequeno porte

Juiz de Fora

2026

ANNA CECÍLIA CARVALHO DE SOUZA ASSIS

**OS CAPS E O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO COM GRUPOS NA
PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL:**

Análise de uma experiência em município de pequeno porte

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras

Juiz de Fora

2026

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Assis, Anna Cecília Carvalho de Souza.

Os CAPS e o trabalho socioeducativo com grupos na perspectiva do Serviço Social : análise de uma experiência em município de pequeno porte / Anna Cecília Carvalho de Souza Assis. -- 2026. 94 f. : il.

Orientadora: Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2026.

1. Saúde Mental. 2. CAPS. 3. Serviço Social. 4. Grupo Socioeducativo. 5. Determinantes Sociais da Saúde. I. Eiras, Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO

Discente	Anna Cecília Carvalho de Souza Assis
Matrícula Discente	202019021
Título do TCC	OS CAPS E O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO COM GRUPOS NA PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL: Análise de uma experiência em município de pequeno porte
Natureza do trabalho	Monografia
Curso	Serviço Social
Orientadora	Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras
Data da aprovação	30 de janeiro de 2026
Nome, titulação dos(as) componentes da banca	Dra. Sabrina Pereira Paiva Dra. Joseane Barbosa de Lima

Aprovo a versão final do Trabalho de Conclusão de Curso da discente acima designada

Juiz de Fora, 03 fevereiro de 2026

Assinatura digital do Orientador(a)



Documento assinado eletronicamente por **Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras, Professor(a)**, em 03/02/2026, às 09:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2817544** e o código CRC **7B1145C0**.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO

GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Defesa presencial

Ata da sessão pública referente à defesa do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "OS CAPS E O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO COM GRUPOS NA PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL: Análise de uma experiência em município de pequeno porte", para fins de obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, pela discente "Anna Cecília Carvalho de Souza Assis" (matrícula 202019021), sob orientação da Prof.^a Dr.^a Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Ao 30º dia do mês de janeiro do ano de 2026, às 19h00 horas, na sala 02 da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), reuniu-se a Banca examinadora, composta pelos seguintes membros:

Titulação	Nome	Na qualidade de:
Dra.	Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras	Orientadora
Dra.	Sabrina Pereira Paiva	Membro da banca
Dra.	Joseane Barbosa de Lima	Membro da banca

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Tendo a senhora Presidente declarado aberta a sessão, mediante o prévio exame do referido trabalho por parte de cada membro da Banca, a discente procedeu à apresentação de seu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação e foi submetida à arguição pela Banca Examinadora que, em seguida, deliberou sobre o seguinte resultado: **APROVADO, com a nota 100 e indicação de publicação de artigo.**

Nada mais havendo a tratar, a senhora Presidente declarou encerrada a sessão de Defesa, sendo a presente Ata lavrada e assinada pelas senhoras membros da Banca Examinadora e pela discente, atestando ciência do que nela consta.

INFORMAÇÕES

Para fazer jus ao título de bacharel, a versão final do Trabalho de Conclusão de curso, considerado Aprovado, devidamente conferida pela Secretaria do Curso de Serviço Social deverá ser tramitada para o Repositório Institucional, dentro do prazo de 72 horas da realização da banca.

Juiz de Fora, 30 de janeiro de 2026.



Documento assinado eletronicamente por **Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras, Professor(a)**, em 31/01/2026, às 07:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Joseane Barbosa de Lima, Professor(a)**, em 02/02/2026, às 14:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro](#)



[de 2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)**, em 02/02/2026, às 14:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Anna Cecília Carvalho de Souza Assis, Usuário Externo**, em 03/02/2026, às 17:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2817533** e o código CRC **92827F55**.

Às usuárias e aos usuários da política de saúde mental que, mesmo atravessados por inúmeras dores, silenciamentos e segregações históricas, seguem existindo, resistindo e afirmando sua humanidade.

Que este trabalho seja um gesto de respeito às suas trajetórias e às suas vozes sistematicamente invisibilizadas, reiterando a defesa do direito inegociável à vida digna em liberdade.

Vocês são a razão, o sentido e o compromisso ético desse estudo.

AGRADECIMENTOS

Finalizar esta monografia é, para mim, muito mais do que encerrar uma etapa acadêmica. É reconhecer que todo esse percurso foi tecido por muitas mãos, afetos, encontros e desafios que me atravessaram e me transformaram profundamente, como estudante, estagiária e especialmente como pessoa.

Agradeço, em primeiro lugar, à minha família e às pessoas que me acompanham com afeto fora da esfera acadêmica. Obrigada pelo apoio, por vezes silencioso, pela escuta a qualquer momento e por acreditarem em mim – até e principalmente – quando eu mesma não conseguia.

À minha mãe, Aline, ao meu pai, Edelcio, à minha avó, Yedda, à minha madrinha, Elizabeth e à minha irmã, Brenda, meu agradecimento especial pelo incentivo constante para que eu ingressasse na graduação. Cada conquista foi celebrada por e com vocês, por menor que parecesse, algo que fez a maior diferença.

Sou grata aos meus pais, à minha avó e à minha madrinha, que se preocuparam em me apoiar financeiramente, mesmo que vez ou outra com limitações, buscando me permitir viver a formação por inteiro, sem precisar renunciar a alguma parte do processo para trabalhar pelo meu próprio sustento. Para mim, isso se traduz em um gesto de muito cuidado e generosidade.

À minha mãe, Aline, sinto uma gratidão que jamais caberia por completo em palavras. Em todas as fases da minha vida você foi presença, abrigo e confiança. Desde o processo do vestibular nunca me pressionou, mesmo nos momentos em que eu mesma me percebia desacreditada ou caminhando mais devagar, mas sempre me lembrando que cada coisa acontece ao seu tempo, que eu chegaria aonde precisava chegar, acreditando em mim muito antes de eu conseguir fazê-lo. Seu cuidado cotidiano, sua disposição constante em facilitar meus caminhos e sua forma tão genuína de me apoiar foram fundamentais para que eu pudesse atravessar esse caminho com mais leveza. Sei que, como todos nós, você tem suas falhas e limites, mas é justamente na sua humanidade que reside a grandeza do seu amor. Mãezinha, tudo o que construí aqui e na vida carrega um pouco de você.

Ao meu irmão, João Carlos, que durante toda nossa vida, sempre foi mais do que um incentivo. Foi quem me mostrou, desde cedo, a importância de estar no ensino superior, mas sobretudo o valor de pensar criticamente e de olhar para a sociedade em que vivemos com profundidade. Nossas conversas, suas provocações e seu afeto

cultivaram em mim o incômodo necessário para nunca aceitar o mundo como ele é, desejando compreendê-lo em suas contradições. João, sei que você dedica boa parte da sua existência para me lembrar, de todos os jeitos, que sou capaz, e eu carrego isso comigo a cada passo.

Ao meu grande amor, meu namorado, meu apoio constante, é difícil (no maior nível de complexidade), encontrar palavras que expressem sua relevância nessa caminhada. Você chegou em um momento sensível, no retorno às atividades acadêmicas presenciais pós-pandemia, e tem sido, desde o início, a personificação das palavras abrigo, estímulo e leveza. Sua escuta generosa, seu jeitinho de sempre enxergar o melhor em todas as circunstâncias e sua presença amorosa foram fundamentais para que eu me mantivesse firme, mesmo nas fases mais árduas e incertas. Rafael, sei que não teria conseguido sem você. Obrigada por me sustentar com tanto carinho, como sempre faz em cada parte da vida que compartilhamos.

Agradeço com carinho à memória do meu padrinho, Evaldo, que já não está presente fisicamente, mas esteve e está comigo em pensamento e coração. Sua força silenciosa e seu amor continuam me guiando, dindinho, sendo fonte de inspiração e conforto nos momentos mais difíceis. Sinto sua presença como um abraço ininterrupto que me motiva a seguir.

À minha cachorrinha, Lua, meu suporte silencioso e fiel, que esteve ao meu lado nos momentos mais complicados desse percurso. Desde os ensaios para simples apresentações até as longas horas dedicadas à escrita exaustiva do TCC, sua presença tranquila e seu olhar sereno foram imprescindíveis. Obrigada, pequenininha, por ser esse abraço constante, mesmo sem nenhuma palavra.

Agradeço também aos colegas que, em algum momento, caminharam comigo durante esse processo formativo, em especial aos meus amigos Luciederson, Thainá, Luana e Eduarda, que me acolheram próximo ao fim, representando um novo início. O acolhimento recebido foi natural, sem nenhuma pressão e um verdadeiro respiro em um momento em que eu me sentia (e estava, de certo modo) “só” dentro do curso. Com cada um, reencontrei a possibilidade de construir vínculos sinceros, pautados na compreensão e na parceria leal, uma experiência que me mostrou que nem todo fim traz somente dor, pois alguns encerramentos são, na verdade, grandes oportunidades e uma porta para novos começos. Estendo esse agradecimento, ainda, aos colegas “da vida” que estiveram comigo ao longo desse período e que, de diferentes formas,

compartilharam afetos, escutas, risos e silêncios. As suas presenças foram fundamentais para que eu não perdesse de vista quem sou.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Alexandra Aparecida Leite Toffaneto Seabra Eiras, pela orientação ética, pelos ensinamentos, pelo apoio e compreensão ao longo do desenvolvimento desse estudo, que se mostraram fundamentais.

À Prof.^a Dra. Sabrina Pereira Paiva, minha supervisora acadêmica e integrante desta banca, dedico meu reconhecimento e carinho por sua presença sempre atenta, pelas provocações instigantes e pelo incentivo constante ao longo do estágio. Sabrina, sentirei muita saudade das suas sábias palavras e da sua confiança em minha trajetória, meu muito obrigada por acreditar em mim a todo o tempo.

À minha supervisora de campo, não poderia deixar de dedicar um agradecimento especial. Foi ela quem, com responsabilidade, sensibilidade e compromisso, plantou a sementinha da saúde mental em minha vida profissional e pessoal. Ao longo do estágio, construímos uma relação de confiança e respeito que se transformou em uma bela amizade, e encontramos um espelho uma na outra. Larissa, sua presença foi fundamental para que eu aprofundasse minha compreensão sobre o Serviço Social e para que eu me sentisse acolhida e inspirada a seguir firme, na vida e na prática profissional.

Aos usuários e usuárias do CAPS Dr. Carlos Pereira da Costa, minha profunda gratidão por permitirem com que eu aprendesse a partir das suas histórias e desafios. Vocês foram o sentido maior dessa pesquisa e a motivação para que ela se tornasse concreta.

À equipe do CAPS, obrigada pelo acolhimento e parceria, com ênfase à Samiâh, nossa enfermeira, cuja escuta atenta, incentivo constante e exemplo de profissionalismo foram, também, inspiração diária. Admiro todos que, com muito empenho, contribuem para a construção de um serviço humanizado e comprometido com o Cuidado em Liberdade.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a mim por não ter desistido. Por ter seguido com firmeza, mesmo diante das incertezas, por ter feito do que foi construído aqui um espaço de compromisso com aquilo que me move na profissão: a defesa da vida, do cuidado, do acesso aos direitos e da dignidade de quem luta diariamente para existir.

RESUMO

A presente monografia aborda o exercício profissional do(a) assistente social no âmbito da saúde mental, com ênfase na dimensão socioeducativa desenvolvida por meio do trabalho com grupos. A investigação objetiva compreender as potencialidades e os limites da atuação técnica em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de pequeno porte, tendo como referência o Projeto Ético-Político Profissional e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para tanto, a pesquisa estrutura-se sob a perspectiva materialista histórico-dialética, concretizando-se por meio de uma Análise de Experiência fundamentada na coordenação do grupo socioeducativo intitulado “Saúde é Vida”. Verificou-se que a articulação entre o Conceito Ampliado de Saúde e os Determinantes Sociais da Saúde constitui um instrumento relevante no enfrentamento à hegemonia do modelo biomédico, ao possibilitar a ampliação da compreensão dos usuários acerca de seus processos de adoecimento e das determinações sociais que os atravessam. Os achados indicam, ainda, que a inserção do(a) assistente social na função de técnico de referência demanda mediações permanentes, a fim de evitar a diluição da especificidade profissional em funções genéricas no interior da equipe multiprofissional e interdisciplinar. Em última instância, a experiência analisada demonstrou que o grupo socioeducativo, quando desenvolvido de forma qualificada, intencional e crítica, configura-se como um espaço privilegiado de sociabilidade e produção de sentidos, essencial para a promoção da autonomia e do protagonismo, bem como para o exercício da cidadania dos usuários em liberdade.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde Mental; CAPS; Grupo Socioeducativo; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

This monograph examines the professional practice of social workers in mental health settings, emphasizing the socio-educational dimension developed through group work. The research seeks to understand the potential and limitations of technical interventions in a small-scale Psychosocial Care Center, drawing on the Professional Ethical-Political Project and the guidelines of the Brazilian Psychiatric Reform as references. To this end, it adopts a historical-dialectical materialist perspective, operationalized through an Experience Analysis of the socio-educational group "Health is Life". Findings reveal that integrating the Expanded Concept of Health with the Social Determinants of Health serves as a powerful tool against the hegemony of the biomedical model, by broadening service users' understanding of their illness processes and the social conditions influencing them. The results also highlight that positioning the social worker as the reference technician demands ongoing mediation to prevent the dilution of professional specificity into generic roles within multidisciplinary and interdisciplinary teams. Ultimately, the experience demonstrates that a socio-educational group, when conducted in a qualified and intentional manner, becomes a space for sociability and the production of critical meanings-essential for fostering user autonomy, agency, and citizenship in freedom.

Keywords: Social Work; Mental Health; CAPS; Socio-educational Group; Social Determinants of Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Percurso grupal	55
----------------------------------	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	Entre avanços e retrocessos: A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil	15
2.1	O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM): Enfrentamento ao modelo hospitalocêntrico e sua contribuição à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)	15
2.2	A criação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	17
2.3	Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)	21
2.4	A conformação atual da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e seus desafios contemporâneos	25
2.5	Retrocessos que desafiam a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)	28
2.6	A Política de Saúde Mental no Governo Lula (2023 – 2026): Desafios estruturais e avanços parciais	32
2.7	O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I e a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) nos municípios de pequeno porte: Progressos e dilemas	35
3	A inserção do Serviço Social nos CAPS	39
3.1	A atuação profissional e o “Técnico de Referência”	42
3.2	A dimensão socioeducativa do Serviço Social nos CAPS	45
3.3	Grupos enquanto mediação profissional	49
4	Análise de Experiência: Grupo Socioeducativo Saúde é Vida	50
4.1	Escopo para Análise da Experiência	50
4.2	Análise da Experiência	52
4.2.1	Sistematização	54
4.2.2	Avaliação do processo grupal	76

4.3 Aprendizados e Projeções	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	84

1 INTRODUÇÃO

A trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) delineia um cenário de disputa contínua pela superação do modelo hospitalocêntrico e pela efetivação do Cuidado em Liberdade no território. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) configuram-se como os principais articuladores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), operando sob a lógica da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade, além do respeito à subjetividade dos indivíduos em sofrimento psíquico. A inserção do(a) assistente social nesses dispositivos encontra respaldo no Projeto Ético-Político Profissional, que vincula a saúde mental ao compromisso com a afirmação da cidadania enquanto direito social e com o reconhecimento da questão social como eixo estruturante da intervenção.

A realidade concreta nos CAPS, sobretudo aqueles localizados em municípios de pequeno porte, revela contradições profundas que repercutem diretamente no exercício profissional dos(as) assistentes sociais. Observa-se, com frequência, uma sobrecarga decorrente da função de técnico de referência, a qual, quando não acompanhada de um planejamento sistemático e de reflexão teórico-ética, pode resultar na diluição das competências específicas da profissão em uma atuação meramente genérica ou desprovida de intencionalidade crítica. Cristiane Tomaz (2018) e Vanisse Bedim (2023) alertam para o risco de o(a) assistente social converter-se em um gestor de demandas burocráticas, distanciando-se do compromisso com a incidência sobre as condições de vida que perpassam e agravam o adoecimento mental. Nessa conjuntura, práticas grupais conduzidas sem clareza metodológica tendem a assumir um caráter pontual ou meramente informativo, limitando seu potencial crítico e interventivo.

Diante de tal quadro, o trabalho socioeducativo com grupos emerge como uma mediação técnico-operativa essencial para reafirmar a identidade profissional, possibilitando a socialização de informações sobre direitos, a problematização das condições concretas de vida e o fortalecimento do protagonismo dos usuários. Entretanto, apesar de sua relevância, essa dimensão da prática profissional ainda se apresenta de forma pouco sistematizada, tanto no cotidiano institucional, quanto na produção acadêmica, sobretudo no que se refere às experiências desenvolvidas em CAPS de municípios de pequeno porte, onde as limitações da rede de serviços e a

escassez de recursos tendem a intensificar práticas desarticuladas e pouco planejadas.

O presente estudo fundamenta-se na necessidade de sistematizar as práticas desenvolvidas no âmbito do Estágio Obrigatório III, com vistas a conferir densidade crítica ao fazer profissional, por meio da reflexão sobre a prática. A investigação aqui apresentada toma como referência a coordenação do grupo socioeducativo Saúde é Vida, espaço no qual se buscou afirmar uma intencionalidade profissional, avançando para a constituição de um *lócus* de diálogo e análise crítica, pautado pelo Conceito Ampliado de Saúde e pelos Determinantes Sociais da Saúde. A relevância dessa pesquisa reside, assim, na possibilidade de desvelar as potencialidades e os limites do trabalho socioeducativo enquanto estratégia de intervenção profissional, especialmente em contextos municipais de pequeno porte marcados simultaneamente pela permanência de práticas conservadoras e pela centralidade do modelo biomédico.

Adota-se o aporte teórico-metodológico do materialismo histórico-dialético, tomado como referência para a compreensão da totalidade social em sua historicidade e das múltiplas determinações que conformam a realidade. A pesquisa insere-se em uma abordagem qualitativa, adequada à análise de processos sociais, relações e sentidos produzidos no cotidiano institucional, o que, neste estudo, possibilitou apreender as contradições que perpassam a política de saúde mental no Brasil em seu movimento contemporâneo.

A análise aqui desenvolvida configura-se como um relato de experiência de caráter analítico, produzido a partir da inserção direta no campo de estágio em um CAPS do tipo I, situado em um município de pequeno porte. Para a elaboração das informações, recorreu-se à observação participante, entendida como a participação ativa e reflexiva da pesquisadora nas dinâmicas institucionais e grupais, e ao registro sistemático em diário de campo, instrumento que possibilitou a descrição das atividades realizadas, além da elaboração de reflexões críticas sobre as intervenções desenvolvidas.

O objetivo geral desse estudo consiste em analisar as potencialidades e os limites do grupo socioeducativo como ferramenta em prol da construção da emancipação e do fortalecimento do protagonismo dos usuários. Pretende-se, ainda, demonstrar como a intencionalidade da prática profissional qualificada pode transformar ações grupais frequentemente naturalizadas no cotidiano institucional em

estratégias de enfrentamento crítico das expressões da questão social e das desproteções sociais.

A organização da monografia contempla, além desta introdução, três capítulos fundamentais que encadeiam a discussão proposta, sendo que o primeiro capítulo recupera os marcos históricos da política de saúde mental brasileira e a estruturação da RAPS, situando os CAPS, também, como dispositivos centrais na luta pela desinstitucionalização. O segundo capítulo dedica-se ao debate teórico sobre a inserção do Serviço Social nos CAPS e a dimensão socioeducativa do trabalho com grupos. Por fim, o terceiro capítulo apresenta o relato e a análise da experiência vivenciada no grupo Saúde é Vida, explicitando os desafios e as conquistas da intervenção profissional no contexto de um município de pequeno porte.

2 Entre avanços e retrocessos: A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) no Brasil tem sido marcada por um processo contínuo de transformações, impulsionado pela Luta Antimanicomial e pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, ao mesmo tempo em que vem sendo tensionado por investidas de setores contrarreformistas, ligados a interesses conservadores e avessos aos princípios antimanicomiais. Neste percurso, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se consolidaram como dispositivos estratégicos na organização do cuidado, estruturando-se dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Este capítulo propõe a análise da trajetória da PNSM, explorando sua evolução histórica, o papel dos CAPS na descentralização do cuidado e a constituição da RAPS como eixo central da política. Ao final da discussão, abordam-se tanto os avanços conquistados quanto os desafios persistentes na consolidação de um modelo de atenção psicossocial comprometido com a liberdade, com a inclusão social e com a garantia dos direitos humanos.

2.1 O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM): Enfrentamento ao modelo hospitalocêntrico¹ e sua contribuição à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)

O tratamento da loucura esteve, até pouco tempo, fortemente atrelado a um modelo biomédico² e hospitalocêntrico, marcado pela exclusão e pelo estigma, reforçando a lógica manicomial expressa na máxima “aos loucos... o hospício!” (Ferreira, Cortes e Pinho, 2009, p. 64). Neste sentido, Foucault (2005 *apud* Ferreira, Cortes e Pinho, 2009, p. 64) argumenta que o isolamento de pessoas com transtornos

¹ O hospitalocentrismo aqui tratado refere-se ao modelo psiquiátrico tradicional, centrado em hospitais psiquiátricos.

² O modelo biomédico refere-se à perspectiva que compreende os transtornos mentais como doenças com causas exclusivamente biológicas, privilegiando, assim, intervenções medicamentosas para o seu tratamento e subestimando fatores sociais, culturais e psicossociais (Deacon, 2013; Melo, Freitas, 2023).

mentais foi uma prática legitimada historicamente, afastando esses sujeitos da sociedade sob a justificativa de proteção social. Segundo o filósofo

a forma de vivenciar a condição humana estabeleceu que historicamente, pessoas com transtornos mentais devessem ser presas em cadeias públicas e, excluídas do convívio social, o que isentaria de ameaças a sociedade.

No Brasil, diante do histórico de exclusão e violação de direitos no campo da saúde mental, tornou-se urgente a construção de um modelo de atenção que rompesse com o modelo asilar e assegurasse acompanhamento digno e próximo da realidade dos sujeitos. Nesse cenário, a mobilização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ao questionar as condições dos manicômios e as práticas de exclusão, foi decisiva na formulação da PNSM, que se consolidaria como um marco fundamental na busca por uma assistência mais inclusiva, humanizada e territorializada.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira passou a ganhar maior densidade política e social a partir da atuação do MTSM, movimento atuante entre 1979 e 1987, sendo posteriormente impulsionado pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA)³, que deu continuidade ao processo de transformação da psiquiatria (Agência Senado, 2021). Fernandes *et al.* (2021, p. 4) afirmam que “no campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) teve como expoente o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)”, que de acordo com Brasil (2005 *apud* Fernandes *et al.*, 2021, p. 4) se tratava de um

movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

A atuação do MTSM foi decisiva ao denunciar o caráter segregador dos manicômios e as condições degradantes impostas aos pacientes, além de denunciar a lógica mercantil que transformava a loucura em fonte de lucro para as instituições privadas, ao mesmo tempo em que precarizava as condições de trabalho dos profissionais (Carneiro, 2010 *apud* Fernandes, *et al.*, 2021). Nesse contexto, o MTSM defendia uma abordagem territorial e comunitária do cuidado em saúde mental.

³ De acordo com a Linha do Tempo da Reforma Psiquiátrica, o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), entre o dia 03 e 06 de dezembro de 1987 ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que ficou conhecido como “Congresso de Bauru”, e foi quando os trabalhadores da saúde mental integraram usuários e seus familiares, extrapolando a luta do MTSM para MNLA. Nas palavras do LAPS, “radicaliza a luta contra a violência dos manicômios ao adotar como lema Por uma sociedade sem manicômios”.

Em consonância com a RPB, o MTSM apontava para a necessidade de transferir o foco do cuidado das instituições hospitalares para o território e para a comunidade. A rejeição ao hospitalocentrismo estava longe de ser uma simples contestação quanto ao espaço físico dos hospitais psiquiátricos, mas implicava uma crítica profunda a um modelo que não só falhava em promover saúde, mas também agudizava o sofrimento dos indivíduos ao mantê-los isolados e institucionalizados, longe de sua comunidade. Conforme argumenta Amarante (1995 *apud* Fernandes *et al.*, 2021), tanto a RPB quanto a Reforma Sanitária convergiam na crítica ao hospital como o centro da atenção em saúde. Para os movimentos, o hospital, além de ser ineficaz, também era um agente produtor de agravos à saúde dos sujeitos, já que perpetuava a exclusão e a fragmentação do cuidado.

2.2 A Criação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, da Lei N° 10.216/2001, conhecida também como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado, a Política Nacional de Saúde Mental foi instituída e a política de saúde mental passou por significativas reestruturações, orientadas pelos princípios do Cuidado em Liberdade⁴ e pela substituição progressiva do paradigma manicomial.

Embora esse processo represente um avanço fundamental no enfrentamento às práticas manicomiais, não é possível afirmar que o Cuidado em Liberdade está consolidado, pelo contrário, trata-se de uma diretriz em permanente construção e disputa, constantemente tensionada por práticas institucionalizantes, discursos técnicos-científicos e políticas conservadoras que se distanciam dos fundamentos da Reforma. Nesse cenário, a PNSM assume o compromisso com a ampliação da

⁴ A expressão “Cuidado em Liberdade” é grafada com iniciais maiúsculas nesse trabalho por ser compreendida como um princípio ético-político da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da atenção psicossocial, não apenas como uma formulação genérica. Seu uso remete a autora à defesa da liberdade, dos direitos e da autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico, em oposição às práticas de isolamento, tutela e confinamento.

participação social e com a valorização da autonomia⁵ dos sujeitos, ainda que sua efetivação permaneça atravessada por contradições no cotidiano dos serviços.

Um marco inicial deste processo foi a criação do primeiro CAPS, em 1987, na cidade de São Paulo, durante o Governo José Sarney (1985 – 1990). O CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira inovou ao propor um modelo de atendimento-dia, rompendo com a lógica hospitalocêntrica e ampliando o cuidado para além da remissão de sintomas, considerando, contudo, a totalidade da existência dos sujeitos em sofrimento psíquico (Tenório, 2002).

Pouco depois, em 1989, o município de Santos, igualmente situado em São Paulo, protagonizou um dos mais emblemáticos experimentos na reformulação da assistência psiquiátrica. A intervenção pública na Casa de Saúde Anchieta, motivada por graves denúncias de violações de direitos, superlotação e abandono, resultou na desapropriação da unidade e na criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionava 24 horas e desempenhou um papel fundamental na consolidação de um modelo de atenção substitutivo aos hospitais psiquiátricos (Lancetti, 1990; Capistrano Filho, 1991 *apud* Tenório, 2002). Além de oferecer suporte integral aos usuários, os NAPS também se tornaram referência para a estruturação dos CAPS III, posteriormente, ao demonstrar a viabilidade da assistência contínua sem recorrer à internação prolongada.

Nos anos 1990, a expansão dos serviços enfrentou desafios, especialmente em razão da ausência de um financiamento estruturado e da resistência de setores conservadores que buscavam manter o modelo de cuidado vigente (Tenório, 2002). Ainda assim, a regulamentação das Portarias N° 189/1991 e N° 224/1992 pelo Ministério da Saúde estabeleceu, respectivamente, “[...] no plano nacional, no rol dos ‘procedimentos’ e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública, a figura dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial.” e “[...] aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS e NAPS e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo.” (Tenório, 2002, p. 41), consolidando-os como estratégia prioritária no cuidado às pessoas com transtornos mentais. Esse processo foi instituído com a publicação da Portaria N° 336/2002, já no Governo Fernando Henrique Cardoso

⁵ A autonomia do sujeito é um princípio que defende e busca fomentar os direitos dos indivíduos de tomarem decisões sobre suas próprias vidas e cuidados, respeitando sua liberdade e suas escolhas. No Serviço Social, especialmente no contexto do cuidado psicossocial, ela constitui valor central e orientador da prática profissional. Contudo, sua efetivação no cotidiano dos serviços ainda enfrenta limites concretos, exigindo um posicionamento crítico e compromisso ético por parte dos profissionais.

(FHC), estabelecendo diretrizes para a organização e o funcionamento dos CAPS no SUS.

Ao substituir o modelo de internação prolongada, segundo Vasconcelos (2023), os CAPS não apenas podem cumprir uma função terapêutica, como também se configuram como espaços de resistência frente às tentativas de retomada das práticas manicomiais. Dessa forma, há uma tendência pela valorização da singularidade dos sujeitos, promovendo uma abordagem que extrapola a dimensão clínica, abrangendo também aspectos sociais, culturais e econômicos.

A PNSM, todavia, não se restringiu aos CAPS. Nos anos 2000, segundo o Ministério da Saúde, a ordenação dessa política no Brasil passou a se estruturar com base no modelo de atenção psicossocial, fundamentado na descentralização do cuidado e na articulação intersetorial. A RAPS foi instituída pela Portaria GM/MS N° 3.088/2011, estabelecendo uma rede complexa de serviços voltados ao atendimento integral de pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, alinhando-se aos princípios do SUS. Todavia, embora represente um importante avanço normativo, a Portaria também é alvo de críticas por parte de pesquisadores e militantes da Reforma Psiquiátrica, especialmente quanto a inclusão das comunidades terapêuticas⁶ e às dificuldades práticas de consolidação e articulação da rede nos territórios, o que evidencia os desafios estruturais no processo de efetivação da política.

Amarante (2018), Delgado (2019), Lima e Guimarães (2019)⁷ afirmam que

são vários os avanços que a SM⁸ brasileira obteve a partir de 2011 com a reestruturação e organização desta rede, como por exemplo, a melhora no acesso ao cuidado em saúde mental, a redução de mais de 60 mil leitos psiquiátricos no país, a reorganização assistencial com foco na comunidade e socialização dos sujeitos, a implementação de serviços substitutivos, desenvolvimento de iniciativas geradoras de emprego e o fortalecimento dos pontos de atenção à SM.

Deste modo, a criação da RAPS no Brasil representou um marco na política de saúde mental, consolidando um modelo de cuidado baseado na atenção territorial e

⁶ As comunidades terapêuticas são “instituições que têm se expandido como resposta estatal à [...] expressão da chamada ‘questão social’” (Lima, 2025, p. 3), que existem no Brasil desde a década de 1960 (Brasil de Fato, 2022), configurando-se como espaços voltados a pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas. Embora diversas vezes legitimadas como dispositivos de cuidado e recuperação, análises críticas apontam que muitos desses locais operam sob estrutura religiosa, normas disciplinares rígidas e práticas centradas na abstinência, restringindo a autonomia, a liberdade e a dignidade dos sujeitos, tensionando os princípios da RPB (Lima, 2025).

⁷ *Apud* Oliveira *et al.* (p. 590).

⁸ Abreviação usada no texto original para “saúde mental”.

comunitária. Desde seu estabelecimento em 2011, através da Portaria N° 3.088, a RAPS tem sido indispensável na garantia de um atendimento humanizado e acessível às pessoas em sofrimento psíquico, com a proposta de substituir a lógica manicomial, que historicamente marcou o tratamento da denominada “loucura” pelas classes e ideias dominantes no país.

Sua estruturação ocorre em diferentes pontos de atenção, buscando articular os serviços especializados, a Atenção Primária e o suporte intersetorial para oferecer um cuidado integral aos usuários. Nesse cenário, a RAPS surge como uma estratégia de expansão da PNSM e se organiza em diferentes pontos de atenção, na tentativa de assegurar o cuidado descentralizado e a articulação intersetorial, buscando evitar a fragmentação dos serviços e o fortalecimento da lógica territorial.

De acordo com a Portaria N° 3.088/2011 e com o Ministério da Saúde, os dispositivos que compõem essa rede incluem **a Atenção Básica** (Unidade Básica de Saúde (UBS), Consultório na Rua⁹ e Centro de Convivência e Cultura (CECO))¹⁰, **a Atenção Psicossocial Especializada** (Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades), **a Atenção de Urgência e Emergência** (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, portas hospitalares/pronto socorro, UBS), **a Atenção Residencial de Caráter Transitório** (Unidade de Acolhimento (UA)¹¹ e a Comunidade Terapêutica (CT)), **a Atenção Hospitalar** (Leito de saúde mental em Hospital Geral), **e a Estratégia de Desinstitucionalização** (Serviço Residencial Terapêutico (SRT)¹² e Programa de Volta para Casa (PVC))¹³.

⁹ O Consultório na Rua consiste em equipes multiprofissionais vinculadas à Atenção Básica que desenvolvem ações integrais de saúde destinadas à população em situação de rua, atuando de forma itinerante no território, e articulando-se, quando necessário, às UBSs e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (Ministério da Saúde).

¹⁰ De acordo com o Ministério da Saúde, os Centros de Convivência e Cultura (CECO) são espaços comunitários de portas abertas que promovem convivência, produção coletiva, arte, cultura e inclusão social, fortalecendo vínculos sociais e combatendo o estigma, e estão instituídos como pontos de atenção da RAPS, voltados à promoção de saúde mental e à desinstitucionalização.

¹¹ “As UAs são residências temporárias para pessoas que estão em situações de vulnerabilidade social e são acompanhadas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD).” (Ministério da Saúde)

¹² Os Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias comunitárias destinadas a pessoas com histórico de internação prolongada em hospitais psiquiátricos ou de custódia e que não dispõem de suporte social ou familiar. Vinculados ao CAPS e à UBS, os SRTs têm como objetivos promover Cuidado em Liberdade, autonomia, cidadania e reinserção social no território, articulando-se com a RAPS como dispositivo de desinstitucionalização (Ministério da Saúde).

¹³ O Programa de Volta para Casa (PVC) foi instituído pela Lei N° 10.708 de 2003 como estratégia para apoiar o processo de reinserção social de pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa

2.3 Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)

Ao longo das últimas décadas, a PNSM se consolidou como um marco na transformação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil, em busca da substituição do modelo asilar e da construção da RAPS. Desde a década de 1990, com a Lei da Reforma Psiquiátrica, houve avanços expressivos na implementação dos CAPS, constituindo a lógica do Cuidado em Liberdade. Por outro lado, apesar das conquistas, a efetivação plena da RAPS ainda enfrenta desafios estruturais que comprometem sua consolidação.

Um dos principais entraves enfrentados pela PNSM é a insuficiência de financiamento, que além de limitar sua expansão, dificulta a manutenção das equipes multiprofissionais e dos serviços existentes. Sem recursos adequados, muitos dispositivos da RAPS operam de forma precária, comprometendo a qualidade do atendimento.

Nesse sentido, a política enfrenta contradições e retrocessos contemporâneos, como apontado por Ahlert e Costa (2024). Mesmo que a Luta Antimanicomial tenha consolidado vultosos avanços e direitos no âmbito legal, sua implementação é constantemente ameaçada e fragilizada por políticas públicas que negligenciam o fortalecimento dos serviços substitutivos, como os CAPS. Em tempos de “austeridade fiscal”, o subfinanciamento, o desfinanciamento e a precarização do trabalho nesses equipamentos tornam-se barreiras permanentes, comprometendo duramente a capacidade dos CAPS de oferecer suporte contínuo e efetivo aos usuários.

Paralelamente, a fragilidade na articulação entre os diferentes serviços tem se apresentado como um obstáculo significativo, comprometendo a integralidade do cuidado, dificultando encaminhamentos e resultando na fragmentação da assistência, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

Nos municípios de pequeno porte, a APS deveria assumir um papel central no atendimento inicial e no acompanhamento de casos que não demandam atendimento especializado contínuo. Contudo, Ribeiro e Inglez-Dias (2011 *apud* Nisiide, 2025) apontam que a carência de equipes multiprofissionais capacitadas para lidar com transtornos mentais, agravada pelo desfinanciamento dos Núcleos de Atenção à

duração (dois ou mais anos ininterruptos), por meio de um auxílio-reabilitação psicossocial, buscando favorecer o convívio comunitário, a ampliação da autonomia e o exercício de direitos civis e sociais em território não hospitalar (Ministério da Saúde).

Saúde da Família (NASF), tem fragilizado a articulação e ampliado lacunas na rede de atenção.

Nabarrete e Bastos (2024) constatam, a partir da Revisão de Literatura Integrativa e dos autores analisados, que nos últimos anos, singularmente a partir de 2016/2017, ocorreram grandes retrocessos na política de saúde mental. A ampliação do financiamento de dispositivos hospitalocêntricos, como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, enfraqueceu o modelo substitutivo e comprometeu a expansão de serviços alinhados à desinstitucionalização.

Nesse sentido, Nisiide (2025) aponta que a manutenção e o crescimento dessas instituições decorrem, em parte, da articulação política de seus defensores, o que tem garantido incentivos e financiamento público, mesmo diante das críticas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e de entidades comprometidas com a Reforma Psiquiátrica.

Duarte (2018) também aponta para a valorização crescente de práticas institucionalizantes, como a ampliação de leitos psiquiátricos e o fortalecimento das comunidades terapêuticas, refletindo uma inversão de prioridades dentro da política. Reiteradamente associadas a abordagens religiosas e moralistas, essas instituições operam sem regulamentação sistemática, se afastando dos princípios de autonomia e cidadania. Paralelamente, a Política sobre Drogas assume uma postura proibicionista¹⁴ em detrimento das estratégias de Redução de Danos¹⁵ e integração social, reforçando a criminalização dos usuários, aprofundando o estigma e agravando o sofrimento psíquico e social.

Outro obstáculo relevante é a permanência de práticas biomédicas que, mesmo no contexto do atendimento psicossocial, ainda orientam grande parte das intervenções em saúde mental. A medicamentação¹⁶ excessiva ainda prevalece

¹⁴ A postura proibicionista aqui tratada caracteriza-se pela ênfase na criminalização do uso e da oferta de substâncias psicoativas, priorizando medidas punitivas e a centralidade da abstinência como único horizonte de intervenção. No contexto brasileiro, tal abordagem tem sido associada à estigmatização, ao fechamento de portas para estratégias de Redução de Danos (a ser explicada posteriormente) e ao aumento da responsabilização penal, sobretudo de pessoas pobres e negras (Uchoa, 2021; Caixeta 2023).

¹⁵ Em consonância com Passos e Souza (2011), a Redução de Danos é uma abordagem de saúde pública que desloca o foco da criminalização e da abstinência obrigatória para a minimização dos prejuízos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, reconhecendo que o fenômeno do uso não se reduz a um “vício” individual, mas exterioriza-se a partir de determinantes sociais, econômicos e políticos.

¹⁶ “A medicamentação refere-se ao controle médico sobre a vida das pessoas. Para tanto, utiliza a prescrição e o uso de medicamentos como única terapêutica possível de responder às situações da

em detrimento de estratégias que tendem a despertar a autonomia dos usuários, reproduzindo, de forma velada, lógicas manicomiais, mesmo em serviços que deveriam atuar sob o paradigma psicossocial.

A tendência é ainda reforçada por lacunas de formação profissional, que se manifestam já na graduação e se prolongam na ausência e/ou fragilidade dos processos de formação continuada para os profissionais, que muitas vezes encontram dificuldades na implementação de abordagens alinhadas aos princípios da RPB.

Nesse sentido, Vasconcelos (2023) ressalta que a formação profissional é um componente determinante para o estabelecimento desse modelo de atenção. A atuação em equipamentos como o CAPS exige uma capacitação que vá além da técnica, incorporando uma compreensão crítica das políticas públicas e das dinâmicas sociais que permeiam o sofrimento mental. Esse preparo é indispensável para que os profissionais possam enfrentar os desafios postos pelo cotidiano do trabalho psicossocial, como o estigma e o preconceito, sem perder de vista a autonomia e o protagonismo dos usuários.

Apesar das adversidades, os CAPS permanecem como um dos pilares centrais da Reforma Psiquiátrica, significando um avanço fundamental na substituição do modelo manicomial.

No entanto, com o crescimento dos investimentos nas práticas manicomiais supracitadas, o papel dessas instituições tem sido enfraquecido, comprometendo diretamente sua capacidade de atendimento e limitando o alcance das ações de promoção da saúde mental, da cidadania e do Cuidado em Liberdade. A Luta Antimanicomial, enquanto movimento social, segue desempenhando um papel essencial na batalha pela consolidação da PNSM, da RAPS e dos CAPS ao reiterar que a saúde mental deve ser tratada como uma questão de direitos humanos, e não apenas sob uma questão médica impregnada pela perspectiva biologicista. O lema “Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais!” consagra a RPB e simboliza essa resistência, como destacam Ahlert e Costa (2024). A participação ativa de usuários,

vida cotidiana, entendidas como enfermidades psíquicas.” (Bezerra *et. al*, 2014, p. 62). Neste contexto, cabe ainda salientar que, medicamentação é diferente de medicalização, sendo uma, consequência da outra. Explico:

A medicalização é o deslocamento de problemas sociais para o campo da Medicina, convertendo experiências históricas e coletivas em diagnósticos individuais passíveis de tratamento. “A medicamentação, por sua vez, é um dos resultados da medicalização, não se resumindo ao campo da saúde mental. Isso porque, considera o uso de remédios, psicotrópicos ou não, como a única forma possível de cuidado.” (Brasil, 2019 *apud* Rodrigues e Marques, 2023).

familiares e trabalhadores nesse movimento é basilar para garantir que a política se mantenha orientada aos princípios de dignidade e inclusão.

Amarante e Nunes (2018) destacam que, embora haja retrocessos, como tentativas de reintrodução de práticas institucionalizantes, a resistência da sociedade civil, dos familiares e de movimentos organizados tem sido determinante para impedir desmontes ainda maiores da política. Assim, tal mobilização evidencia que a defesa da saúde mental exige compromisso contínuo com o aprimoramento dos serviços substitutivos e a garantia de condições dignas e adequadas de atendimento.

Adicionalmente, a manutenção dos avanços conquistados exige mais do que um compromisso político e social contínuo, requer o enfrentamento de interesses econômicos, corporativos e ideológicos que, em diferentes momentos, atuam na contramão da Reforma Psiquiátrica. Assim, isso implica garantir financiamento adequado, ampliar os serviços substitutivos, fortalecer a rede comunitária e assegurar, de modo concreto, a participação ativa dos usuários e da sociedade civil.

A construção de uma sociedade sem manicômios não é somente um ideal, mas um projeto coletivo que requer a articulação de esforços entre Estado, sociedade civil, trabalhadores do SUS e, sobretudo, dos próprios usuários, frequentemente silenciados nos processos decisórios que afetam suas vidas.

Mediante o exposto, os CAPS, a RAPS e a PNSM representam uma mudança de paradigma no tratamento do sofrimento psíquico no Brasil. Apesar dos desafios, contradições e ameaças de retrocesso, o modelo de atenção psicossocial pautado na liberdade, na inclusão e no cuidado em rede constitui um progresso inegociável, que deve ser defendido e ampliado permanentemente. A luta por uma saúde mental digna e humanizada permanece, sustentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na resistência antimanicomial.

Assim, ao mesmo tempo em que a PNSM se consolidou como um marco histórico na tentativa de superação do modelo hospitalocêntrico, sua implementação revela tensões e contradições que não podem ser ignoradas. As ameaças aos CAPS, o fortalecimento de dispositivos coercitivos e os desafios na efetivação do cuidado psicossocial exigem uma análise crítica. Portanto, é primordial compreender como os CAPS estão estruturados dentro da RAPS e quais dificuldades enfrentam, mais especificamente, na atual conjuntura, especialmente diante das mudanças ao longo da história e da precarização dos serviços, que, por sua vez, impactam de maneira ainda mais acentuada nos municípios de pequeno porte.

2.4 A conformação atual da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e seus desafios contemporâneos

Dentre os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial se destacam como referências centrais na assistência antimanicomial à saúde mental, oferecendo atendimento interdisciplinar¹⁷ a pessoas com sofrimento mental grave e persistente, como dito anteriormente. Regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002, os CAPS são organizados conforme a complexidade do atendimento e a demanda populacional, distribuindo-se entre as diferentes modalidades:

CAPS I: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.

CAPS II: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS i: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS AD Álcool e Drogas: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS III: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD,

¹⁷ Ressalta-se que os processos de trabalho tendem a limitar as práticas interdisciplinares, as quais exigem espaços efetivos de comunicação entre os profissionais e a perspectiva de interação recíproca entre os saberes. A efetivação dessa lógica requer tanto condições objetivas no processo de trabalho, quanto a adesão subjetiva da equipe ao projeto de integração e diálogo.

possuindo até 05 (cinco) leitos para acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.

CAPS AD III Álcool e Drogas: Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2024, o Brasil contava com 3.019 CAPS habilitados. Sendo que, dentre esses, 1.522 correspondiam aos CAPS I, 528 aos CAPS II e 324 ao CAPS infanto-juvenil (CAPSi). Adicionalmente, havia 146 unidades de CAPS III, 338 de CAPS AD, 158 de CAPS AD III e, por fim, 3 de CAPS AD IV.

O estudo de Nisiide (2024) revela que

desde 1998, o número de CAPS tem aumentado e esse crescimento se deu principalmente no número de CAPS I, o que pode ter relação com a grande quantidade de municípios de pequeno porte no país, e CAPS AD III, reflexo de programas como “Crack é Possível Vencer” e da própria atenção da mídia e do poder público diante da pretensa epidemia do crack, “ainda que tal epidemia não tenha sido comprovada empiricamente” (IPEA¹⁸, 2017, p. 9).

Esses aparelhos desempenham um papel essencial na condução do cuidado dentro da RAPS, podendo ir muito além do tratamento médico ao articular estratégias voltadas à reabilitação psicossocial, à (re)inserção social e ao fortalecimento da participação ativa dos usuários.

Ainda que os CAPS tenham sido concebidos como a principal referência na atenção psicossocial, sua distribuição e estruturação nem sempre correspondem às demandas reais dos territórios. A limitação no número de serviços disponíveis em algumas regiões, associada a dificuldades na articulação com outros pontos da RAPS, pode comprometer a integralidade do cuidado. De igual modo, as diferenças nos critérios de implantação, que consideram exclusivamente o número de habitantes, desconsideram fatores como a desproteção social e a complexidade das demandas locais que podem provocar disparidades no acesso ao atendimento.

Segundo o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento (Ministério da Saúde, 2013), nos locais onde a rede de saúde mental é mais consolidada, os CAPS tendem a contar com estrutura física e equipe multidisciplinar compatíveis com as diretrizes nacionais, o que inclui espaços

¹⁸ Abreviação usada no texto original para “Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada”.

de acolhimento, salas para atendimentos individuais e coletivos, áreas de convivência, refeitórios, locais para oficinas terapêuticas e, nos serviços que funcionam 24 horas, quartos com leitos para acolhimento noturno. Além disso, a equipe mínima é composta por profissionais de diferentes áreas, como Psicologia, Serviço social, Enfermagem, Medicina e Terapia Ocupacional, permitindo um atendimento integral e articulado.

Contudo, a organização idealizada nem sempre se concretiza na prática, especialmente em municípios de pequeno porte. Embora o CAPS I seja indicado para cidades com mais de 15 mil habitantes, a realidade dessas localidades frequentemente envolve desafios estruturais, como a falta de espaço adequado, a insuficiência de profissionais e a sobrecarga das equipes. Além disso, a articulação com outros serviços da RAPS pode ser limitada, dificultando o encaminhamento adequado dos usuários e comprometendo a continuidade do cuidado.

Dessa forma, ainda que os CAPS sejam pensados como dispositivos estratégicos para o cuidado em saúde mental, sua efetividade está diretamente relacionada às condições concretas de funcionamento. Enquanto algumas unidades conseguem seguir as diretrizes previstas, outras enfrentam dificuldades que comprometem a qualidade do atendimento, evidenciando a necessidade de fortalecimento da política de saúde mental, sobretudo nos territórios onde a oferta de serviços é mais precária.

As dificuldades na organização dos CAPS não são casos isolados, mas refletem um quadro maior de retrocessos na PNSM, como a revalorização dos manicômios e o enfraquecimento dos dispositivos comunitários. A ordenação atual da política, portanto, reflete, além de avanços, graves retrocessos que comprometem a qualidade e a eficiência da RAPS e a garantia do Cuidado em Liberdade.

Os embates que atravessam a PNSM, em consonância com a correlação de forças, incidem diretamente sobre sua conformação e seus rumos. Em contextos marcados pela revalorização dos Hospitais Psiquiátricos, pela ampliação do financiamento de comunidades terapêuticas (CTs) e pela precarização dos equipamentos comunitários, tais disputas tendem a produzir um processo de desmonte progressivo da política. Após décadas de luta pela desinstitucionalização do cuidado, esse movimento de inflexão na política fragiliza os avanços conquistados, impondo retrocessos em relação ao modelo de cuidado alicerçado na comunidade e traz à tona novamente a hegemonia do modelo hospitalocêntrico e biomédico.

2.5 Retrocessos que desafiam a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)

O crescimento das CTs, que se iniciou em 2010, como suposto mecanismo de “cuidado” desenha mais um aspecto crítico dentro da conformação contemporânea da PNSM. Ainda que essas instituições tenham sido incorporadas à RAPS, a lógica do seu funcionamento não se alinha de modo algum aos ideais da atenção psicossocial e da Luta Antimanicomial. As CTs operam sob uma ótica assistencialista e moralizante, afastando-se dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Conforme apontam Mexko e Benelli (2022),

as CT estão na contramão da RPb por retirar o sujeito do convívio social, tal como faz os manicômios, por seu tratamento estar baseado na abstinência, contrariando a política de redução de danos, e pelo desrespeito à laicidade, uma vez que essas comunidades geralmente possuem práticas religiosas.

Apesar de sua inclusão na RAPS ter sido oficializada no Governo Dilma I (2011 – 2014), a expansão dessas instituições se intensificou a partir do Governo Michel Temer (2016 – 2018), com um maior repasse de recursos para as unidades.

Neste cenário, observa-se uma inflexão substantiva na condução da PNSM, marcada por alterações normativas e redefinições orçamentárias que incidiram diretamente sobre a atenção psicossocial. Com a ascensão do Governo Temer, a política passa a ser tensionada por medidas inseridas em um projeto mais amplo de reconfiguração do Estado brasileiro, orientado pela introdução do ultraneoliberalismo (Costa e Silva, 2024). Esta reorientação não se limitou ao campo discursivo, mas se materializou em decisões estruturantes no âmbito fiscal, cuja expressão mais emblemática foi a aprovação da Emenda Constitucional (EC) Nº 95/2016. Ao instituir o Novo Regime Fiscal e impor o congelamento dos gastos sociais por vinte anos, a EC 95 comprometeu estruturalmente o financiamento do SUS e, por conseguinte, da RAPS, criando condições objetivas para o desfinanciamento e a precarização dos serviços territoriais.

Especificamente no âmbito da saúde mental, a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.588/2017, que alterou a Portaria Nº 3.088/2011, introduziu alterações normativas decisivas na composição da RAPS, a exemplo da inclusão de hospitais psiquiátricos entre os dispositivos da rede. Ademais, a normativa passou a exigir taxa mínima de ocupação de 80% dos leitos de saúde mental em hospitais gerais como condição para o recebimento de recursos de custeio, assim como ampliou a proporção de leitos psiquiátricos nessas unidades de 15% para 20%, criando incentivos objetivos à

ampliação das internações (Desinstitute, 2023). Tais medidas foram amplamente criticadas por movimentos da Luta Antimanicomial, pesquisadores da área e pelo próprio Conselho Nacional de Saúde, por reintroduzirem e incentivarem equipamentos hospitalocêntricos e institucionalizantes, distanciando-se da lógica de cuidado territorial, comunitário e aberto que fundamenta a RPB (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Na mesma direção, a Resolução CIT N° 32/2017 e a Resolução N° 01/2018 do Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD)

colocaram novamente a centralidade nos hospitais psiquiátricos e na ampliação do financiamento e legitimação das Comunidades Terapêuticas no rol dos serviços da RAPS para as [pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas]¹⁹ (Costa e Silva, 2024, p. 55),

sendo que a Resolução n° 01/2018 reafirmou, ainda, a abstinência como diretriz central da Política Nacional sobre Drogas, tensionando a centralidade da Redução de Danos e incidindo, mais uma vez, sobre os fundamentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Como afirmam Costa e Silva (2024, p. 60), trata-se de um contexto no qual se evidenciam “contrarreformas que corroboram para a tendência da (re)manicomialização na contemporaneidade”, configurando, segundo os mesmos autores, a mais expressiva ofensiva à PNSM desde a consolidação da RAPS.

Mais do que alterações pontuais, essas medidas expressam um projeto político alinhado a interesses conservadores e mercantis, inserido no que Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018 *apud* Costa e Silva, 2024, p. 55) caracterizam como um “projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país”. No campo da saúde mental, tal movimento se materializa na ampliação da transferência de recursos públicos para instituições privadas, majoritariamente vinculadas a grupos religiosos, na valorização de práticas institucionalizantes e no fortalecimento de uma perspectiva proibicionista. Do ponto de vista analítico e estrutural, essas transformações não podem ser compreendidas como desvios aleatórios, mas sim como expressões da correlação de forças que atravessa o Estado e redefine os rumos das políticas sociais. Assim, o Governo Michel Temer consolida um momento emblemático de contrarreforma na saúde mental, fragilizando avanços historicamente construídos pela

¹⁹ Colchetes no original.

Luta Antimanicomial e impondo novos desafios à defesa do Cuidado em Liberdade e da garantia de direitos.

Na esteira do processo supracitado, durante o Governo Bolsonaro (2019 – 2022), o financiamento das CTs atingiu um patamar inédito, aprofundando a reorientação da política de saúde mental iniciada no período anterior. De acordo com a reportagem da BBC Brasil (2022), os repasses federais às CTs mais que dobraram entre 2018 e 2019, fazendo com que essas instituições, em sua maioria esmagadora, religiosas, se tornassem o principal modelo financiado para o cuidado de pessoas com histórico de uso prejudicial de álcool e outras drogas, mesmo sem critérios rigorosos de avaliação, controle ou comprovação de eficácia.

Em 2019, o então governo federal formalizou a Nova Política Nacional sobre Drogas, que priorizou o modelo proibicionista e fortaleceu ainda mais o papel das CTs como dispositivos centrais na atenção a dependentes químicos, em detrimento de outros serviços da RAPS (Brasil, 2020). Como resultado, as vagas financiadas pelo Estado em tais serviços quadruplicaram, atingindo mais de 10 mil “acolhimentos” (Brasil, 2020). A expansão das vagas foi acompanhada por um aumento expressivo de recursos públicos destinados às CTs, evidenciando uma reorientação da política de saúde mental em direção a um modelo baseado na institucionalização e em práticas que se afastam da RPB.

Desde então, o financiamento dessas organizações tem se expandido significativamente, em detrimento ao fortalecimento dos serviços abertos e de base comunitária. Enquanto dispositivos como os CAPS enfrentam subfinanciamento e precarização, as CTs têm se tornado “as principais operadoras das políticas públicas de saúde mental no país”, absorvendo grande parte dos recursos federais (Jornal a Verdade, 2023). Como consequência desse processo, fica desvelada a distorção de prioridades, onde o investimento estatal é direcionado para estabelecimentos que não possuem (nem mesmo) comprovação científica de sua eficácia e violam direitos fundamentais.

Há denúncias recorrentes de violações de direitos humanos dentro dessas instituições.

Segundo o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (*apud* Jornal a Verdade, 2023), estão presentes nessas instituições o isolamento e restrição do convívio social, visitas restritas, confisco de documentos e dinheiros, privação de liberdades, trabalhos análogos a escravidão etc.

Relatórios do Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério Público Federal (MPF) e Ministérios Públicos Estaduais (*apud* Le Monde Diplomatique Brasil, 2025) também identificaram condições degradantes nos espaços, com alojamentos coletivos superlotados, alimentação insuficiente e jornadas de trabalho análogas à escravidão, sem qualquer amparo legal.

As evidências supracitadas são suficientes para testemunhar que as CTs não operam como espaços terapêuticos voltados à autonomia e reinserção social, mas como dispositivos de segregação e controle social²⁰. Outrossim, seu crescimento está diretamente associado à mercantilização da saúde, já que esses locais são geridos por organizações privadas e religiosas, que além de captar recursos públicos sem fiscalização adequada, “ainda exigem o pagamento de mensalidades das famílias dos internos.” (Jornal a Verdade, 2023)

É nítida a inversão de valores e prioridades quando se observa a destinação dos investimentos na política de saúde mental, onde a ênfase recai no fortalecimento de dispositivos que reforçam e perpetuam práticas coercitivas e excludentes, revelando não só o esvaziamento dos princípios da Reforma Psiquiátrica, mas também o avanço de um modelo que privilegia o confinamento e o controle social em detrimento da liberdade, da autonomia do sujeito e da reintegração social. Tal movimento contrasta com os ideais da Luta Antimanicomial, que defendem a construção de uma atenção psicossocial inclusiva e emancipatória.

Por sua vez, a intensificação da medicamentação do sofrimento psíquico, acentuada pela reintrodução da eletroconvulsoterapia (ECT)²¹, agora como prática custeada pelo SUS, reflete o avanço da mercantilização da saúde mental. A partir da Nota Técnica Nº 11/2019, a ECT foi incorporada ao SUS. Esse procedimento

²⁰ Nesse trabalho, a noção de “controle social” não se refere aos mecanismos democráticos de participação e fiscalização das políticas públicas, como os Conselhos e Conferências de Saúde. Aqui, o termo é utilizado em sua acepção crítica para designar o conjunto de práticas, dispositivos institucionais e estratégias de poder que visam regular, vigiar e normalizar comportamentos considerados “desviantes”, sobretudo no campo da saúde mental, operando por meio da medicamentação, da contenção e do confinamento. Trata-se, portanto, de um controle exercido sobre os sujeitos, e não pelos sujeitos.

²¹ A eletroconvulsoterapia (ECT), popularmente conhecida como “eletrochoque”, é um procedimento que consiste na indução de uma convulsão por meio da aplicação de correntes elétricas ao cérebro sob anestesia geral, com a intenção de promover mudanças na atividade cerebral. Ainda que seus defensores apontem seu uso em casos de depressão grave e refratária a outros tratamentos, o histórico de sua aplicação está profundamente associado a práticas coercitivas e estigmatizantes que marcaram a medicina psiquiátrica manicomial. Além disso, críticas contemporâneas apontam para a persistência de riscos significativos, como o comprometimento cognitivo e a perda de memória, bem como para a incerteza acerca dos seus mecanismos de ação e efeitos a longo prazo, e para os problemas éticos relacionados ao consentimento informado.

historicamente associado a práticas repressivas e punitivas, foi retomado sem um amplo debate técnico e científico, remontando as “práticas de tortura vivenciadas em manicômios.” (Oliveira, 2019 *apud* Lima *et. al.*, 2023).

Além da ECT, a priorização de tratamentos biomédicos em oposição às abordagens psicossociais retrata os interesses da indústria farmacêutica e da psiquiatria biológica, que se beneficiam da ampliação do consumo de psicofármacos. A medicamentação crescente favorece um modelo de atenção à saúde mental orientado pelo lucro, como indicam Mexko e Benelli (2022), no qual o sofrimento psíquico é tratado de maneira reducionista, sem considerar seus determinantes sociais.

A combinação entre o fortalecimento das internações, geralmente compulsórias, em CTs, e o privilegiamento da medicamentação reflete uma aliança entre o setor privado, interesses religiosos e a indústria da saúde, que sucessivamente moldam a política de saúde mental seguindo uma lógica mercantil, tensionando e reconfigurando constantemente o campo da atenção psicossocial, em uma disputa que contrasta com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Dentro desse contexto, a conformação atual da PNSM sob o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (terceiro mandato), tem sido atravessada por disputas entre modelos de atenção antagônicos.

Observa-se, desde 2010, retrocessos impulsionados pelo fortalecimento das comunidades terapêuticas e pelo avanço desmedido de políticas coercitivas, que fragilizam a RAPS e tensionam os princípios da RPB. Mas Costa (2024) afirma que essas contradições persistem no terceiro Governo Lula (2023 – 2026), onde setores da gestão adotam posturas divergentes quanto ao modelo de cuidado em saúde mental.

Dessa forma, a mudança de governo não representou, automaticamente, a superação dos retrocessos impostos à Política Nacional de Saúde Mental, mas sim a reconfiguração das disputas em torno do modelo de cuidado, o que evidencia que os avanços e recuos da PNSM estão menos vinculados à alternância formal entre gestões e mais à correlação de forças que atravessa o Estado e a sociedade brasileira.

2.6 A Política de Saúde Mental no Governo Lula (2023 – 2026): Desafios estruturais e avanços parciais

O atual governo inicia sua gestão com a promessa de retomar os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Como aponta Assis (2024), merece destaque a atuação da Ministra da Saúde, Nísia Trindade, que afirmou o compromisso com a retomada das bandeiras da Reforma Psiquiátrica e adotou medidas concretas para reverter (alguns dos) retrocessos impostos por gestões anteriores. A saber, destaca-se a revogação da Portaria GM/MS N° 3.588/2017 por meio da Portaria GM/MS 757/2023, configurando um marco importante, já que reverte uma normativa que favorecia o financiamento de serviços hospitalocêntricos e manicomializantes. Outrossim, foram assinadas as Portarias GM/MS N° 681/2023 e 660/2023, que instituíram recomposição financeira para SRTs e CAPS, bem como a Portaria GM/MS N° 2.605/2023, que habilita novos SRTs, fortalecendo a estrutura do cuidado territorializado.

Cabe destacar que, por se tratar de um governo em curso, a produção acadêmica sobre a política de saúde mental no atual mandato de Lula ainda é incipiente, o que exige recorrer a fontes jornalísticas, documentos institucionais, informes de entidades e publicações oficiais para compor uma análise atualizada das diretrizes, contradições e disputas que atravessam a gestão vigente. Ressalto que, mesmo diante da escassez de estudos acadêmicos consolidados, a combinação das fontes citadas permite uma compreensão mais abrangente do cenário atual, ampliando o olhar crítico sobre os desafios e as possibilidades da PNSM.

A análise do cenário atual revela um conjunto de medidas que, simultaneamente, representam avanços e retrocessos. Entre os avanços, destacam-se a recomposição do orçamento da RAPS, com um investimento de R\$200.000.000,00 (duzentos milhões) em 2023 (Exame, 2023), a criação de um grupo de trabalho interministerial objetivando a retirada de adolescentes de CTs (Em Defesa do Comunismo, 2024) e a sanção da Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares (Planalto, 2024), iniciativa que pretende integrar ações de saúde mental ao ambiente escolar, promovendo estratégias de cuidado e prevenção junto aos discentes, docentes e demais membros da comunidade escolar.

As ações supracitadas indicam um esforço governamental para retomar políticas alinhadas à Reforma Psiquiátrica e à Luta Antimanicomial. Entretanto, tais avanços ocorrem em um contexto contraditório e perverso, pois ao mesmo tempo em que promove, de certo modo, a reestruturação da RAPS, o Governo Lula mantém o

financiamento das CTs, planejando um aumento orçamentário de R\$180.000.000,00 (cento e oitenta milhões) para essas instituições em 2024 (Em Defesa do Comunismo, 2024). Entidades como a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que denunciam as CTs como espaços de violação de direitos humanos e de reforço da lógica manicomial, têm empenhado críticas à decisão. Destarte, esse paradoxo evidencia que, longe de ser uma política homogênea e progressista, a atual gestão apresenta contradições estruturais que impactam diretamente o modelo de cuidado em liberdade.

Além do financiamento das CTs, a manutenção de práticas repressivas, como o uso do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) para ações de segurança pública, sinaliza claramente que o governo ainda sustenta uma abordagem proibicionista e criminalizadora do uso de drogas (Costa, 2024). Tal lógica se alinha a um modelo conservador que, ao invés de fortalecer a atenção psicossocial, intensifica, por exemplo, medidas punitivas e de internação compulsória, se distanciando da Política de Redução de Danos prevista na RAPS.

O caráter heterogêneo do terceiro Governo Lula, formado por uma ampla coalizão de forças políticas explica, em parte, a falta de coesão na política de saúde mental. Enquanto o Ministério da Saúde busca resgatar os princípios da Reforma Psiquiátrica, como ilustrado anteriormente, o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) direcionam investimentos para modelos que contradizem essa lógica (Costa, 2024). Diante dessa fragmentação, fica ainda mais nítido que a PNSM não é um campo neutro, mas uma arena de disputa entre interesses diversos, incluindo setores religiosos, políticos e econômicos, cujas tensões moldam os rumos da política de saúde mental no Brasil.

Nas palavras de Costa (2024), esse cenário reflete uma tendência muito mais ampla de desmonte das políticas sociais, na qual a intitulada “Contrarreforma Psiquiátrica” se insere como um dos mecanismos de esvaziamento do SUS e da transferência de recursos públicos para a esfera privada. Como ocorreu com a Reforma Trabalhista e com a Reforma da Previdência, o avanço das CTs representa um movimento de mercantilização da saúde, que retira do Estado a responsabilidade pelo cuidado integral do povo e a transfere para entidades privadas, predominantemente vinculadas a grupos religiosos.

Desse modo, ao avaliar os avanços e retrocessos na PNSM no interior do Governo Lula, é precípuo considerar as disputas internas da gestão e os limites

impostos pela governabilidade. O avanço de determinadas políticas ocorre em meio a contradições, e a coexistência de medidas progressistas e conservadoras comprova a complexidade desse processo.

A análise da PNSM no Governo Lula III evidencia contradições na condução das políticas de saúde mental, mas também o retorno de práticas manicomiais, o privilegiamento de comunidades terapêuticas e a intensificação da medicamentação, que conseqüentemente revelam um modelo que favorece a indústria da loucura, a mercantilização da saúde mental e a institucionalização da assistência, comprometendo, assim, a autonomia e o protagonismo dos usuários e a qualidade da RAPS.

Contudo, os efeitos das práticas supracitadas não se manifestam de maneira uniforme em todo o território nacional. A precarização dos serviços se torna ainda mais acentuada em municípios de pequeno porte, onde a oferta de equipamentos da RAPS é limitada e os CAPS enfrentam dificuldades estruturais significativas. Assim sendo, é essencial analisar como a PNSM se configura nesses territórios, entendendo os obstáculos específicos que esses municípios enfrentam.

2.7 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I e a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) nos municípios de pequeno porte: Progressos e dilemas

Como amplamente discutido ao longo do trabalho, a implantação da PNSM e a consolidação da RAPS representaram avanços expressivos no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico ao se afastarem do modelo asilar. Contudo, nos municípios de pequeno porte, a efetivação desses dispositivos enfrenta desafios estruturais, políticos e institucionais que, além de comprometerem a qualidade da assistência, colocam em risco a continuidade do atendimento e a consolidação do Cuidado em Liberdade.

O CAPS I, destinado a cidades com mais de 15 mil habitantes, foi concebido como um serviço de base comunitária, territorializado e articulado à rede, devendo assegurar atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico. Todavia, a realidade desvela dificuldades recorrentes, como a escassez de recursos financeiros e humanos, a desarticulação da rede e a permanência de práticas assistenciais de cunho manicomial (Boarini, 2009).

Ainda que a criação dos Centros de Atenção Psicossocial tenha promovido mudanças profundas na atenção em saúde mental, sua implementação nos pequenos municípios ocorre de forma desigual e instável. Muitas vezes o desfinanciamento da RAPS, aliado ao desconhecimento técnico e político das gestões municipais acerca da política de saúde mental, prejudica a estruturação adequada desses serviços (Luzio, L'Abatte, 2009; Ferreira, Cortes e Pinho, 2019), tornando-os insuficientes para atender às demandas da população. A alta rotatividade de profissionais e a ausência de capacitação contínua reforçam um modelo de cuidado fragmentado, limitando a potencialidade dos CAPS como dispositivos estratégicos na reabilitação psicossocial, sobretudo ao considerar que, em diversos contextos, os profissionais não possuem formação adequada para trabalhar sob a perspectiva da atenção psicossocial (Ferreira, Cortes e Pinho, 2019).

A descentralização da assistência em saúde mental configurou um passo poderoso ao ampliar o acesso a serviços de saúde mental em regiões historicamente desassistidas. No entanto, em muitos municípios, os CAPS funcionam com equipes reduzidas, incompletas e com infraestrutura precária, o que restringe sua capacidade na oferta do cuidado integral, contínuo e territorializado. Cabe salientar que esse quadro expressa um problema estrutural amplo da própria RAPS, uma vez que se trata de uma realidade comum em várias cidades interioranas (ou não) do Brasil. O principal obstáculo está na dificuldade de absorver, de forma equilibrada, a demanda existente em territórios onde a rede substitutiva é insuficiente ou, em alguns casos, praticamente inexistente.

A limitação dos recursos e a sobrecarga das equipes não restringem somente a permanência e a ampliação dos serviços, mas também incidem diretamente sobre o modelo de cuidado ofertado. Em vez de promover um acompanhamento ampliado, articulado ao território e à rede intersetorial, muitos CAPS acabam reduzidos a espaços ambulatoriais e medicalizantes, reforçando uma condição presente na realidade de diversos locais: mesmo sob a égide de um novo modelo de atenção, práticas hospitalocêntricas e biomédicas continuam sendo reproduzidas, dificultando a efetivação da desinstitucionalização.

Outro fator que limita o avanço da RAPS nos municípios de pequeno porte é a persistência de um olhar pouco crítico dentro das equipes multiprofissionais. A supremacia do saber biomédico, aliada à escassez de espaços de reflexão coletiva sobre o trabalho e à ausência de formação continuada, contribui para a perpetuação

de práticas que, em termos normativos e políticos, deveriam ter sido superadas. Nesse contexto, a medicamentação excessiva se apresenta como um problema significativo e habitual, onde profissionais sem formação na perspectiva da atenção psicossocial recorrem comumente à prescrição de psicotrópicos como principal (e, por vezes, única) forma de intervenção, em detrimento de estratégias terapêuticas mais abrangentes, como grupos, oficinas terapêuticas e o acompanhamento psicossocial.

Entretanto, a simples adoção de atividades coletivas sem a devida articulação com outras ações estruturantes, provavelmente será limitada. Como aponta Boarini (2009, p. 36),

não há dúvida de que o trabalho baseado no modelo de atenção comunitária deve contemplar a valorização do sujeito historicamente desqualificado e excluído do convívio social e do imaginário coletivo; entretanto a ênfase em grupos de autoajuda e autoestima e outros procedimentos do gênero, sem articulação com outras possibilidades e ações coletivas, pode tomar o caráter de psicologismo que, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, distancia-se do modelo de atenção psicossocial, cuja meta é desconstruir o paradigma pautado na dicotomia mente/corpo. Essa desconstrução também não se realiza com mais vagas no hospital psiquiátrico [...].

Destarte, é basilar que as práticas de cuidado ampliem suas abordagens, endossando um atendimento que vá além da prescrição e uso de medicamentos e do acolhimento pontual, provocando, em alguma medida, a transformação das relações e o pertencimento social dos sujeitos.

Além disso, a dependência das pactuações intermunicipais na tentativa de garantir atendimento especializado configura mais um problema recorrente. Em municípios com até 15 mil habitantes, onde o MS não recomenda a implementação de CAPS, a ausência de dispositivos específicos para o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais obriga esses usuários a buscar assistência em cidades vizinhas, fragilizando o vínculo entre usuário e equipe, além de dificultar a adesão ao tratamento e reforçar a lógica da exclusão.

A fragilidade mencionada se expressa de modo ainda mais agudo no cuidado às pessoas com demandas relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Souza (2018, p. 4) aponta que, nessas mesmas cidades

não existem dispositivos para acompanhamento em rede ao usuário de álcool e outras drogas como previsto na Portaria nº 3088/2011. Dessa forma, as internações agregadas ao tratamento asilar de longa duração em comunidades terapêuticas são o único suporte oferecido em cidades de pequeno porte, geralmente disponível em cidades distantes, com instalações em zona rurais (Brasil).

Soma-se a esse cenário os impactos do desfinanciamento da política de saúde mental em âmbito nacional. A priorização de modelos hospitalocêntricos pelo governo federal e a inclusão de comunidades terapêuticas na RAPS representam ameaças concretas ao avanço da Reforma Psiquiátrica (Rodrigues e Silva, 2022). A ausência de financiamento público consistente implica diretamente o custeio da RAPS, limitando a ampliação das equipes multiprofissionais, restringindo a oferta de atendimentos e inviabilizando a implementação de estratégias que fortaleçam verdadeiramente a autonomia dos usuários, o que favorece a permanência de práticas biomédicas e assistencialistas, distanciando os aparelhos do parâmetro psicossocial e submetendo-os a interesses privatizantes, que aprofundam a precarização da rede.

Diante desse cenário, é possível afirmar que, por um lado, a RAPS ampliou o acesso ao cuidado em saúde mental, mas por outro, sua efetividade continua comprometida por entraves estruturais e políticos. A precarização dos serviços, a descontinuidade das ações (frequentemente associadas às mudanças nas gestões municipais) e a reprodução de práticas conservadoras demonstram que a descentralização da assistência, embora basilar, não é suficiente para garantir a consolidação do modelo psicossocial comprometido com a RPB Antimanicomial.

A superação das limitações exige transformações concretas e permanentes. O fortalecimento da formação profissional, a reorganização da rede com vistas à ampliação da articulação intersetorial e o investimento em estratégias de cuidado centradas na autonomia e no protagonismo dos usuários são passos essenciais para evitar retrocessos e consolidar um modelo verdadeiramente psicossocial. A luta pela desinstitucionalização não se encerra com a criação formal da RAPS, mas exige um compromisso contínuo com a transformação das práticas e da cultura em torno da loucura.

Assim, reforça-se a urgência de um olhar crítico e minucioso sobre os rumos da política de saúde mental no Brasil. Sem mudanças estruturais e sem o compromisso efetivo com os princípios da RPB, há uma ameaça iminente de que a RAPS se torne apenas uma adaptação fragilizada do modelo biomédico, comprometendo seu potencial transformador e perpetuando lógicas de controle e medicamentação que precisam ser ultrapassadas.

Nessa conjuntura, os CAPS se mantêm como peças centrais na estruturação da RAPS e na consolidação do modelo substitutivo, mas sua implementação nos

municípios de pequeno porte segue atravessada por desafios que tensionam, limitam e colocam em disputa a efetivação do Cuidado em Liberdade.

3 A inserção do Serviço Social nos CAPS

A partir das determinações históricas, políticas e institucionais analisadas no capítulo anterior, o presente capítulo volta-se à discussão sobre a inserção do Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossocial, tratando do trabalho profissional, a função do técnico de referência e o trabalho com grupos enquanto mediação profissional no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental.

A inserção do Serviço Social nos dispositivos de saúde mental, em especial nos CAPS, não ocorre de maneira isolada ou meramente burocrática, mas constitui-se como fruto de um processo histórico tensionado pela Luta Antimanicomial e pela RPB. A entrada da categoria nesses espaços, conforme analisa Bedim (2023), precisa ser compreendida no bojo do Movimento da Reforma Sanitária e da redemocratização do país, momentos em que se questionava a hegemonia do modelo hospitalocêntrico e se buscava a construção de práticas pautadas singularmente na cidadania e na defesa dos direitos humanos. Ainda neste sentido, a Portaria N° 3.088 de 2011, que institui a RAPS, estabelece como diretrizes fundamentais o respeito aos direitos humanos e a garantia da autonomia, prevendo uma assistência que deve se organizar sob a lógica interdisciplinar (Brasil, 2011).

No cenário em questão, a atuação profissional se dá em um terreno atravessado por disputas constantes entre o paradigma da atenção psicossocial e a persistência de lógicas tradicionais e asilares de cuidado.

Neste contexto, o debate acerca da interdisciplinaridade ganha relevância face aos modelos centrados na competência médico-hospitalar e/ou nas práticas asilares. Reconhece-se a incapacidade de competências isoladas responderem à complexidade dos problemas contemporâneos (Ely, 2003).

De acordo com Vasconcelos (1997 *apud* Ely, 2003), a interação entre as disciplinas que informam o conhecimento profissional pode ser classificada em níveis crescentes de cooperação, partindo da multidisciplinaridade, com pouca interação entre os profissionais e os seus saberes, onde o trabalho de cada profissional ocorre separadamente e com pouca interação com os demais, até a interdisciplinaridade propriamente dita, caracterizada por relações de poder horizontais e trocas recíprocas

de conhecimento. Embora o setor de saúde mental tenha sido reconhecido como um dos que mais avançaram nessa direção (Vasconcelos, 1997 *apud* Nunes, Machado e Bellini, 2003), a materialização de tal fazer coletivo ainda enfrenta obstáculos na cultura institucional fragmentada.

A realidade concreta dos serviços por diversas vezes demonstra um descompasso entre a concepção teórica dos CAPS e a sua implementação prática. Na realidade institucional, o que se observa frequentemente é a manutenção de uma estrutura rígida, onde a divisão técnica do trabalho prevalece sobre a construção compartilhada enquanto o cotidiano profissional acaba empurrado para uma lógica multidisciplinar, na qual os saberes se agrupam de forma justaposta, ao passo que as decisões permanecem isoladas (Ely, 2003), o que também dificulta a afirmação das particularidades profissionais, dentre elas, a do Serviço Social.

O trabalho do(a) assistente social exige o exercício de uma postura profissional que se desafie a transitar entre os diversos campos do conhecimento para apreender a realidade em sua complexidade. Rodrigues (1995 *apud* Ely, 2003) define a referida atitude investigativa como a busca pelo desvelamento dos múltiplos ângulos que compõem o objeto de intervenção, possibilitando ao profissional apreender as diversas dimensões que constituem a vida do sujeito. Com efeito, a capacidade da categoria de articular criticamente diferentes saberes para interpretar os processos sociais atribui ao Serviço Social um certo caráter de “profissão interdisciplinar”, nos termos de Rodrigues (1995 *apud* Ely, 2003), uma vez que sua ação se constrói justamente no diálogo entre a fundamentação teórica e a realidade social concreta.

A partir de tal afirmação, pode-se indagar se tal condição interdisciplinar, embora constitutiva da profissão, não contribui para a complexificação da percepção de sua particularidade no interior dos CAPS, sobretudo em espaços marcados pela atuação de múltiplos saberes e por disputas em torno das atribuições profissionais.

Outro componente importante na análise da inserção do Serviço Social nos CAPS, refere-se à estruturação do processo de trabalho que permeia a organização dos serviços.

Para compreender a estruturação do processo de trabalho nos serviços substitutivos, faz-se necessário situar as normas que regem sua composição técnica, a exemplo da Portaria N° 336 de 2002, que define as equipes mínimas para cada modalidade de CAPS, incluindo profissionais de nível superior como psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, que devem atuar de forma articulada

no Projeto Terapêutico Singular (PTS)²². No interior dessa organização, o Técnico de Referência é definido como o profissional responsável pelo monitoramento do usuário, pelo contato com a família e pela avaliação do projeto individual (Silva e Costa, 2010).

Ocorre que, de acordo com Tomaz (2018), tal função, assumida de forma ampla e pouco crítica, pode resultar na subsunção das atribuições privativas do Serviço Social a uma prática clínica e individualizante, para a qual a formação do(a) assistente social não se destina. Ao limitar-se à função de um técnico genérico e inespecífico (Tomaz, 2018), o profissional corre o risco de distanciar-se dos fundamentos teórico-metodológicos e do arcabouço jurídico-normativo da profissão (elementos que particularizam a ação do Serviço Social em relação às outras profissões), priorizando uma escuta terapêutica em detrimento da intervenção qualificada no âmago das expressões da questão social.

Bedim (2023) corrobora a análise apresentada ao considerar que, muitas vezes, a demanda institucional e a precarização das redes de saúde conduzem o(a) assistente social em direção a um fazer imediatista, onde as especificidades da profissão se ofuscam frente às urgências cotidianas. A contradição acentua-se quando a implementação factual do serviço permanece capturada pela lógica biomédica, priorizando a remissão de sintomas em detrimento das intervenções sociais (Bedim, 2023).

O foco excessivo na dimensão clínica e medicamentosa impacta a organização do trabalho, já que a função de referência acaba absorvendo demandas burocráticas e organizacionais que fogem ao escopo da clínica e do exercício profissional qualificado (Silva e Costa, 2010). Diante do exposto, a inserção do Serviço Social nos CAPS qualifica-se quando o profissional ultrapassa a visão biomédica, situando o sofrimento psíquico além do sintoma e como vivência determinada, sobretudo, pelas condições objetivas de vida, trabalho e reprodução social dos sujeitos. O trabalho do(a) assistente social, mesmo em atividades partilhadas, possui olhares particulares de observação e competências específicas para o encaminhamento das ações (Iamamoto, 2002 *apud* Ely, 2003).

²² O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento que visa sistematizar e coordenar as ações de cuidado a partir das necessidades e subjetividades do usuário, sendo construído de forma coletiva pela equipe de saúde em diálogo com o próprio sujeito, e, quando pertinente, com sua família. O PTS orienta o atendimento de modo a promover a autonomia e a corresponsabilização, buscando recusar intervenções padronizadas e que desconsiderem a singularidade dos sujeitos.

Em face da conjuntura apresentada, torna-se imperativo delinear o que particulariza a ação do Serviço Social em meio à equipe multiprofissional e interdisciplinar. Diferente de outras categorias que possuem a psique como objeto central de intervenção, o(a) assistente social descortina os determinantes sociais que atravessam o adoecimento mental. Assim, segundo Silva (2023), o trabalho profissional deve transpor o foco na doença, voltando-se para o fortalecimento dos vínculos familiares e das relações sociais, aspirando a cidadania e a autonomia do usuário em sua totalidade, o que implica atuar diretamente sobre as demandas decorrentes da condição de pobreza, da estigmatização e das barreiras à inserção social vivenciadas pelos usuários.

Consequentemente, é indispensável esclarecer que a especificidade do Serviço Social não se traduz em isolamento dentro da equipe e dos postos de trabalho, tampouco na recusa do trabalho multi ou interdisciplinar, mas sim o oposto. A atuação significa a qualificação do olhar sobre a realidade social, garantindo que o Projeto Ético-Político (PEP) da profissão se materialize na defesa intransigente dos direitos dos usuários, resistindo às práticas que tentam “manicomializar” o Cuidado em Liberdade.

As especificidades do conhecimento do(a) assistente social exige enunciar a sua contribuição teórica, mas principalmente compreender como essa cooperação se organiza e se confronta no cotidiano do trabalho em equipe. Nesse exercício de deslocamento, torna-se fundamental analisar os dispositivos organizacionais que regulam o acompanhamento no CAPS, em especial a conformação da função de Técnico de Referência, cujo modo de operacionalização define, em grande medida, os limites e as potencialidades da intervenção profissional.

3.1 A atuação profissional e o “Técnico de Referência”

A organização dos processos de trabalho nos CAPS fundamenta-se, historicamente, na crítica à fragmentação do cuidado operada pelo modelo hospitalocêntrico. Buscando romper com a hierarquia verticalizada na qual o saber médico subordina as demais categorias, a Reforma Psiquiátrica propôs a atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar, mobilizando dispositivos de gestão do cuidado que sustentem a continuidade do acompanhamento. No desenho normativo

retomado por Tomaz (2018), o Terapeuta de Referência (TR)²³ figura como o profissional mediador entre sujeito, serviço e rede.

A mencionada estratégia de gestão busca reorganizar o serviço em equipe e fomentar o compromisso dos diversos trabalhadores com os princípios da RPB. Sobre a natureza de tal função, Martinho Silva (2007, *apud* Silva e Costa, 2010, p. 641) esclarece que

no campo da saúde mental, as práticas do profissional referente²⁴são direcionadas a um regulamento e gerenciamento de um conjunto de recursos e encargo pelo cuidado. É uma estratégia de gestão, para reorganizar o serviço em equipe, que faz com que o profissional se implique mais ao projeto reformista e, conseqüentemente, eleva a responsabilidade na organização (do) trabalho.

Contudo, Tomaz (2018) chama a atenção para o fato de que a centralidade do TR pode se traduzir em uma função genérica e inespecífica, com expectativa de atuação não delimitada aos estatutos profissionais, secundarizando particularidades profissionais e com forte ênfase em vínculo e escuta. O modelo ideal de interdisciplinaridade choca-se com uma cultura que valoriza a polivalência em detrimento da competência específica. Embora o dispositivo busque uma assistência singular (Furtado e Miranda, 2006 *apud* Silva e Costa, 2010), a prática cotidiana expande o acompanhamento para um conjunto amplo de tarefas burocráticas e controles cotidianos.

Na análise sobre o Serviço Social, Tomaz assevera que para além do acompanhamento do PTS, também recai sobre o profissional de referência o dever de “saber tudo” sobre o usuário - da “medicação à vida familiar” (Tomaz, 2018, p. 113), incluindo atribuições e monitoramentos que extrapolam o escopo atribuído originalmente ao exercício da função.

Como aponta Tomaz (2018, p. 18),

essas atribuições têm imposto aos Assistentes Sociais a necessidade de adquirirem conhecimentos em Psicanálise e Psicopatologia, o que contraria

²³ Utiliza-se “Terapeuta de Referência” quando se retoma a nomenclatura presente nas orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004 *apud* TOMAZ, 2018) e “Técnico de Referência” para designar a forma como a função é frequentemente nomeada no cotidiano dos serviços. Trata-se, aqui, de um mesmo dispositivo de organização do cuidado, cuja operacionalização e efeitos sobre as particularidades profissionais serão problematizados com base em Tomaz (2018).

²⁴ “Na literatura, podemos encontrar várias designações ao profissional de referência: “profissional referente”, “técnico de referência”, “equipe referente”. No presente artigo utilizamos essas terminologias como sinônimas a fim de resguardar todas as atribuições imbuídas no desempenho dessa atividade.” (Silva e Costa, 2010, P. 636)

a atual direção social da profissão e as legislações que regulam o exercício profissional.

E conforme Silva e Costa (2010), a dimensão clínica inserida nas atividades do TR implica processos advindos do relacionamento terapêutico que podem acabar gerando responsabilizações excessivas e sofrimento psíquico ao profissional.

Na mesma direção, a centralidade do profissional de referência se articula à forma hegemônica de trabalho interdisciplinar no campo, na qual se espera que todos, “exceto médicos”, assumam ações comuns, independentemente da formação, ao mesmo tempo em que se produzem demandas por intervenções de caráter terapêutico, clínico, individualizante e subjetivista, tensionando diretamente as atribuições e competências do Serviço Social (Tomaz, 2018). Destarte, cabe ressaltar que o risco não se limita a uma simples “troca” de tarefas no cotidiano profissional, mas trata-se de um movimento de subsunção do trabalho do(a) assistente social a um papel que o equaliza às demais profissões em termos de ações imediatas, com efeitos de descaracterização do Serviço Social.

O referido quadro intensifica-se no interior das determinações contemporâneas do trabalho. Ao discutir a reestruturação produtiva, Tomaz (2018) recupera a centralidade do toyotismo e da acumulação flexível na valorização do trabalhador multifuncional e polivalente, que são conceitos-chave para compreender por que tais exigências podem se expressar como indistinção de funções e, para além disso, diluição de particularidades profissionais. Assim, a crítica não deve ficar restrita somente às gestões locais dos serviços ou aos limites institucionais, mas precisa, indispensavelmente, alcançar também o nível macrossocietário e as mediações teórico-políticas que reiteram a organização do trabalho em equipe e o próprio exercício profissional.

Ainda assim, o exercício da função de TR não se coloca como uma recusa automática, mas como um terreno contraditório de intensas disputas (Tomaz, 2018). A autora indica que embora a incorporação do TR não seja uma escolha direta dos profissionais, há uma direção social atribuída ao trabalho que não pode se constituir acima do estatuto profissional e de sua regulamentação. Por outro lado, a centralidade do TR poderia conduzir condições favoráveis para o Serviço Social, até mesmo na construção da RAPS e dos matriciamentos, desde que a intervenção seja ordenada a partir das dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas do(a) assistente social, considerando que a intervenção interdisciplinar eficaz depende da

socialização do conhecimento e da preservação da integridade dos métodos de cada disciplina (Sampaio et al., 1989 *apud* Ely, 2003).

Diante das contradições que atravessam a organização do trabalho nos CAPS e a ocupação da função de referência, torna-se urgente avançar nas delimitações próprias do Serviço Social para além da condução do PTS. Se por um lado o exercício profissional é tensionado por processos de indistinção de funções e por demandas de caráter clínico e terapêutico, em contrapartida, neste contexto, destacam-se as demandas sociais que exigem práticas profissionais capazes de articular, entre outros, reflexão crítica, produção de sentido e fortalecimento da autonomia dos sujeitos. Nesse movimento se inscreve a dimensão socioeducativa do Serviço Social, como eixo fundamental de sua intervenção.

3.2 A dimensão socioeducativa do Serviço Social nos CAPS

A dimensão socioeducativa constitui elemento histórico-constitutivo do Serviço Social, atravessando a trajetória profissional desde sua gênese até as formulações contemporâneas. Conforme analisa Raquel Sena (2024), tal componente é parte inerente ao exercício profissional e assume direções distintas ao longo do desenvolvimento histórico da categoria, em conformidade com os projetos societários em disputa e com a própria forma como o Serviço Social se insere na divisão social e técnica do trabalho, o que impede tanto a naturalização da dimensão, quanto sua apreensão como algo homogêneo ou desprovido de contradições.

Ao recuperar o debate histórico, Sena (2024) dialoga com autores que identificam a dimensão desde a origem da profissão, inicialmente vinculada a práticas de cunho conservador e orientadas pelo enquadramento moral e pela adequação dos sujeitos à ordem social vigente. Posteriormente, a ação socioeducativa assumiu contornos modernizadores, ainda que mantendo vínculo com projetos conservadores. Até que, a partir do final dos anos 70, início dos anos 80, passa a ser repensada no interior do movimento de renovação crítica do Serviço Social, sob influência do pensamento marxista e da vertente de Intenção de Ruptura (Moljo *et al.*, 2018 *apud* Sena, 2024). No entanto, convém sublinhar que, conforme argumentam Moljo *et al.* (2018 *apud* Sena, 2024), tais direções não se sucedem de forma linear e coexistem na contemporaneidade, assumindo novas expressões no contexto atual do exercício profissional.

Sob a perspectiva apresentada, Sena (2024) afirma que a dimensão socioeducativa se articula de forma transversal às dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do Serviço Social, relacionando-se diretamente com elas, ainda que possua características próprias que não podem ser diluídas ou subsumidas às demais. A transversalidade, contudo, não suprime a necessidade de delimitação analítica, especialmente ao considerar o risco de esvaziamento conceitual da dimensão constantemente acionada de forma genérica ou instrumental no interior do cotidiano profissional.

A reflexão proposta por Sena (2024) insere-se em uma leitura crítica acerca do significado social da profissão, compreendida como produto histórico da sociabilidade capitalista. A autora enfatiza que o Serviço Social emerge como profissão demandada pelo Estado e pelo capital para responder às expressões da questão social, não se originando diretamente das lutas da classe trabalhadora, o que é fundamental na tentativa de evitar leituras idealizadas da prática, que, por vezes, atribuem ao assistente social um papel redentor ou messiânico no enfrentamento das desigualdades e desproteções sociais (Sena, 2024).

É precisamente nesse ponto que Sena (2024) estabelece um diálogo crítico com determinadas elaborações presentes na literatura, sobretudo aquelas que atribuem à dimensão socioeducativa a função central de promover a conscientização dos sujeitos ou de formar, de modo direto, uma consciência crítica. A autora recupera a formulação de Machado (2012) sobre a importância do conhecimento para a construção de uma cultura pública democrática e para a ampliação da participação social. No entanto, sua ênfase analítica dirige-se aos limites concretos da profissão e à ideia de que o Serviço Social, enquanto profissão, possa assumir de forma plena e descolada de suas determinações históricas, o papel de agente privilegiado da conscientização da classe trabalhadora. As potencialidades e os limites da emancipação devem ser analisados considerando que a consciência não se altera de forma mecânica (Sena, 2024).

É imperativo ressaltar que a problematização apresentada não implica a negação da dimensão socioeducativa, tampouco sua desqualificação no âmbito do exercício profissional. Nesta análise, entende-se que a intervenção socioeducativa pode constituir via relevante para que o(a) assistente social repense ou redefina sua atuação profissional, desde que ancorada em uma leitura crítica da realidade social, em consonância com o PEP. Coloca-se em questão a tendência de deslocamento do

significado social do Serviço Social para além das suas determinações concretas a ponto de imputar-lhe um papel de transformação da consciência que não se sustenta materialmente.

No campo da saúde mental e particularmente nos CAPS, essas reflexões assumem papel central. A organização do trabalho nesses serviços, marcada sobretudo pela atuação multiprofissional e pelo Cuidado em Liberdade, convoca o Serviço Social a desenvolver intervenções que ultrapassem o atendimento pontual e imediatista, sem perder de vista os limites concretos de sua inserção institucional, e, nessa esfera, a dimensão socioeducativa se expressa como eixo transversal do trabalho profissional, presente, entre outras, nas orientações aos usuários e familiares, na socialização de informações sobre direitos, no fortalecimento de vínculos sociais e no estímulo à participação dos sujeitos nos espaços coletivos do serviço e da rede (Sena, 2024; Sousa, 2023).

Ao mesmo tempo, a dimensão socioeducativa apresenta, nos CAPS, contornos privilegiados de intervenção, especialmente quando materializada em ações coletivas e grupais. Embora não se reduza apenas às estratégias mencionadas, o trabalho com grupos e outras atividades coletivas se apresentam como um espaço fértil, oportunizando a troca de experiências, a construção de sentidos e o questionamento das condições sociais que atravessam o sofrimento psíquico. Essas práticas, quando orientadas pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, não se confundem com intervenções terapêuticas, mas se estabelecem como mediações que podem favorecer o protagonismo, ampliar a autonomia e contribuir para o fortalecimento da cidadania dos sujeitos. Ademais, relatos de prática indicam que o desenho metodológico dos grupos exige seleção criteriosa de temas, trabalho com instrumentos metodológicos e avaliação contínua, a fim de evitar ações meramente assistencialistas (Nerio, 2025; Sousa, 2023).

Todavia, a materialização dessa dimensão enfrenta obstáculos severos decorrentes da persistência da hegemonia do saber biomédico, que tende a reduzir o sofrimento psíquico à patologia e ao sintoma individualizado (Tomaz, 2018). A subordinação das práticas interdisciplinares à lógica médica compromete a implementação de processos pedagógicos emancipatórios e muitas vezes relega o(a) assistente social a funções secundárias. Outrossim, observa-se um hiato profundo entre o arcabouço normativo da RPB e a concretude da Rede de Atenção em função da precarização do trabalho e do subfinanciamento estatal. Enquanto a legislação

preconiza o protagonismo do usuário, a prática institucional pode converter dispositivos, como as oficinas terapêuticas, em espaços de mero entretenimento ou ocupação manual desprovidos de reflexão crítica (Bedim, 2023).

No cotidiano dos serviços, as oficinas terapêuticas e os espaços de convivência, de modo geral, ocupam um lugar fulcral na estratégia do Cuidado em Liberdade. Todavia, é indispensável distinguir a intervenção socioeducativa do Serviço Social de práticas que podem resvalar no imediatismo ou no mero entretenimento, haja vista que, diferentemente de abordagens puramente clínicas, que buscam nas oficinas terapêuticas apenas o manejo do sintoma ou a expressão simbólica do inconsciente, o(a) assistente social pode inserir nesses espaços a intencionalidade voltada para a troca coletiva e para o reconhecimento do usuário como sujeito de direitos. A diferença entre uma prática unicamente ocupacional e uma intervenção com potencial emancipatório reside, portanto, na tentativa de ultrapassar a aparência imediata da atividade, articulando-a, também, com as demandas concretas da vida cotidiana.

O campo teórico aponta ainda que a dimensão socioeducativa enfrenta a ambivalência política de seu tempo. Em contextos de precarização das políticas sociais, há um risco factual de que essas práticas sejam capturadas por lógicas disciplinadoras ou moralizantes, focadas na adaptação comportamental dos indivíduos, e, para romper com tal concepção, a operacionalização do trabalho socioeducativo precisa ancorar-se em uma leitura rigorosa dos determinantes sociais do adoecimento, além de recusar respostas individualizantes, projetando a intervenção para o fortalecimento da organização coletiva e da participação política dos sujeitos.

Partindo do caráter transversal e estratégico da dimensão socioeducativa, o trabalho com grupos configura-se como mediação profissional privilegiada para o enfrentamento da lógica manicomial. O espaço grupal não se reduz a uma técnica de reunião de pessoas, mas constitui terreno fértil para a experiência da cidadania, a experimentação de novas formas de sociabilidade e para a elaboração de demandas coletivas que extrapolam a resposta medicamentosa. Por tal razão, a próxima subseção concentra-se em analisar o trabalho com grupos enquanto mediação substancial, estabelecendo as bases para a compreensão da experiência desenvolvida no CAPS onde a pesquisa se realizou.

3.3 Grupos enquanto mediação profissional

O trabalho com grupos no âmbito do Serviço Social desenha uma estratégia metodológica privilegiada que transcende uma simples reunião de indivíduos em um mesmo espaço físico, ou seja, a intervenção grupal exige uma compreensão que transponha o senso comum de agrupamento e se estabeleça como um campo de mediação profissional intencional, fundamentado em objetivos claros e alinhado ao Projeto Ético-Político da profissão. A utilização desse tipo de atendimento no CAPS não deve ser confundida com abordagens clínico-terapêuticas ou com dinâmicas de grupo inclinadas à distração, mas precisa ser apropriada como um espaço de socialização de informações e de construção coletiva de saberes, visando, entre outros, o fortalecimento da autonomia dos sujeitos (Nerio, 2025).

É imperativo demarcar as distinções entre a abordagem realizada pelo Serviço Social e as práticas clínicas tradicionais. Enquanto a terapia de grupo, comumente conduzida pela Psicologia, tende a focalizar os processos intrapsíquicos, o inconsciente e a remissão de sintomas individuais, a intervenção do(a) assistente social volta-se para as expressões da questão social que permeiam a vida dos sujeitos. Cristiane Tomaz (2018) alerta para o risco de psicologização das demandas sociais no cotidiano dos serviços de saúde mental, evidenciando a necessidade de que o sofrimento psíquico seja apreendido a partir das condições reais de existência dos sujeitos, social e politicamente determinadas. O grupo torna-se, portanto, um locus onde as queixas individuais podem ser reconstituídas enquanto questões coletivas, oportunizando, assim, que os participantes reconheçam seus direitos e identifiquem as determinações sociais que atravessam suas trajetórias de vida.

Quanto à condução, tais espaços exigem um planejamento preciso, que seja capaz de afastar qualquer perspectiva de improvisação, posto que a atuação do(a) assistente social como coordenador ou facilitador do processo grupal pressupõe a definição prévia de temas, metodologias, objetivos, entre outros, que dialoguem com as realidades dos participantes. O profissional deve utilizar o espaço grupal para promover a circulação de informações sobre a rede e os direitos sociais, operando a dimensão socioeducativa de maneira crítica e participativa (Silva, 2023), postura que exige que o técnico abandone a posição de detentor único do saber e assumo o papel de mediador, estimulando a troca de experiências, saberes e a solidariedade entre os

pares, o que contribui para romper com o isolamento social imposto pelo estigma da loucura.

Sob tal perspectiva, a dimensão socioeducativa materializa-se no grupo como um instrumento pungente de desalienação e cidadania. A socialização de conhecimentos é fundamental para que os sujeitos possam intervir em sua própria realidade, e, ao participar de um espaço onde a palavra circula e as vivências e os saberes são compartilhados, os usuários do CAPS deixam de ser apenas peças de intervenção médica e passam a exercer seu protagonismo. O trabalho socioeducativo, longe de assumir um caráter messiânico, tem potencial para viabilizar o acesso a direitos fundamentais e construir instrumentos em conjunto com os sujeitos para o enfrentamento das desigualdades e desproteções sociais, cumprindo assim a função social da profissão de potencializar a capacidade de luta e organização da classe trabalhadora.

Por fim, o horizonte ético-político do trabalho com grupos aponta para a desinstitucionalização e para a defesa intransigente do Cuidado em Liberdade. Vanisse Bedim (2023) reforça que as práticas profissionais devem tensionar a lógica manicomial que ainda persiste nas instituições, buscando construir alternativas que valorizem o convívio e a liberdade. Assim, o grupo operado pelo Serviço Social constitui uma trincheira de resistência onde a sociabilidade pode ser reconstruída, e a cidadania exercida na prática.

A experiência que será analisada a seguir demonstra precisamente como essa estratégia metodológica, quando executada com rigor teórico e compromisso ético, pode transformar a dinâmica institucional e impactar positivamente a vida dos sujeitos, reafirmando o compromisso da profissão com a emancipação humana e a viabilização dos direitos.

4 Análise de Experiência: Grupo Socioeducativo Saúde é Vida

4.1 Escopo para Análise da Experiência

O percurso teórico-metodológico desta investigação insere-se em uma abordagem qualitativa, adequada à apreensão de processos sociais, relações e sentidos produzidos no cotidiano institucional. O materialismo histórico-dialético constitui o método de análise que orienta a leitura crítica da realidade investigada, possibilitando, assim, a compreensão das mediações que atravessam a política de

saúde mental e o exercício profissional. A pesquisa configura-se como um relato de experiência de caráter analítico, fundamentado na inserção direta no campo de estágio e na coordenação de um grupo socioeducativo desenvolvido em um CAPS I.

A produção e sistematização das informações ocorreram por meio da observação participante e do registro sistemático em diário de campo, instrumentos que permitiram acompanhar as dinâmicas institucionais, grupais e relacionais vivenciadas ao longo do processo. Os registros, por sua vez, contemplaram tanto a descrição das atividades desenvolvidas, quanto reflexões analíticas acerca das intervenções realizadas, constituindo assim a base empírica da análise a ser apresentada.

O planejamento dos encontros do Grupo Saúde é Vida integrou o percurso metodológico, direcionando a definição de temas, estratégias de abordagem e recursos utilizados em cada um dos encontros, de modo a garantir coerência entre os objetivos estabelecidos e as intervenções materializadas.

Realizou-se, adicionalmente, a análise documental de legislações e outros estudos pertinentes à política de saúde mental, objetivando contextualizar a experiência no interior da rede de serviços e identificar os condicionantes que incidem sobre o trabalho profissional, o que contribuiu para a compreensão das possibilidades e dos limites da atuação do Serviço Social no CAPS analisado.

Para mais, a análise do material empírico foi desenvolvida a partir da articulação entre os dados produzidos em campo e as categorias teóricas mobilizadas ao longo da formação acadêmica, com ênfase no Conceito Ampliado de Saúde e nos Determinantes Sociais da Saúde, além da dimensão socioeducativa do trabalho com grupos. Esforçou-se por compreender de que maneira a mediação grupal incidiu sobre os processos de produção de sentidos, a participação e o fortalecimento do protagonismo e da autonomia dos usuários no contexto do Cuidado em Liberdade.

Embora o Projeto de Pesquisa (TCC I) desse Trabalho de Conclusão de Curso previsse o diálogo direto com a perspectiva da Educação Popular, o desenvolvimento do percurso investigativo explicitou limites concretos para a sua incorporação enquanto eixo teórico-analítico central do trabalho e da experiência. No período que antecedeu o início do trabalho grupal, não foi possível realizar um estudo sistemático e aprofundado do pensamento supramencionado, tanto em função dos limites temporais da formação acadêmica e do estágio obrigatório, quanto pelos processos institucionais que perpassaram a organização do trabalho no CAPS.

Durante a condução do Grupo Saúde é Vida, boa parte das práticas e mediações aproximaram-se de princípios comumente associados à Paulo Freire e à Educação Popular, como a valorização da palavra dos usuários, a horizontalidade nas trocas e o reconhecimento das experiências concretas como ponto de partida da reflexão. Contudo, essas aproximações decorreram hegemonicamente do acúmulo formativo construído ao longo da graduação em Serviço Social e da vivência pessoal, não de uma apropriação teórica sistematizada dessa perspectiva, que permitisse sustentá-la propriamente como categoria analítica do trabalho.

Evidencia-se que tal escolha metodológica não configura uma fragilidade do estudo, mas objetiva expressar o compromisso com a fidelidade empírica, a coerência teórico-metodológica e a honestidade intelectual, princípios indispensáveis à produção do conhecimento científico.

Reconhece-se, por fim, que a Educação Popular constitui um campo teórico-político bastante fecundo e estratégico para o trabalho socioeducativo no âmbito dos CAPS, configurando-se como possibilidade de aprofundamento em investigações futuras, alicerçado em uma preparação teórica mais sistemática.

Por outro lado, na elaboração da Análise de Experiência, recorreu-se à leitura de bibliografia que contribuiu para o aprofundamento da compreensão acerca do grupo entendido enquanto “processo”, conforme ficará evidenciado na próxima subseção.

No que se refere aos aspectos éticos, a pesquisa observou rigorosamente os preceitos estabelecidos no Código de Ética do(a) Assistente Social (1993), assegurando o sigilo das informações, a preservação da identidade dos sujeitos envolvidos e o respeito à dignidade humana. Cabe ressaltar, neste momento, que a utilização das informações sistematizadas a partir dessa experiência se restringiu exclusivamente aos fins acadêmicos, em consonância com os princípios éticos que orientam o exercício da profissão.

4.2 Análise da Experiência

À luz do percurso teórico-metodológico apresentado, passa-se à análise da experiência desenvolvida no âmbito do Estágio Obrigatório III em Serviço Social, tomando como referência o trabalho socioeducativo com grupos realizado em um CAPS I.

Este capítulo tem como objetivo sistematizar, de forma crítica, a prática vivenciada, articulando os elementos observados no cotidiano profissional às categorias teóricas que orientaram a intervenção, de modo a evidenciar as mediações, as potencialidades e os limites do trabalho desenvolvido. A proposta e o planejamento foram construídos por mim enquanto coordenadora do grupo, na condição de estagiária do Serviço Social na instituição, com base no Conceito Ampliado de Saúde e nos Determinantes Sociais que o atravessam.

Cabe salientar, neste momento, que a escolha por utilizar o termo “coordenadora do grupo” se justifica porque pensei e elaborei o projeto, planejei e organizei cada encontro e acompanhei de forma direta o processo vivido pelos usuários participantes, o que permite explicitar a responsabilidade metodológica, ética e técnica envolvida no trabalho desenvolvido na condição de estudante em formação, sob supervisão de campo e acadêmica, além de orientar a leitura aqui apresentada.

Nesse sentido, a adoção do termo supracitado também encontra respaldo na perspectiva de William César Castilho Pereira, que compreende a liderança em grupos comunitários e populares não como um lugar de centralização de poder, mas de um agente facilitador, uma espécie de "parteiro". Ou seja, ao me posicionar como coordenadora, busquei atuar como uma figura de referência que "facilita o ato de nascer, de crescer, de desenvolver, de transformar o grupo em sujeito de sua própria história" (Pereira, 2001, p. 312). Meu intuito foi catalisar os desejos coletivos e sustentar o espaço para que a autonomia dos usuários pudesse emergir, em contraposição a uma autoridade verticalizada, visando auxiliar o grupo na superação de sua inércia inicial.

A análise se organiza para retomar, inicialmente, os elementos gerais que compuseram o processo grupal, incluindo o contexto, o público atendido e o percurso desenvolvido ao longo dos encontros. Na sequência, aprofunda a avaliação qualitativa dos movimentos que emergiram no grupo, considerando indicadores concretos observados, as reflexões produzidas ao longo da experiência e os aprendizados decorrentes da minha atuação enquanto coordenadora do grupo. Nesse movimento, a discussão dialoga com autores que subsidiam a compreensão dos processos grupais, sobretudo Silvia Tatiana Maurer Lane, no livro *Psicologia Social: O Homem em Movimento* e William César Castilho Pereira, no livro *Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática*, cujos referenciais auxiliam na análise

das relações, da participação e dos aspectos subjetivos e institucionais mobilizados durante o desenvolvimento da atividade.

4.2.1 Sistematização

O projeto foi desenvolvido em um CAPS I, que, de acordo com a Portaria GM/MS N° 336/2002 do Ministério da Saúde

atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.

Seu funcionamento se organiza por meio de uma equipe multiprofissional (assistente social, psicólogo(a), psiquiatra, enfermeiro(a) e técnico(a) em enfermagem) responsável por desenvolver atendimentos individuais, atividades coletivas, visitas domiciliares, ações no território, entre outras. O CAPS acolhe demandas espontâneas, além de encaminhamentos advindos da Atenção Básica e da rede hospitalar, desempenhando um papel estratégico no Cuidado em Liberdade.

Conforme dito anteriormente, o público atendido pelo serviço é diverso, abrangendo diferentes faixas etárias e trajetórias de vida. Entretanto, em sua maioria esmagadora, os usuários enfrentam condições de desproteção social caracterizadas por baixa escolaridade, renda insuficiente, fragilidade dos vínculos familiares, dificuldades de inserção no mercado de trabalho etc.

Para a composição do grupo socioeducativo, foram convidados usuários indicados pela equipe técnica, priorizando aqueles com maior autonomia e condições de acompanhar encontros grupais reflexivos. Deste modo, participaram predominantemente adultos entre 20 e 60 anos, em sua maioria homens negros (pretos e pardos), vinculados ao CAPS há bastante tempo e já inseridos em outras atividades coletivas da unidade. Trata-se de usuários, geralmente, com baixa escolaridade e renda restrita, boa parte das vezes condicionada a benefícios sociais, e com algumas trajetórias de sofrimento psíquico marcadas por internações anteriores aos CAPS.

Apesar dessas condições, cada um, ao seu modo, apresentava níveis de autonomia que permitiram uma participação significativa no grupo reflexivo,

possibilitando um processo de trocas enriquecedor, potente e em nada inferior aos grupos constituídos em outros espaços sócio-ocupacionais, diferentes da área de saúde mental.

A experiência contou com nove encontros realizados entre os meses de maio e setembro. O quadro a seguir sintetiza o percurso grupal:

Quadro 1 – Percorso grupal

ENCONTRO	DATA	TEMA	NÚMERO DE PARTICIPANTES
1	23/05/2025	Apresentação do Grupo e Boas-Vindas	9 pessoas
2	06/06/2025	Determinantes Sociais da Saúde (Geral)	NÃO HOUVE REGISTRO DESSA INFORMAÇÃO NESTE DIA*
3	11/07/2025	Alimentação	8 pessoas
4	18/07/2025	Saúde Mental	8 pessoas
5	08/08/2025	Educação	8 pessoas
6	15/08/2025	Trabalho e Renda	7 pessoas
7	22/08/2025	Lazer	10 pessoas
8	29/08/2025	Lazer (Passeio)	12 pessoas
9	05/09/2025	Saúde (Geral e Encerramento)	5 pessoas

*O livro de assinaturas foi disponibilizado somente a partir do terceiro encontro. No caso do segundo encontro, embora uma fotografia tenha sido tirada por uma profissional da equipe, o registro não pôde ser recuperado. Assim, não foi possível identificar o número exato de participantes na ocasião.

Embora a planilha apresente apenas o número total de participantes por encontro, vale ressaltar que foi possível identificar um núcleo composto por três usuários que permaneceu presente na maior parte da trajetória. Suas presenças variaram entre sete e oito encontros (em um total de nove realizados), o que indicou

continuidade e envolvimento ao longo do processo, ainda que isso não defina uma consolidação plena do grupo. A permanência desses participantes apontou movimentos de aproximação e certa estabilidade, ao passo que também revelou diferenças importantes na forma como cada sujeito se vincula às atividades coletivas.

Outra observação importante diz respeito à alternância de presenças, que expressa a fluidez bastante característica do cotidiano institucional próprio do CAPS. A análise desse movimento se apoiou em situações repetidas ao longo dos encontros, como chegadas após o início das atividades, saídas antes do encerramento e reorganizações necessárias para integrar quem ingressava em momentos distintos. Tais ocorrências corroboram a perspectiva de Lane (1993) de que o grupo não ocorre isolado, mas permeado pela instituição. O contexto descrito exigiu retomadas breves do conteúdo trabalhado e ajustes na condução das propostas, o que evidenciou que o grupo permaneceu permeável às mudanças de composição e demandou atenção contínua na mediação.

A presença intermediária de dois usuários, que compareceram a aproximadamente cinco encontros, ampliou a continuidade observada de forma um pouco menos constante que o núcleo central. Já a participação eventual da maior parte dos demais usuários revelou ritmos distintos de envolvimento, influenciados por fatores subjetivos, condições sociais, demandas cotidianas, entre outras questões que interferem na frequência.

A variação entre cinco e doze presenças ao longo dos encontros indicou que o processo se desenvolveu em meio a oscilações próprias do contexto do CAPS, aspecto que reforça a compreensão de que o grupo se configurou de maneira processual e fluida, atravessada por elementos que ultrapassam o planejamento inicial. A coexistência entre presenças regulares e participações pontuais permitiu observar diferentes formas de envolvimento, o que propiciou leituras cuidadosas sobre movimentos coletivos e individuais presentes no percurso.

Cada encontro foi estruturado a partir da metodologia prevista no projeto elaborado por mim, com pergunta(s) disparadora(s), discussão coletiva, proposição de exercício a ser realizado com o grupo e momento de fechamento.

– Encontro 1

Tema: Apresentação do grupo e boas-vindas

O primeiro encontro do grupo socioeducativo ocorreu em 23 de maio de 2025, com duração aproximada de 1 hora. A proposta central foi acolher os participantes e iniciar a construção coletiva de um espaço de escuta e reflexão sobre o Conceito Ampliado de Saúde, a partir da perspectiva dos Determinantes Sociais.

O encontro foi conduzido por mim enquanto coordenadora do grupo e estagiária de Serviço Social. Iniciei o diálogo me apresentando, apesar de já ser conhecida por todos os sujeitos presentes, e logo em seguida contextualizei a proposta do grupo, reforçando o caráter ético e participativo do processo. Na ocasião, expliquei os princípios de sigilo, respeito e autonomia, elementos essenciais à prática socioeducativa em saúde mental. Meu cuidado inicial buscou explicitar a preocupação com a defesa da autonomia dos usuários e com o direito ao Cuidado em Liberdade, princípios que orientam a política e o exercício profissional do Serviço Social.

Embora estivesse previsto no planejamento uma breve apresentação entre os participantes, optei por não realizar este momento em função da timidez observada entre os usuários e da percepção de que interromper as falas espontâneas poderia comprometer a fluidez do encontro. Ainda que simples, tal decisão expressou meu compromisso com a leitura de contexto, com a flexibilidade metodológica e com o respeito ao ritmo do grupo, dimensões preciosas no cerne do trabalho socioeducativo

De modo semelhante, suprimi o bloco de perguntas voltado às expectativas e sugestões, pois avaliei que exigiria um nível de elaboração subjetiva difícil de ser alcançado no momento inicial. Dessa forma, privilegiei na condução o diálogo espontâneo e permiti que os temas emergissem naturalmente, o que me proporcionou um aprendizado fundamental em relação ao trabalho com esse grupo, envolvendo a necessidade de respeitar a relação espontânea, sem forçar uma atividade planejada previamente, favorecendo um ambiente mais acolhedor e horizontal.

Durante a conversa, algumas demandas foram apresentadas espontaneamente, como o desejo do retorno das realizações de assembleias, o aumento da frequência nos atendimentos psicológicos individuais e o retorno da oferta de almoço na unidade, interrompida na pandemia de Covid-19. Surgiram também as primeiras propostas para a escolha do nome do grupo, entre elas “Saúde é importante para a comunidade”, “Avaliando a saúde”, “Vida é saúde, e saúde é vida”.

De modo geral, observei que o encontro cumpriu seu papel inaugural de forma satisfatória ao estabelecer as bases para a constituição do grupo e para o fortalecimento dos vínculos entre mim, enquanto coordenadora, e os participantes.

Ainda que eu tenha reconhecido que o projeto não havia sido plenamente compreendido naquele momento, o grupo demonstrou receptividade, curiosidade e grande disposição para dar continuidade ao processo.

A partir desse primeiro contato, tornou-se possível identificar traços significativos de sociabilidade, interesse e desejo de partilha, mesmo que atravessados por inibições e incertezas próprias do início de um trabalho coletivo, cenário que remete ao que Pereira (2001) descreve como a resistência inicial de “ser grupo”, marcada pelo medo de se expor e pelo receio do julgamento alheio, obstáculos naturais que precedem a consolidação dos vínculos. Do ponto de vista do Serviço Social, o início revela tanto o desafio, quanto a potência do trabalho socioeducativo, que consiste tecnicamente em criar espaços de escuta e construção de sentido nos quais o sujeito possa se reconhecer como protagonista do seu próprio cuidado e da produção de saber sobre sua própria vida.

– Encontro 2

Tema: Determinantes Sociais da Saúde (Geral)

O segundo encontro aconteceu no dia 6 de junho de 2025 e teve como foco a introdução ao conceito dos Determinantes Sociais da Saúde, de maneira mais ampla e acessível. O grupo contou com a presença de usuários que já haviam participado da primeira atividade e de novos integrantes, o que demandou de mim atenção ao equilíbrio entre acolher os recém-chegados e dar continuidade ao processo de construção iniciado anteriormente.

Iniciei a atividade com uma breve retomada às compreensões construídas no primeiro momento, tanto para reforçar o seguimento do processo quanto para situar os novos participantes, no intuito de possibilitar que se inserissem na vivência grupal sem se sentirem muito deslocados, ação que favoreceu a continuidade do vínculo e a coesão do grupo.

Em seguida, conduzi a votação para a escolha definitiva do nome do grupo, momento que se mostrou marcado pelo envolvimento, entusiasmo e pela adesão coletiva à proposta, observados pela participação unânime dos presentes. As sugestões elaboradas no primeiro encontro foram retomadas, somadas a novas ideias surgidas durante a discussão coletiva e a votação ocorreu por meio da contagem de mãos levantadas, resultando na escolha do nome “Grupo Saúde é Vida”, acolhido com

visível satisfação pelos presentes, confirmando o consenso construído durante a atividade.

Mais do que uma simples escolha simbólica, a definição do nome representou um passo importante na construção da identidade do grupo. A partir desse momento, o coletivo passou a se reconhecer sob um mesmo título, aspirando contribuir para o fortalecimento do sentimento de pertença e para a criação de um espaço mais estável de escuta e convivência. Contudo, uma análise crítica do processo exige reconhecer os limites dessa ação, pois embora a votação tenha gerado engajamento momentâneo, observei que a denominação "Saúde é Vida" não foi apropriada pelos usuários em outros espaços do CAPS ou nas relações com outros profissionais. A referida constatação confirma a análise de Lane sobre a força da "serialidade" nas instituições, isto porque apesar de o grupo ter ensaiado um movimento de coesão durante a atividade, a identidade coletiva ainda não foi suficiente para romper, de forma duradoura, com a fragmentação e o isolamento que marcam o cotidiano institucional. O nome, portanto, serviu mais como um dispositivo pedagógico interno do que como uma consolidação efetiva de pertencimento externo.

Após isso, a atividade seguiu com o tema central, os Determinantes Sociais da Saúde. Por meio de perguntas disparadoras, busquei estimular a reflexão sobre o que ajuda ou prejudica a saúde, partindo, sobretudo, das vivências concretas dos participantes. As respostas inicialmente se concentraram em aspectos mais ligados à visão biomédica, como médicos, remédios e exercícios físicos, mas aos poucos foram se ampliando para dimensões sociais, como alimentação, moradia, renda e convivência, movimento auxiliado pela minha mediação. Gradualmente, o mencionado deslocamento nas falas indicou que o grupo começava a se apropriar do conceito de forma mais contextualizada, relacionando-o, inclusive, à própria realidade.

As imagens utilizadas como apoio se mostraram ferramentas potentes para despertar lembranças e favorecer a associação entre o cotidiano e os fatores que influenciam a saúde, o que permitiu que o tema, de natureza conceitual e abstrata, fosse traduzido em experiências mais próximas e concretas. A partir desse recurso as falas se tornaram mais espontâneas e participativas, revelando a importância da mediação visual em processos educativos com públicos heterogêneos.

Durante a atividade expressiva, convidei os participantes a desenhar ou escrever uma coisa que ajudasse e outra que atrapalhasse a saúde. Todos participaram, com exceção de dois usuários que necessitaram de apoio, prontamente

oferecido pelos próprios colegas, revelando, através desse gesto, indícios de solidariedade e o esboço de um sentimento de grupo que começava a se desenhar.

O encontro também foi marcado por momentos de dispersão, com conversas paralelas e desvios do tema, o que me exigiu flexibilidade e manejo cuidadoso do tempo, mas, ainda assim foi possível perceber um envolvimento genuíno dos participantes e um grande interesse em compreender o tema proposto.

A experiência evidenciou a complexidade em traduzir conceitos técnicos para uma linguagem acessível e próxima aos sujeitos sem perder a profundidade necessária, o que constitui um desafio permanente no trabalho socioeducativo. Desse modo, reconheci a necessidade de aprimorar minhas estratégias de comunicação e de buscar formas mais fluidas e dinâmicas de introduzir conteúdos mais teóricos, o que reforçou a importância da escuta atenta e da adaptação metodológica como princípios orientadores da prática.

Em linhas gerais, o segundo encontro foi mais um momento que contribuiu no processo de formação grupal enquanto espaço de diálogo e construção coletiva, expandindo a compreensão dos participantes sobre os fatores que determinam a saúde. Por outro lado, reafirmou a relevância da mediação do Serviço Social na promoção de reflexões críticas sobre as condições de vida e na valorização dos saberes e experiências dos usuários. A educação em saúde, quando pautada pelo diálogo e pela horizontalidade, apresentou-se como uma ferramenta concreta de fortalecimento da autonomia dos sujeitos, indicador observado na capacidade dos usuários de problematizarem, minimamente, a visão puramente biomédica e elaborarem críticas sobre suas condições concretas de vida.

– Encontro 3

Tema: Alimentação

O terceiro encontro do Grupo Saúde é Vida foi realizado em 11 de julho de 2025 e teve como tema central a alimentação compreendida enquanto direito e expressão concreta dos Determinantes Sociais da Saúde. Participaram oito usuários até o final, sendo que uma participante se retirou no início da atividade, saída que acolhi com espontaneidade e tranquilidade, na tentativa de reafirmar o caráter voluntário e horizontal do grupo, além do compromisso ético com a autonomia dos sujeitos. A maior parte dos participantes já havia integrado encontros anteriores, ainda que com

presenças intermitentes, algo que, conforme dito anteriormente, é comum ao próprio cotidiano do CAPS, marcado por fluxos diversos de adesão e presença. Ademais, um novo usuário integrou o grupo nesse dia e expressou muita leveza e bom humor, o que contribuiu para o clima de acolhimento e participação que o grupo desenvolveu naquela ocasião.

A atividade foi estruturada a partir de recursos audiovisuais e propostas de reflexão coletiva, aspirando tornar o debate mais acessível e interessante, com o uso de linguagens que dialogassem com diferentes níveis de compreensão e experiência dos usuários. Foram utilizados uma música e um vídeo como disparadores da discussão sobre alimentação, seguidos de perguntas reflexivas. Embora o vídeo tenha despertado mais atenção, ambos cumpriram o papel de aproximar o tema da realidade cotidiana do grupo. A participação seguiu o padrão já observado anteriormente, onde alguns usuários se expressaram com maior desenvoltura, enquanto outros permaneceram mais reservados, mas igualmente atentos e envolvidos.

Durante o diálogo coletivo, emergiram algumas reflexões sobre alimentação e desigualdade social, onde parte dos participantes expressou a ideia de que, apesar das dificuldades, todos possuíam algum nível de acesso à comida. A partir da minha intervenção e de alguns questionamentos propostos, a percepção supracitada, que tende a naturalizar a desigualdade, foi gradualmente problematizada, permitindo o tensionamento às noções de “acesso” e “direito”. Posteriormente, na discussão sobre a alimentação enquanto direito social e não como favor ou mesmo responsabilidade individual, foi possível perceber movimentos de compreensão e até de ressignificação. Alguns pareciam entrar em contato com essa compreensão pela primeira vez, já outros, resgatavam memórias e percepções que talvez estivessem adormecidas diante das adversidades cotidianas.

De forma espontânea, surgiu a proposta de aproximação com a horta do CAPS, que foi vista com curiosidade, embora houvesse também certa timidez e receio. Um dos usuários relatou o desejo de consumir alimentos cultivados ali, mas mencionou que a horta se encontrava temporariamente desativada devido às férias da única profissional responsável. A partir disso, o grupo propôs dialogar com a funcionária responsável, a fim de pensar possibilidades conjuntas de cuidado do espaço. A iniciativa indicou uma apropriação do espaço e do cuidado, revelando o potencial educativo e político do grupo em transformar a reflexão em ação, ensaiando um

movimento de superação da passividade que Pereira (2001) aponta como obstáculo inicial dos processos grupais.

Contudo, ponderei quanto à viabilidade prática dessa articulação, compreendendo os limites operacionais e as lógicas internas que envolvem a rotina do serviço. Minha cautela se deu em razão da percepção de que a instituição, muitas vezes, desacredita da constância dos usuários em projetos de longo prazo. Assim, prometer uma articulação que eu sabia que encontraria barreiras na equipe poderia gerar falsas expectativas, o que avaliei como um risco naquele momento.

A atividade final, por sua vez, consistiu em completar por escrito a frase "Comer é...", buscando sintetizar as reflexões do encontro. Todos participaram e a solidariedade expressa na ajuda mútua para a escrita conferiu ao encerramento um caráter coletivo de cuidado. O resultado trouxe frases que reafirmavam que "Comer é um direito" de maneira quase uníssona, o que a princípio pode parecer uma resposta simples ou esperada, mas sob um olhar mais atento, revelou um significado profundo. A reprodução dessa frase pela maioria, inclusive por aqueles que pouco falaram, pareceu ecoar como uma reivindicação silenciosa, sobretudo considerando que a questão da alimentação no CAPS já havia sido levantada no primeiro encontro e institucionalmente inibida, conforme será detalhado a seguir. A insistência coletiva em reafirmar o direito sugere que o grupo encontrou ali, na escrita partilhada, uma brecha para dizer o que vinha sendo calado no cotidiano.

Um aspecto que demandou reflexão posterior foi justamente o silêncio do grupo em torno da ausência das refeições no CAPS durante a discussão verbal, tema recorrente em outros encontros e no cotidiano institucional. A ausência dessa menção, quando o tema central era a alimentação, chamou atenção. Após o encerramento, soube que os usuários haviam sido, de certa forma, desestimulados a tratar do assunto, por se tratar de uma questão fora do alcance da equipe, informação que produziu em mim um desconforto ético significativo. Embora compreenda que a gestão desses recursos dependa da esfera municipal e fuja à alçada imediata da equipe, a interdição do assunto gerou um ruído na minha prática. Senti-me diante de uma grande contradição entre o discurso do Cuidado em Liberdade, que prevê a autonomia e a voz dos sujeitos e uma prática de silenciamento que reafirma o controle institucional sobre quais pautas são "legítimas" ou "incômodas".

Tal situação exemplifica a análise de Lane (1993) sobre a inserção dos grupos nas instituições. O grupo não existe em um vácuo social, mas reflete e reproduz as

determinações da instituição que o abriga, e a autora alerta que as instituições tendem a reproduzir papéis de dominação e manutenção do *status quo*. O silêncio dos usuários sobre a falta da alimentação, mesmo quando provocados a falar sobre o tema, pode ser lido como a reprodução do papel do "bom usuário", aquele que não reclama para não perder o vínculo. Houve, portanto, um tensionamento real entre a necessidade concreta do grupo e o cerceamento implícito na cultura institucional, o que me impediu, inclusive, de levar a demanda adiante junto à equipe naquele momento, por perceber que o espaço para essa escuta estava restrito.

Em termos gerais, o encontro foi considerado satisfatório do ponto de vista pedagógico e reflexivo, mas marcado por essa frustração institucional. A utilização de recursos audiovisuais mostrou-se pertinente, embora tenha evidenciado a escassez de materiais educativos acessíveis, apontando um desafio importante no campo da educação em saúde. Do mesmo modo, o planejamento se mostrou coerente, trabalhando o tema de forma crítica e sensível, permitindo ampliar a compreensão sobre a alimentação como direito e evidenciar os desafios cotidianos relacionados à sua efetivação, além de articular o tema com a realidade vivida pelos participantes.

Por fim, a experiência reafirmou o caráter político do trabalho socioeducativo na perspectiva do Serviço Social, bem como os limites institucionais para a sua realização plena, especialmente quando se propõe a escutar as contradições que emergem no cotidiano institucional e a transformá-las em objeto de reflexão coletiva. Questões como a horta e a alimentação extrapolam o debate temático, revelando dimensões éticas e políticas do cuidado que desafiam a prática profissional e exigem posicionamento mais crítico diante das tensões entre a gestão, a equipe e os sujeitos em sofrimento.

Como síntese, ficou o entendimento de que comer é um direito inalienável, mas que o serviço precisa avançar nos seus próprios limites, esforçando-se para não reproduzir silenciamentos que contradizem a própria lógica da reabilitação psicossocial.

– Encontro 4

Tema: Saúde Mental

O quarto encontro do grupo Saúde é Vida, realizado no dia 18 de julho de 2025, nasceu do pedido de alguns participantes que expressaram o desejo de assistir a um

filme. Assim, optei por exibir a obra *Bicho de Sete Cabeças*, por reconhecer nela uma possibilidade potente de diálogo com a realidade dos usuários do CAPS e com o próprio eixo central do projeto, a reflexão crítica sobre os Determinantes Sociais da Saúde e, neste caso em específico, sobre o direito ao Cuidado em Liberdade. O atendimento a essa demanda do grupo pode ser compreendido, à luz de William Pereira (2001), como uma valorização do "momento do desejo", onde o projeto comum mobiliza o grupo para além da inércia.

Antes da exibição, alguns usuários demonstraram certa apreensão diante da temática, receosos de que o conteúdo pudesse despertar lembranças dolorosas. Tal reação foi compreensível, uma vez que ao retratar a violência institucional e a desumanização do cuidado em contextos manicomiais, o filme toca em feridas que ainda atravessam o cotidiano dos serviços e dos usuários da saúde mental. Pereira (2001, p. 286) nos alerta que as ansiedades, sejam

de natureza paranóide: medo de uma situação nova, de não ser reconhecido como igual e de não ser aceito pelos outros (...) ou de natureza depressiva: medo da perda de alguma ilusão e de enfrentar a realidade, medo de enfrentar os sentimentos internos e imagens destruídas por eventuais sentimentos de culpa, de terror, de renúncias, de desamparo, de separação (...)

são constitutivas do processo grupal. O receio de "mexer" nessas memórias sinalizou que o grupo estava diante de uma resistência de proteção contra o sofrimento psíquico.

Durante a exibição, as reações foram múltiplas. Houve comentários espontâneos, trocas entre os participantes e até momentos de silêncio compartilhado, um tipo de silêncio que visivelmente não é nada vazio, mas repleto de significados. Foi possível perceber que o filme provocava uma identificação imediata com a trajetória do personagem, não somente pela temática da internação, mas pelas marcas de abandono, incompreensão e violência que muitos reconhecem em suas próprias histórias.

No debate que se seguiu, os relatos foram fortes. As palavras mais recorrentes foram "dor", "tristeza", "injustiça", "violência", "solidão", que não surgiram como conceitos abstratos, mas como experiências. Um dos participantes compartilhou ter passado por uma internação manicomial, trazendo à superfície memórias que foram acolhidas com escuta e respeito, revelando com nitidez a dimensão coletiva do cuidado construído entre os participantes do grupo. Por vezes, quando alguém fala de

si, mobiliza também o outro a pensar sobre sua própria trajetória, co-produzindo e colaborando ativamente nesse processo educativo.

Foi possível observar também que o grupo enxerga o CAPS como um espaço que simboliza, pelo menos em alguma medida, a superação das práticas asilares. Muitos verbalizaram alívio por estarem “aqui fora”, em liberdade, e por terem a oportunidade de falar, o que por si só expressa a potência transformadora do cuidado no território, sobretudo na potência dos trabalhos coletivos realizados no equipamento. A referida valorização da palavra circula ao encontro do que propõe Lane (1993), para quem a linguagem não é apenas um instrumento de comunicação, mas o suporte do pensamento e da consciência. Ao narrar suas dores e serem escutados, os usuários não estão apenas desabafando, mas estão reconstruindo, via linguagem, a consciência de si mesmos e de sua história, processo indispensável para qualquer transformação social. Ainda assim, as falas também deixaram transparecer ambivalências, pois embora os usuários compreendam o CAPS como espaço de liberdade, convivem com restrições e normas que, às vezes, são sentidas como formas de controle.

Em certos momentos, percebi que as falas dos usuários permaneciam mais no campo emocional do que crítico, centradas nas cenas de sofrimento e nas injustiças vividas pelo personagem. Contudo, a dificuldade de analisar criticamente não se restringe ao grupo, mas também reflete os desafios enfrentados por mim enquanto profissional em formação. Ao lidar com um tema tão sensível, foi necessário encontrar o equilíbrio entre acolher a emoção e conduzir a reflexão, sem reduzir a experiência ao sentimento, mas cuidando para não desumanizar o processo.

O encontro se estendeu para além do previsto, durando aproximadamente duas horas, e sem dúvida foi um dos mais intensos do processo. Mesmo diante do peso do tema, ninguém expressou desejo de interromper a atividade. A atividade de encerramento, momento em que cada um escolheu uma palavra que traduzisse o que havia ficado do filme, revelou um repertório afetivo coletivo que uniu o grupo em torno de sentimentos compartilhados de resistência, identificação e desejo de mudança e funcionou como um indicador concreto de que o grupo, ao identificar coletivamente suas dores e esperanças, começava a transitar da condição de isolamento para uma postura de resistência compartilhada.

O encerramento trouxe a sensação coletiva de que algo importante havia sido dito, mesmo que em meio à dor. A atividade reafirmou o grupo como espaço de

elaboração política em que a escuta busca se constituir como prática de liberdade. Embora seja um processo em construção, percebo avanços nítidos, posto que o simples ato de narrar o sofrimento institucional sem sofrer retaliação, encontrando acolhimento nos pares e na coordenação, rompe com a lógica do silenciamento manicomial. Do ponto de vista do Serviço Social, a vivência reafirma a centralidade do trabalho socioeducativo como instrumento de desvelamento das violências e de afirmação do direito ao Cuidado em Liberdade.

Ao revisitar, por meio do cinema, a história de um país que institucionalizou a loucura, revisitam-se também os resquícios dessa lógica no presente, convocando os profissionais e futuros profissionais a não perderem de vista o caráter histórico e ético da luta antimanicomial.

– **Encontro 5**

Tema: Educação

O quinto encontro do grupo Saúde é Vida aconteceu no dia 8 de agosto e teve como tema a Educação, compreendida como um dos Determinantes Sociais da Saúde e, portanto, como um direito que atravessa diretamente a vida dos sujeitos, o acesso à informação e a construção da autonomia. A escolha do tema buscou ampliar o olhar do grupo sobre o que significa aprender, na tentativa de superar a ideia de que a educação acontece apenas no interior das escolas, reconhecendo os saberes produzidos no cotidiano e nas experiências de vida.

Iniciei o encontro com uma conversa aberta, convidando os participantes a dizerem o que a palavra “educação” os fazia pensar ou lembrar. As respostas mostraram diversas interpretações, mas poucos relacionaram à escola e ao ensino formal, enquanto a maioria falou sobre respeito, fé, convivência e valores. A pluralidade de sentidos revelou o modo como a educação, para eles, é vivida mais como prática de vida e relações, do que como um processo institucional.

Durante a socialização, notei que a presença da religiosidade ficou evidente, aparecendo como um modo de compreender o mundo e como fonte de cuidado e disciplina. Tal dimensão, longe de ser algo externo ao tema, expressa o modo como eles constroem significados sobre a vida e o cuidado, o que exigiu de mim e do trabalho técnico uma escuta atenta, sem julgamentos nem reduções simplificadas. No entanto, é imprescindível reconhecer que a influência religiosa quando tomada de

forma rígida ou dogmática, pode limitar a autonomia dos sujeitos e restringir o olhar crítico sobre a sua própria realidade. Diante disso, compreendi que, nesses casos, o papel do(a) assistente social deve ser o de equilibrar o respeito à fé com o compromisso ético-político da profissão, intervindo de forma crítica para evitar que discursos religiosos reforcem práticas de submissão, culpa ou negação de direitos. O desafio encontrado está em acolher a espiritualidade como dimensão humana legítima, sem deixar de problematizar quando ela se transforma em instrumento de dominação ou silenciamento.

A proposta de dividir o grupo em duplas e trios, pela primeira vez na experiência, provocou certa resistência inicial, percebida em hesitação e timidez, mas aos poucos o clima foi se transformando, à medida que os participantes se envolveram. A atividade realizada com o sorteio de perguntas permitiu que cada grupo se concentrasse em uma dimensão da educação, o que favoreceu a escuta mútua e a troca entre os participantes. Em alguns casos, a limitação na escrita demandou apoio entre os próprios usuários, gerando, mais uma vez, gestos espontâneos de solidariedade que reafirmaram o caráter coletivo do grupo, um movimento que revelou que o trabalho socioeducativo não se resume à transmissão de conhecimento, mas se constrói na convivência e no aprendizado coletivo.

Durante as falas, me chamou a atenção o fato de poucos mencionarem a escola como espaço de aprendizado. A ênfase nas experiências informais e nas relações cotidianas evidencia uma trajetória de exclusão educacional que ainda marca a vida de muitos usuários do CAPS, mas também aponta para a riqueza de outros saberes, para a capacidade de aprender e reinventar-se diante das dificuldades, muitas vezes invisibilizados pelas instituições formais. Neste sentido, foi possível fortalecer a importância de o Serviço Social reconhecer e valorizar os diferentes modos de aprender, enxergando-os como parte dos processos de resistência e da reinvenção diante das desigualdades e dificuldades.

Do ponto de vista da condução, avaliei que o encontro transcorreu de maneira tranquila, mas me deixou o sentimento de que a atividade poderia ter alcançado maior profundidade se as conexões entre educação e saúde fossem explicitadas de modo mais acessível. Ao tentar abordar o tema de forma ampla, o conteúdo acabou se distanciando ligeiramente do cotidiano concreto dos participantes, o que exige repensar a mediação entre teoria e prática. Cabe salientar, todavia, que o desafio enfrentado não diminui o valor da experiência, apenas a revela como espaço de

aprendizagem também para mim, enquanto profissional em formação, refletindo sobre outras formas de mediar o diálogo e adaptar a linguagem às experiências do grupo.

Em síntese, o encontro mostrou o grupo como um espaço fértil de convivência, escuta e troca. As falas simples, mas repletas de sentidos, revelaram compreensões potentes sobre o cuidado, o respeito e a dignidade. Refletir sobre a educação nesse contexto significou compreender que aprender é também, e talvez sobretudo, um ato de resistência, uma forma de permanecer em movimento mesmo diante das adversidades.

– Encontro 6

Tema: Trabalho e Renda

O sexto encontro do grupo Saúde é Vida, realizado no dia 15 de agosto, teve como eixo central a reflexão sobre Trabalho e Renda. Mais do que discutir empregos formais, buscou-se provocar o grupo a pensar o trabalho em seus múltiplos sentidos.

O encontro aconteceu em um momento de sentimentos mistos entre os participantes, já que alguns demonstravam entusiasmo com o passeio planejado para as próximas semanas (a ser esclarecido na análise posteriormente), enquanto outros expressavam inquietação diante da notícia sobre a reavaliação dos benefícios sociais pelo INSS, tema que dialogava diretamente com a proposta do grupo, uma vez que trazia à tona a questão do acesso à renda pela via da política social. O assunto dominou os primeiros minutos da conversa e revelou como a renda, muitas vezes garantida por benefícios assistenciais, é vivida como meio de sobrevivência e como sustentação da dignidade. Neste momento, acolhi as manifestações de preocupação, tentando tranquilizá-los, e me comprometi a buscar informações junto à supervisão de campo, a fim de garantir orientações seguras e éticas na semana seguinte.

O tema se mostrou desafiador, principalmente por tratar de realidades marcadas pelo afastamento prolongado do trabalho formal. Ainda assim, despertou certo interesse, especialmente quando as discussões se aproximaram da questão da renda, dimensão concreta e sensível no cotidiano dos usuários. A metodologia escolhida, baseada em pequenas histórias fictícias, favoreceu a aproximação com o tema e permitiu que as reflexões surgissem de situações simples e reconhecíveis. As reações variaram entre breves comentários, silêncios atentos e gestos de

concordância, o que indicou envolvimento, mesmo que a expressão oral fosse menos frequente.

A etapa final propôs o registro de ideias por meio de frases ou desenhos, momento em que houve dificuldade de alguns em compreender a proposta e insegurança ao escrever, mas a reorganização em duplas e trios favoreceu a participação. As produções revelaram compreensões coerentes com as discussões anteriores, como “Cuidar da saúde, mesmo trabalhando”, “Para ter renda e alimento” e “Ajudar o próximo, dando trabalho e emprego”.

Na socialização das produções, a troca entre colegas resultou em comentários breves, mas concordantes. Mesmo sem longas discussões, foi possível observar atenção e escuta, evidenciando o reconhecimento do outro e a valorização das experiências compartilhadas.

Do ponto de vista da condução, esse foi um dos encontros mais desafiadores. O tema exigiu de mim sensibilidade para traduzir conceitos amplos em linguagem acessível e conectada à realidade concreta dos participantes. A dificuldade que senti em articular o debate sobre trabalho às experiências pessoais revelou a necessidade de um olhar mais crítico sobre o modo de planejar e conduzir práticas educativas no CAPS. Além disso, pude reconhecer limitações decorrentes do pouco aprofundamento prévio no tema, o que dificultou a construção de mediações mais seguras e a elaboração de conexões teóricas mais consistentes. Embora bastante desconfortável, essa percepção mostrou um ponto importante de aprendizado, pois evidenciou a importância do estudo contínuo e da preparação teórico-prática para o desenvolvimento de ações socioeducativas qualificadas.

Ademais, ficou claro que a reflexão sobre trabalho e renda deve considerar melhor as condições de “exclusão”, adoecimento e o acesso aos benefícios compreendido como garantia do direito à proteção social. Apesar das limitações, o grupo conseguiu compreender, ainda que de forma intuitiva, as relações entre trabalho, renda e saúde. As falas e produções indicaram que os participantes entendem o trabalho como possibilidade de autonomia e pertencimento, mas também como espaço de desgaste e desigualdade, o que expressa o próprio caráter contraditório do trabalho, que pode produzir tanto saúde quanto adoecimento, a depender das condições em que ocorre.

A experiência reafirmou a importância de o Serviço Social atuar de modo crítico diante dessas questões, contribuindo para o fortalecimento da consciência sobre os

direitos sociais e para a valorização das formas diversas de trabalho que garantem a vida cotidiana. O encontro, além de contribuir para o processo educativo do grupo, foi um aprendizado essencial para a minha formação, ao evidenciar que a prática socioeducativa no campo da saúde mental exige escuta sensível, clareza metodológica e capacidade de adaptação.

Em síntese, o sexto encontro mostrou que, mesmo diante de temas complexos, o grupo mantém vivo o desejo de compreender, de falar de si e de se reconhecer na experiência do outro.

– Encontro 7

Tema: Lazer

O sétimo encontro do grupo Saúde é Vida aconteceu no dia 22 de agosto e teve como tema o Lazer, trabalhado a partir da compreensão de que o cuidado com a saúde também se expressa nas possibilidades de descanso, convivência, alegria e acesso a atividades de lazer. O encontro ocorreu em um clima leve e acolhedor, marcado pela expectativa em torno do passeio à Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, que aconteceria na semana seguinte. Tal mobilização pode ser compreendida como o "momento do desejo", onde a idealização de um projeto comum auxilia o grupo a romper com a inércia cotidiana (Pereira, 2001).

Estiveram presentes dez usuários, número acima do habitual, incluindo dois novos integrantes, cuja presença também foi motivada pelo interesse no passeio planejado, o que demonstrou como atividades externas podem favorecer a aproximação e o engajamento dos usuários. Propus a realização do “Bingo do Lazer”, um movimento planejado para promover a reflexão de maneira acessível e participativa, onde cada cartela continha atividades relacionadas ao lazer. No início, notei certa confusão, pois o formato fugia ao bingo tradicional e não envolvia prêmios ou números, mas tipos de entretenimento. Após uma explicação mais detalhada, o grupo se envolveu com mais facilidade e manteve o bom humor durante o jogo. Avalio que a inclusão de um pequeno prêmio simbólico poderia ter tornado a proposta mais concreta, facilitando sua compreensão, remetendo ao bingo já conhecido.

As falas que surgiram ao longo da atividade revelaram o quanto o lazer está presente no cotidiano de forma limitada, embora significativa. Foram citadas sobretudo práticas como caminhar, jogar bola e passear, evidenciando que as

experiências de lazer se vinculam às condições materiais de vida e às possibilidades do território. Me chamou a atenção a ausência de referências a atividades cotidianas dos usuários, como descansar, ouvir música ou participar das Oficinas Terapêuticas do CAPS, o que demonstra que o lazer ainda é compreendido como movimento e socialização, e não como um direito ligado à saúde e ao autocuidado também. Por outro lado, é nítido que essa compreensão não decorre puramente da falta de reflexão, mas da própria realidade social vivenciada, que restringe ou até impossibilita o acesso pleno ao lazer.

Os diálogos durante a atividade confirmaram a percepção supracitada. Quando questionados sobre o que impede o lazer, os sujeitos foram diretos ao citarem a falta de dinheiro, tempo e espaços na cidade. As respostas, mesmo com a aparência banal, expressaram uma leitura crítica e concreta da vida, revelando como a desigualdade social estrutura também o acesso à alegria, ao descanso, ao tempo livre e às atividades de entretenimento, muitas vezes mediados pela lógica de mercado que associa o lazer ao consumo e impõe barreiras diante da escassez de equipamentos públicos gratuitos. A partir disso, compreendo que a tarefa de ressignificar o lazer como parte do cuidado em saúde não pode se dar de forma abstrata, porque exige reconhecer as condições materiais que limitam esse direito e compreender como essas restrições produzem exclusão e adoecimento.

Assim, o debate reforçou a importância de o Serviço Social assumir uma postura crítica e comprometida, superando visões moralizantes ou comportamentais do lazer e situando-o efetivamente como dimensão da cidadania, não como privilégio ou recompensa. O reconhecimento dessas limitações impõe à profissão o desafio de atuar na perspectiva da totalidade, compreendendo que o lazer é também expressão das condições de existência e da luta por direitos.

A condução do encontro foi tranquila e segura, momento em que demonstrei domínio maior sobre o tema e conduzi a atividade com maior naturalidade, favorecendo a escuta e a interação. Em comparação a encontros anteriores, percebi mais fluidez na mediação e maior confiança na relação comigo mesma e com o grupo. Ainda assim, constatei que a reflexão ainda pode ser aprofundada, especialmente ao relacionar o lazer às políticas públicas e à efetivação de direitos, o que evidencia a necessidade constante de aprimoramento na prática profissional e do estudo dos temas, além da formação continuada.

Diante do exposto, avaliei o encontro como positivo, proporcionando um espaço impulsionador de convivência, leveza e partilha. Ao tratar do lazer, os usuários puderam reconhecer, ainda que de forma semiplena, que a saúde também se constrói nas experiências de alegria, descanso e troca, além das atividades de lazer. Para além da brincadeira, o grupo pôde reconhecer, em certa medida, que a falta de tempo, dinheiro e espaços adequados não é apenas uma questão individual, mas uma expressão das desigualdades sociais que atravessam suas vidas. Por outro lado, compreendi que promover o lazer em um contexto como o do CAPS é também falar sobre direitos e sobre o que precisa mudar para que o descanso e a alegria deixem de ser exceções.

– Encontro 8

Tema: Passeio à Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

O oitavo encontro do grupo Saúde é Vida representou um momento ímpar e extraordinário no percurso grupal, marcando a vivência concreta do Lazer como dimensão do cuidado e expressão do direito à saúde. O passeio ao Centro de Ciências, ao Planetário da UFJF e à Exposição de Carros Antigos no dia 29 de agosto proporcionou uma experiência que extrapolou os muros do CAPS, ampliando o repertório cultural e científico dos usuários, além de fortalecer vínculos entre eles e nós da equipe.

Participaram doze usuários, acompanhados por três profissionais do CAPS (eu, enquanto coordenadora do grupo e estagiária do Serviço Social, uma psicóloga e uma enfermeira). Desde o embarque, pude notar que o grupo demonstrava felicidade, animação, curiosidade e expectativa pelo que vivenciaríamos, por meio de risadas e conversas.

Ao longo da visita, acompanhei o envolvimento genuíno de todos os sujeitos com as atividades. Cada espaço visitado despertou reações singulares, que iam da curiosidade e do encantamento à surpresa diante de algo novo. A atenção às exposições e o interesse pelas explicações dos monitores revelaram o valor do passeio, sobretudo por se tratar de um público que, em grande parte, não tem acesso frequente (ou quase nunca) a espaços culturais e científicos.

O piquenique coletivo foi um ponto de destaque, marcado pela partilha e pela espontaneidade nas interações, momento em que o gesto de dividir os alimentos

reforçou o caráter solidário e afetivo do grupo, transformando-o em uma grande vivência. Foi notória a mistura de sentimentos, especialmente quando ouvi os usuários expressarem orgulho em estar na Universidade, um espaço que na ideia de muitos estava distante de suas realidades. A alegria em participar, registrar fotos e comentar sobre as descobertas reafirmou a grandeza da atividade enquanto experiência de inclusão e, sobretudo, de autonomia.

Avalio que o passeio à UFJF foi o ponto alto de superação do que Pereira (2001) chama de "momento da inércia". O autor destaca que o primeiro obstáculo de um grupo é o medo do novo e o comodismo, muitas vezes reforçado por uma vida marcada pela exclusão. A mobilização para o passeio representou o "momento da ilusão/desejo" (no sentido positivo trazido por Pereira), onde o grupo se une em torno de um projeto comum idealizado. A alegria e o orgulho observados não foram puramente reações ao entretenimento, mas indicadores de subjetividade política. Ocupar a Universidade foi um ato de cidadania. Pereira nos lembra que a subjetividade não é apenas íntima, mas social e política. Ao romperem os muros do CAPS, os usuários reconfiguraram, ainda que brevemente, sua autoimagem de "doentes" para "cidadãos em lazer", validando a tese de que a saúde mental se produz na ampliação dos laços com o território.

Do ponto de vista da condução, senti segurança e sensibilidade para coordenar a atividade, e a proposta foi bem estruturada, culminando em favorecer a interação natural, sem imposições e permitindo que o lazer se manifestasse em sua forma mais genuína. Notei que a ausência de alguns usuários previamente inscritos gerou certo incômodo no próprio grupo. Os participantes verbalizaram insatisfação com a "falta de compromisso" dos faltosos, interpretando a ausência sem aviso prévio como um desrespeito àqueles que poderiam ter ocupado as vagas. Embora eu compreenda a dinâmica do serviço e saiba que imprevistos acontecem e que a participação é voluntária, acolhi a queixa do grupo como uma expressão de valorização daquele espaço conquistado.

Em termos de aprendizado, é notório que a atividade possibilitou reflexões importantes sobre o papel do território como espaço de cuidado e produção de saúde. O passeio mostrou que o lazer, quando vivido de maneira coletiva e acessível, tem potencial de romper, ainda que momentaneamente, as fronteiras da exclusão. A experiência também revelou que a promoção do lazer não se limita a atividades puramente recreativas, mas envolve o reconhecimento das condições concretas que

o tornam possível e o modo como sua ausência repercute na vida dos sujeitos, produzindo diferentes formas de desproteção. O dia vivido explicitou, concretamente, a potência de dispositivos extramuros como estratégia de cuidado.

Assim sendo, o encontro foi avaliado como um dos momentos mais marcantes e valorosos do projeto, tanto pela mobilização afetiva que gerou, quanto pela forma como concretizou os objetivos do grupo. Ao vivenciar o lazer, os usuários puderam se reconhecer como sujeitos de direito, protagonistas de suas experiências capazes de ocupar a cidade com pertencimento e alegria.

– Encontro 9

Tema: Saúde (Geral e Encerramento)

O nono encontro do grupo Saúde é Vida no dia 5 de setembro marcou o fechamento de um processo coletivo construído com dedicação e envolvimento ao longo de, aproximadamente, 4 meses e meio. A finalização foi pensada através da tentativa de retomar o Conceito Ampliado de Saúde e os Determinantes Sociais da Saúde, articulando as reflexões feitas durante todo o percurso, buscando reafirmar e reiterar que saúde é resultado das condições concretas de vida, não somente da ausência ou presença de doenças.

A reunião teve participação menor do que o habitual, o que alterou o ritmo das trocas e tornou o clima mais lento e silencioso. Embora justificativas externas tenham sido apresentadas, busquei compreender esse esvaziamento também sob a ótica de Pereira (2001), para quem o momento da separação e da perda desperta angústia e tristeza, podendo gerar reações de afastamento ou silenciamento como defesa psíquica diante do fim do vínculo grupal. Os cinco usuários presentes acompanharam o grupo em momentos distintos, sendo que a maioria esteve presente desde o início, o que deu continuidade ao vínculo estabelecido e favoreceu a conversa sobre o que havia sido aprendido. Embora fosse perceptível certo cansaço, o encontro manteve o sentido de encerramento e de reconhecimento do caminho construído, como esperado.

A “Carta para Mim”, atividade proposta no dia, pretendeu valorizar a expressão individual por meio de pequenas frases que representassem o que ficou para cada um, das discussões sobre saúde, algo que merecia ser recordado. Embora a aceitação tenha sido positiva, assim como em outras ocasiões, a atividade não atingiu

plenamente o resultado esperado, porque observei certa dificuldade dos participantes em compreender o sentido da proposta, salientando, mais uma vez, a necessidade de uma mediação mais cuidadosa e de uma linguagem ainda mais acessível.

As frases escritas, como “Fazer exercícios é importante para a saúde” e “Gosto de cuidar da minha saúde” foram coerentes com o percurso do grupo, mas refletiram uma compreensão mais objetiva e direta, diferindo-se do objetivo inicial. A experiência me levou a reconhecer a importância de ajustar a comunicação e o planejamento das atividades, de modo a garantir maior clareza na condução e favorecer o alcance dos objetivos pedagógicos e reflexivos nas próximas oportunidades de trabalho com grupos.

Durante a avaliação coletiva, os usuários destacaram o aprendizado sobre saúde, direitos e convivência, apontando que o grupo os ajudou a compreender a saúde de maneira mais ampla. Ademais, manifestaram interesse na continuidade de atividades semelhantes, indicando a importância de espaços que promovam não apenas o cuidado terapêutico em saúde mental, mas o entendimento dos sujeitos em sua totalidade, o fortalecimento de seus direitos e a existência de momentos de conversa e escuta qualificada entre profissionais e usuários fora dos ambulatórios, em congruência, por exemplo, com os princípios da Lei Nº 10.216/2001, que orienta o Cuidado em Liberdade e a centralidade do território como espaço de vida e produção de saúde.

Ao observar o caminho desde os primeiros encontros, é possível perceber avanços na forma como o grupo se apropriou dos conceitos trabalhados, as trocas se tornaram mais horizontais e afetivas e a escuta coletiva se estabeleceu como parte da vivência. Ainda que o encerramento tenha sido mais modesto do que o esperado, o processo revelou amadurecimento nas relações e maior consciência, inclusive sobre o papel do CAPS enquanto espaço de cuidado, aprendizado e construção de cidadania.

Assim, é possível dizer que o grupo Saúde é Vida cumpriu sua função ao transformar o cotidiano em campo de reflexão e construção de sentido, reafirmando o potencial do trabalho socioeducativo sob a perspectiva do Serviço Social como instrumento de liberdade, autonomia e de fortalecimento dos sujeitos. O encerramento, portanto, não se resumiu ao fim das atividades, mas representou a continuidade de um processo de aprendizado mútuo, marcado por vínculos, escuta e compromisso com o direito à saúde e à vida plena, em suas totalidades.

Por fim, ficou como horizonte a ser atingido a manutenção de espaços de fala e escuta qualificada, especialmente no território, para que o aprendizado produzido não se perca na rotina institucional.

4.2.2 Avaliação do processo grupal

Para realizar esta avaliação, parto da compreensão de processo grupal proposta por Lane (1993), distanciando-me da visão tradicional da dinâmica de grupo. Enquanto esta última muitas vezes foca no equilíbrio ou na aplicação estática de técnicas, o conceito de processo grupal nos permite analisar a história do grupo, inserido dentro de uma instituição e de uma sociedade, suas contradições e o movimento dialético dos seus participantes.

Ao longo dos nove encontros do grupo Saúde é Vida, pude perceber uma evolução notável na forma como os participantes relacionaram-se entre si, comigo e com o próprio espaço grupal. Embora a espontaneidade estivesse presente desde o início, como relatei nos primeiros encontros, ela ganhou nova qualidade ao longo do tempo e se transformou em autonomia. Os usuários passaram a interagir entre si sem depender de estímulos tão diretos, o que ficou evidente nos momentos de ajuda mútua para a escrita nas atividades.

A criação de vínculos materializou-se em gestos que ultrapassaram os limites da atividade proposta, como a partilha de alimentos, a reivindicação coletiva pelo filme e a preocupação verbalizada com a ausência de alguns colegas. Eu também fui incluída nesse movimento à medida em que me sentia mais segura na condução das atividades, superando gradualmente minha dificuldade inicial de falar em público.

Vale ressaltar que, embora a horizontalidade fosse um princípio norteador, reconheço a observação de que o meu lugar de coordenadora carregava um poder diferenciado. Conforme aponta Pereira (2001), o líder ou coordenador é aquele em quem o grupo deposita a função de organizar seus desejos, e ocupar esse lugar exigiu de mim o cuidado constante em não centralizar o saber, mas atuar como facilitadora para que o grupo se tornasse sujeito de sua história. Reconhecer e desconstruir posturas autoritárias no cotidiano foi parte fundamental do meu processo educativo, reafirmando que o cuidado se constrói com o outro, e não sobre ele.

No que tange ao aprendizado comum sobre os temas propostos, a síntese que construí a partir da convivência com os usuários é de que a saúde, na realidade da

saúde mental, é uma experiência intrinsecamente ligada à sobrevivência concreta. Para eles, o Conceito Ampliado de Saúde não é uma abstração teórica, mas a luta diária pelo acesso ao benefício do INSS, a reivindicação pela alimentação no CAPS e a busca por espaços de lazer que não exijam dinheiro. As dificuldades vivenciadas por eles mostraram que a saúde mental é sustentada ou fragilizada pelas condições materiais de existência.

O percurso metodológico manteve coerência com o planejamento inicial, mesmo com ajustes necessários diante de imprevistos institucionais (como feriados, eventos e alterações de calendário). O processo se estendeu até setembro, sem prejuízos à proposta, e as adaptações feitas, como a inclusão do filme *Bicho de Sete Cabeças* a pedido dos usuários, demonstraram flexibilidade e sensibilidade às demandas do grupo, o que permitiu que a experiência se mantivesse viva e dinâmica.

Entre os momentos mais marcantes, sobressaíram aqueles em que os participantes compartilharam suas histórias e se mostraram abertos a falar sobre sentimentos, dificuldades e conquistas, instantes repletos de vulnerabilidade que foram acompanhados por acolhimento e respeito, fortalecendo o sentido de fato coletivo do grupo.

4.3 Aprendizados e Projeções

A prática evidenciou o quanto o trabalho socioeducativo e reflexivo se diferencia das oficinas terapêuticas (em sua maioria, manuais) que predominam nos CAPS. Enquanto essas oficinas costumam priorizar uma tarefa a ser realizada individualmente, muitas vezes focada no fazer manual, o grupo teve como foco o pensar e o dialogar, promovendo a reflexão e a escuta atenta e qualificada. Tal distinção dialoga com a perspectiva de Lane (1993), para quem a linguagem é fundamental na constituição do sujeito e da consciência. O espaço foi pensado para que os usuários pudessem falar de si, das suas trajetórias, trocarem experiências e reconhecerem seus direitos, ampliando a compreensão de saúde para além da ausência ou presença de doenças.

Como esperado, ficou evidente que os usuários têm plena capacidade de refletir sobre temas complexos, desde que haja vontade profissional, mediação adequada e linguagem acessível. As dificuldades que surgiram não se relacionam à incapacidade, mas sobretudo às barreiras históricas de acesso à educação e à

fragilidade na participação social e no exercício da cidadania. Portanto, quando escutados com atenção e respeito, mostraram sensibilidade e pensamento crítico, evidências observadas, por exemplo, nas discussões sobre o acesso ao lazer e na identificação com as dores retratadas no filme assistido, revelando a potência do trabalho com grupos nos CAPS enquanto prática em prol da emancipação.

Alguns limites marcaram o meu processo enquanto coordenadora, como a falta de domínio sobre determinados temas, o desafio de adequar a linguagem e a dificuldade dos usuários em manter o foco em determinados momentos. Houve, inclusive, situações em que a adesão foi menor ou em que a colaboração da equipe do CAPS foi limitada. Compreendo, contudo, que a organização do trabalho no serviço também implicou em limitações, dada a sobrecarga das equipes que impacta na valorização de ações voltadas ao trabalho socioeducativo. Todavia, diante dos entraves supramencionados, o projeto conseguiu manter sua coerência e sentido.

Outro ponto de atenção foi a presença constante de discursos religiosos, que, embora legítimos, exigiram cuidado ético para acolher as falas sem permitir que se tornassem obstáculo à reflexão crítica ou verdade absoluta para todos os presentes. Aqui a mediação se mostrou um exercício delicado e necessário, reafirmando o compromisso ético-político do Serviço Social com o respeito e a autonomia dos sujeitos.

No conjunto, a experiência reforçou que a ética profissional vai além de cumprir diretrizes formais, mas exige postura crítica, escuta sensível e compromisso com o diálogo. O grupo, por sua vez, demonstrou que, mesmo diante de limitações, é possível criar espaços que promovam pertencimento, expressão e reflexão sobre a vida, sobre os cuidados e sobre direitos, reafirmando o potencial transformador do trabalho socioeducativo nos serviços de saúde mental.

Ao reunir os aprendizados dessa experiência com a reflexão teórica, percebo que o trabalho socioeducativo no CAPS, na perspectiva do Serviço Social, configura-se como uma ferramenta potente de desvelamento da realidade. A vivência com o grupo foi uma das experiências mais significativas na minha trajetória de formação, pois além de desenvolver habilidades de condução, aprendi na prática sobre o valor do planejamento, da escuta e da sensibilidade. Ainda que a timidez e a dificuldade na fala pública tenham, em certa medida, se mantido, houve avanços claros e vultosos na minha segurança e no domínio das atividades.

A experiência mostrou que o planejamento não é algo fixo, mas um instrumento em permanente construção, que deve ser revisitado conforme o grupo se transforma. Igualmente, tornou-se irrefutável a importância do registro cuidadoso das ações. A perda da contagem de participantes em um dos encontros, já explicada anteriormente, demonstrou a necessidade de sistematização rigorosa, que sustenta tanto a avaliação do processo grupal, quanto a transparência do trabalho desenvolvido.

Pensando em replicar o projeto, considero promover algumas mudanças, como aprimorar a comunicação, utilizar recursos mais próximos da realidade dos participantes (filmes, vídeos e músicas) e incluir mais momentos de avaliação conjunta, permitindo que os usuários participem de modo mais ativo da análise do processo, desde seu início. Outrossim, buscaria também intervir com maior segurança nos momentos em que o grupo se dispersasse excessivamente, mantendo a escuta como base, mas exercendo maior firmeza na condução, de acordo com o necessário.

O grupo mostrou que práticas desse tipo devem compor a rotina dos CAPS, pois os usuários, quando engajados, criam vínculos e se fortalecem enquanto sujeitos de direito. Reafirmo, portanto, que quando há intencionalidade e criticidade, o Serviço Social transforma o grupo em um espaço de resistência e de produção de vida.

Em suma, a experiência deixa ensinamentos valiosos para outros profissionais e/ou estagiários, porque mostrou que os usuários compreendem e refletem quando têm voz, que o trabalho socioeducativo é uma ferramenta potente e insubstituível de cuidado e que o Serviço Social deve ocupar esse espaço com intencionalidade e criticidade. Conceitos como Cuidado em Liberdade, Conceito Ampliado de Saúde, Determinantes Sociais da Saúde e Território ganharam concretude, transformando-se em prática viva e igualmente significativa.

Nesse sentido, o grupo estabeleceu um espaço de aprendizado e construção coletiva no qual o vínculo e a escuta se tornaram instrumentos de cuidado. Em um cenário onde ainda predominam práticas centradas na medicação e no fazer manual, o trabalho socioeducativo reafirma o direito ao cuidado integral, à centralidade do sujeito, à liberdade e à palavra. A vontade expressa pela equipe de manter o grupo, posteriormente, demonstra o impacto do que foi proposto e reforça a importância de ações que promovam o diálogo e a participação ativa. Para além de um exercício formativo, a experiência constituiu um processo significativo de transformação pessoal e profissional, com potencial de reverberar na trajetória futura de atuação como assistente social.

A vivência reafirma, assim, o compromisso do Serviço Social com práticas que articulam cuidado, reflexão crítica e acesso a direitos, demonstrando que o trabalho com grupos constitui um espaço privilegiado para o desvelamento da realidade e para o fortalecimento da autonomia dos sujeitos, compreensão que encontra respaldo na perspectiva de Lane (1993), ao afirmar que os processos de transformação se constroem na coletividade, na troca e na organização dos sujeitos em torno de experiências compartilhadas. Dessa forma, o grupo se configurou como um espaço de encontro, pertencimento e produção de sentidos, no qual o cuidado se materializou na relação, na palavra e na partilha, reafirmando a centralidade da defesa da vida, da autonomia e da dignidade humana como fundamentos da intervenção profissional do Serviço Social nos serviços de saúde mental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), buscou-se analisar os desafios e as possibilidades do trabalho socioeducativo com grupos realizado pelo Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especialmente em municípios de pequeno porte, situando a prática no contexto mais amplo da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). O percurso teórico desenvolvido no primeiro capítulo possibilitou tornar evidente que, embora o processo de conformação da Rede de Atenção Psicossocial represente um progresso histórico no enfrentamento ao modelo manicomial, sua efetivação permanece atravessada por contradições estruturais, políticas e institucionais, sobretudo em municípios de pequeno porte, marcados pelo subfinanciamento, pela fragilidade da rede e pela conservação de práticas biomédicas e hospitalocêntricas. Sob esse olhar, os CAPS se (re)afirmam como dispositivos estratégicos do Cuidado em Liberdade, ainda que duramente tensionados pelos limites concretos que incidem diretamente na organização do trabalho e na qualidade das intervenções ofertadas.

Na sequência, a análise sobre a inserção do Serviço Social nos CAPS propiciou compreender que a atuação nesse espaço deve extrapolar o atendimento às demandas imediatas e administrativas, assumindo um papel fulcral na mediação entre cuidado, direitos e participação social. Ao discutir a dimensão socioeducativa do trabalho profissional e os grupos enquanto mediação da intervenção, explicitou-se que essas práticas, quando orientadas pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social, e, especificamente, pelo Conceito Ampliado de Saúde, constituem estratégias potentes para a complexificação da realidade, o fortalecimento da autonomia e do protagonismo dos usuários e a construção de respostas críticas e coletivas, capazes de romper com abordagens moralizantes, assistencialistas ou meramente informativas. A partir desse entendimento, analisa-se a experiência produzida no estágio, apresentada posteriormente, tomando-a como expressão concreta das possibilidades e disputas que atravessam o trabalho socioeducativo nos CAPS.

A experiência desenvolvida no contexto do grupo Saúde é Vida permitiu evidenciar que o trabalho com grupos nos CAPS pode se estabelecer como uma mediação qualificada no enfrentamento à centralidade do modelo biomédico ainda assustadoramente presente na política de saúde mental, especialmente em contextos de municípios de pequeno porte. Em cenários nos quais persistem práticas restritas à

medicamentalização ou a atividades completamente desprovidas de intencionalidade crítica, a intervenção do Serviço Social reafirma o direito ao cuidado integral, conferindo centralidade à liberdade, à palavra e à leitura dos processos de adoecimento. Constatou-se, ainda, que é plenamente possível articular cuidado, reflexão crítica e fortalecimento da autonomia e do protagonismo dos usuários, desde que haja intencionalidade profissional e mediação adequada, além do uso de uma linguagem acessível, sempre conectada aos sujeitos e suas vivências concretas.

O desenvolvimento do grupo comprovou que o trabalho socioeducativo exige do(a) assistente social uma postura crítica e eticamente comprometida, capaz de superar abordagens moralizantes, comportamentais e/ou meramente recreativas. Ao situar o lazer, o cotidiano e as práticas de convivência como dimensões constitutivas da cidadania e não como privilégios ou recompensas, a intervenção grupal favoreceu a ampliação da compreensão dos usuários acerca dos seus direitos e da sua inserção social, conformando o grupo como um espaço de sociabilidade orientado pela produção de sentidos críticos, no qual a troca de experiências oportunizou processos de reconhecimento mútuo e participação.

Ao lidar com temáticas atravessadas por forte carga subjetiva e social, fez-se indispensável equilibrar o acolhimento das expressões emocionais com a condução da reflexão teórica, evitando não só a tecnificação excessiva, mas também a redução da experiência ao plano dos sentimentos. A escuta qualificada e a mediação permitiram que as atividades extrapolassem o caráter pontual, legitimando-se como vivências coletivas que favoreceram o vínculo entre os participantes e a coordenação.

Para mais, é importante mencionar que a fluidez observada nos encontros finais da intervenção analisada evidenciou que a apropriação teórica dos conteúdos abordados contribuiu para qualificar a interação grupal e fortalecer os processos de participação.

Por outro lado, as dificuldades encontradas ao longo do caminho, sobretudo no que se refere à articulação entre as categorias teóricas complexas e a realidade concreta dos usuários, constituíram importantes elementos de aprendizado. Neste momento, explicitou-se que abordagens excessivamente amplas podem gerar distanciamento em relação à vida dos participantes, reforçando a necessidade de um constante exercício de mediação entre teoria e prática, e, por fim, a tradução dos conceitos em uma linguagem compatível às experiências vividas pelo grupo reafirmou a centralidade da preparação teórico-prática e do estudo contínuo para o

desenvolvimento de ações socioeducativas efetivamente qualificadas, bem como a importância de um planejamento rigoroso e permanentemente revisitado.

A realização do passeio externo, com a participação de doze usuários, materializou de forma concreta a defesa do direito à cidade e à convivência social, e para além de seu caráter lúdico, possibilitou que os participantes reconhecessem que a ausência de tempo, recursos financeiros e espaços adequados de lazer não se restringe a escolhas individuais, mas expressa desproteções sociais que atravessam suas trajetórias. A mediação grupal mostrou-se, assim, potente para situar o sofrimento psíquico para além do viés clínico, deslocando-o aos Determinantes Sociais da Saúde e substanciando a percepção dos usuários enquanto sujeitos de direitos.

Portanto, conclui-se que o grupo socioeducativo, quando fundamentado no Projeto Ético-Político do Serviço Social e no Conceito Ampliado de Saúde, configura-se como um dispositivo extremamente relevante de fortalecimento da participação social e do protagonismo dos usuários. A experiência analisada reafirma que o Cuidado em Liberdade só se constrói no encontro, na partilha e na organização coletiva, tensionando incansavelmente práticas que reproduzem o isolamento e a fragmentação historicamente associados à loucura. E, ainda que circunscrita a um contexto específico e atravessada por limites institucionais e temporais, a presente reflexão esforçou-se para contribuir com o debate sobre a atuação do Serviço Social, particularmente nos CAPS, reafirmando o compromisso profissional com a defesa da vida, da autonomia e da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

A TERRA É REDONDA. A saúde mental no governo Lula. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/a-saude-mental-no-governo-lula/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

A VERDADE. Comunidades terapêuticas se tornaram as principais operadoras das políticas públicas de saúde mental no país. Disponível em: <https://averdade.org.br/2023/01/comunidades-terapeuticas-se-tornaram-as-principais-operadoras-das-politicas-publicas-de-saude-mental-no-pais/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

AHLERT, B.; COSTA, V. C. “Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais!”: contradições na materialização da luta antimanicomial. Em *Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 111-123, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80309>. Acesso em: 18 fev. 2025.

ALANA. Emenda Constitucional 95. Disponível em: <https://alana.org.br/glossario/emenda-constitucional-95/>. Acesso em: 2 fev. 2026.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e um debate sobre a luta por uma sociedade sem manicômios: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 18 fev. 2025.

ASSIS, Anna C. C. de S. Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) – Análise de Conjuntura. Apresentação oral realizada na disciplina de Oficina de Trabalho Profissional II, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), 2024.

BEDIM, Vanisse Bernardes. O trabalho da/o assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora/MG. 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/15320/1/vanissebernardesbedim.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2026.

BEZERRA, Indara Cavalcante *et al.* “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n.

48, p. 61-74, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>. Acesso em: 2 fev. 2026.

BOARINI, Maria Lucia. A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 28-50, abr. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2025.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2008.v24n2/456-468/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL DE FATO. Governo federal aumenta manicomialização no DF e enfraquece a reforma psiquiátrica. 2024. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/colunista/saude-mental-militancia-no-df/2024/05/08/governo-federal-aumenta-manicomializacao-no-df-e-enfraquece-a-reforma-psiquiatrica/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. CNS recomenda que governo revogue portaria que “mutila Política de Saúde Mental”. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/janeiro/cns-recomenda-que-governo-revogue-portaria-que-mutila-politica-de-saude-mental?utm_source=. Acesso em: 2 fev. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 1 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de Convivência e Cultura (CECO). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/ceco>. Acesso em: 2 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consultório na Rua. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua>. Acesso em: 2 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. Disponível em: <http://pvc.datasus.gov.br/>. Acesso em: 2 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial: avanços, desafios e perspectivas. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.605, de 21 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.605-de-21-de-dezembro-de-2023-533839593>. Acesso em: 8 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 18 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.588, de 22 de dezembro de 2017. Reformula a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 2 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece normas e diretrizes para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.

Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 681, de 4 de julho de 2023.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0681_04_07_2023.html.

Acesso em: 6 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 757, de 22 de junho de 2023.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html.

Acesso em: 7 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em:

12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de orientação para elaboração de projetos de adequação de ambientes físicos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento (UA). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf.

Acesso em: 27 mar. 2025.

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

Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/srt>. Acesso em: 2 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS e a saúde mental. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/sus-e-a-saude-mental>. Acesso em: 1 fev. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Diretoria de Comunicação – Ministério da Cidadania, 2020. Comunidades Terapêuticas se destacam na política do Governo Federal de combate às drogas. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/comunidades-terapeuticas-se-destacam-na-politica-do-governo-federal-de-combate-as-drogas>. Acesso em: 2 abr. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Presidente Lula sanciona lei que institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2024/01/presidente-lula-sanciona-lei-que-institui-a-politica-nacional-de-atencao-psicossocial-nas-comunidades-escolares>. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. Senado Federal. Após 20 anos, reforma psiquiátrica ainda divide opiniões. Senado Notícias, 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinioes>. Acesso em: 2 abr. 2025.

CAIXETA, Mário Henrique Cardoso. Política proibicionista, redução de danos e abstinência. Consultor Jurídico (ConJur). Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2023-nov-10/repensando-drogas-politica-proibicionista/>. Acesso em: 2 fev. 2026.

CNN BRASIL. Lula diz que pessoas com transtornos mentais têm desequilíbrio de parafuso. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/lula-diz-que-pessoas-com-transtornos-mentais-tem-desequilibrio-de-parafuso/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

COSTA, P. H. A. Um balanço da “questão” das drogas no início do terceiro governo Lula. PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru, 3, e024a05.2024. Disponível em: <https://revistaplural.emnuvens.com.br/prp/article/view/56/37>. Acesso em: 27 mar. 2025.

COSTA, Rosiane Oliveira da; SILVA, Alessandra Ximenes da. A Política de Saúde Mental e Drogas no Brasil em tempos ultraneoliberais. Em *Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 54-67, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80190>. Acesso em: 2 fev. 2026.

DEACON, Brett J. The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>. Acesso em: 2 fev. 2026.

DESINSTITUTE. Revogação da Portaria nº 3.588/2017 é celebrada durante Seminário Latino-americano de Direitos Humanos e Saúde Mental. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/revogacao-da-portaria-no-3-588-2017-e-celebrada-durante-seminario-latino-americano-de-direitos-humanos-e-saude-mental/?utm_source=. Acesso em: 2 fev. 2026.

DIPLOMATIQUE BRASIL. Comunidades terapêuticas: recursos públicos e autorização para tortura. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/comunidades-terapeuticas-recursos-publicos-e-autorizacao-para-tortura/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

DUARTE, M. J. de O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. *Libertas*, v. 18, n. 2, jul/dez, 2018. Disponível em: doi.org/10.34019/1980-8518.2018.v18.18604. Acesso em: 19 nov. 2024.

ELY, Fabiana Regina. Serviço Social e interdisciplinaridade. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 113-117, jan./jun. 2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1796/179618281013.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2026.

EIRAS, A. A. L. T. S. A intervenção do Serviço Social no CRAS: análise das demandas e possibilidades para o trabalho socioeducativo realizado grupalmente. In: SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Org.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. São Paulo: Cortez Editora, 2017a.

EIRAS, A. A. L. T. S. Grupos e Serviço Social: explorações teórico-operativas. Tese de Doutorado. ESS/UFRJ, 2006. Disponível em <https://livros01.livrosgratis.com.br/cp021757.pdf>. Acesso em: 19 jan. de 2026.

EIRAS, A. A. L. T. S. Referências teóricas críticas e trabalho com grupos no Serviço Social: uma formulação necessária. In: XIII Congresso Estatal y Iberoamericano de

Trabajo Social. Comunidades sostenibles: dilemas y retos desde el trabajo social. Mérida: Consejo General del Trabajo Social, 2017b.

EM DEFESA DO COMUNISMO. Governo Lula tem posição vacilante sobre comunidades terapêuticas. 2024. Disponível em: <https://emdefesadocomunismo.com.br/governo-lula-tem-posicao-vacilante-sobre-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

EXAME. Governo Lula anuncia R\$ 200 milhões para saúde mental em 2023. 2023. Disponível em: <https://exame.com/brasil/governo-lula-anuncia-r-200-milhoes-para-saude-mental-em-2023/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

FERNANDES, Cristofthe Jonath; LIMA, Aluísio Ferreira de; OLIVEIRA, Pedro Renan Santos de; SANTOS, Walberto Silva dos. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00049519, 2020. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7425/16409>. Acesso em: 27 mar. 2025.

FERNANDES, Ivan Filipe de Almeida Lopes; CLARO, Heloísa Garcia; TELLES, Nathalia Nakano; PATRIAN, Ana Carolina de Almeida. Avanços e retrocessos na implementação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS: análise da expansão dos serviços. Revista Internacional de Debates da Administração Pública, São Paulo, v. 6, p. 1-21, jan./dez. 2021. e-ISSN 2595-7260. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/13143/9607>. Acesso em: 27 mar. 2025.

FERREIRA, Rafaela Silva Amorim Suzarte; CORTES, Helena Moraes; PINHO, Paula Hayasi. Atenção em saúde mental em municípios de pequeno porte. Mudanças, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 63-68, jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-32692019000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2025.

FIOCRUZ. Linha do tempo: a Reforma Sanitária Brasileira. LAPS/ENSP – Laboratório de Pesquisa Social, Fiocruz. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/61>. Acesso em: 2 abr. 2025.

KREFER, L. T.; OLIVEIRA, W. F. DE. Reformulações na política nacional de saúde mental: análise de dados de assistência no período de 2012 a 2022. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 2, p. e13372023, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025302.13372023>. Acesso em: 22 fev. 2025.

LANE, Silvia Tatiana M. O processo grupal. In: LANE, Silvia Tatiana M.; CODO, Wanderley (Orgs.). *Psicologia social: o homem em movimento*. 11. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

LIMA, F. A. C. DE. *et al.* Digressões da Reforma Psiquiátrica brasileira na conformação da Nova Política de Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e33078, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333078>. Acesso em: 22 fev. 2025.

LIMA, Leandro Sobral de. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: ORIGEM, INSTITUCIONALIZAÇÃO E (IN)DEFINIÇÃO. Trabalho apresentado no XVIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), 3 a 7 dez. 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1282167_13_08_2025_11-16-43_7881_v4.pdf. Acesso em: 2 fev. 2026.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Mnr36nKx9kfkMjSYCP7nz3g/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

MACHADO, Leandro. Sob Bolsonaro, comunidades religiosas viram principal terapia de dependentes químicos mesmo sem controle e resultados atestados. *BBC News Brasil*, 25 abr. 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-61184132>. Acesso em: 19 jan. 2026.

MELO, Antonio Henrique Ferreira; FREITAS, Fernando. Esquizofrenia, modelo biomédico e a cobertura da mídia. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 136, p. 96-109, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313606>. Acesso em: 2 fev. 2026.

MEXKO, Sara; BENELLI, Silvio José. A Política Nacional de Saúde Mental brasileira: breve análise estrutural. *Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, v. 20, n. 49, 2022. DOI: 10.12957/rep.2022.63480. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/63480>. Acesso em: 22 fev. 2025.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Comunidades terapêuticas são inspecionadas em ação nacional realizada pelo MPT, MPF e MPs estaduais. Disponível em: <https://www.prt24.mpt.mp.br/2-uncategorised/2104-comunidades-terapeuticas-sao-inspecionadas-em-acao-nacional-realizada-pelo-mpt-mpf-e-mps-estaduais>. Acesso em: 18 fev. 2025.

MONCAU, Gabriela. Financiamento público às Comunidades Terapêuticas cresce e põe em risco a reforma psiquiátrica. Brasil de Fato, 2022. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/05/18/financiamento-publico-as-comunidades-terapeuticas-cresce-e-poe-em-risco-a-reforma-psiquiatrica/>. Acesso em: 2 abr. 2025.

MOTA, Alessivânia. Política de saúde mental no Brasil: dispositivos de resistência e estratégias de enfrentamento no contexto da contrarreforma psiquiátrica. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://www.repositorio.ufba.br/bitstream/ri/37903/1/TESE_ALESSIVANIA_MOTA_2022.pdf. Acesso em: 27 mar. 2025.

NABARRETE, Luiza Maria de Souza; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Análise sobre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial: uma revisão integrativa. Multitemas, Campo Grande, MS, v. 29, n. 71, p. 71-92, jan./abr. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/multi.v29i71.4199>. Acesso em: 27 mar. 2025.

NERIO, Marcelle da Silva. Serviço Social e o trabalho profissional com grupos: um relato de experiência. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2025.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. 1. ed. rev. e atual. São Paulo: Expressão Popular, 2011. 64 p. ISBN 978-85-7743-182-3.

NISIIDE, Ana Carolina Becker. Um (re)trato da Rede de Atenção Psicossocial brasileira. Revista Foco, v. 18, n. 2, p. 1-18, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n2-071>. Acesso em: 27 mar. 2025.

NUNES, Carina Ronise Martins; MACHADO, Graziela Scheffer; BELLINI, Maria Isabel Barros. A qualificação e a contribuição do processo de trabalho dos Assistentes Sociais no campo da saúde mental. Revista Virtual Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 1-10, dez. 2003. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/961/741>. Acesso em: 19 jan. 2026.

OLIVEIRA, Edmar. Reflexão sobre a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Saúde Mental no Rio Grande do Norte, 29 dez. 2011. Disponível em: <https://saudementalrn.wordpress.com/2011/12/29/reflexao-sobre-a-portaria-no-3-088-de-23-de-dezembro-de-2011/>. Acesso em: 19 jan. 2026.

OLIVEIRA, Lícia. “Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais”. Radis. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/memoria-radis/nenhum-passo-atras-manicomios-nunca-mais/>. Acesso em: 19 nov. 2024.

OLIVEIRA, Marcos Vinícius de *et al.* Análise documental da Rede de Atenção Psicossocial brasileira nos últimos 10 anos. Interfaces Científicas – Humanas e Sociais, Aracaju, v. 10, n. 1, p. 584-601, 2023. DOI: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2023v10n1p584-601>. Acesso em: 27 mar. 2025.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. Psicologia & Sociedade, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>. Acesso em: 2 fev. 2026.

PEREIRA, William César Castilho. Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática. Belo Horizonte: Vozes: PUC Minas, 2001. Cap. V, p. 277-317. Acesso em: 19 jan. 2026.

RODRIGUES, Raissa Araujo de Sousa; SILVA, Jordan Prazeres Freitas da. Percepção de profissionais da saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial em Iguatu, Ceará. Revista Educação Popular, Uberlândia, v. 21, n. 2, p. 180-194, maio/ago. 2022. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/62966/34551>. Acesso em: 27 mar. 2025.

SENA, Raquel de Freitas. Para além da aparência: uma análise acerca da dimensão socioeducativa e o Serviço Social. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, 2024.

SILVA, Elisa Alves; COSTA, Ileno Izídio da. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000400007>. Acesso em: 19 jan. 2026.

SILVA, Francisco Sousa da. O trabalho do assistente social na rede de saúde mental: um olhar voltado para CAPS. *RECISATEC – Revista Científica Saúde e Tecnologia*, v. 3, n. 8, 2023. Disponível em: <https://recisatec.com.br/recisatec/article/view/308/242>. Acesso em: 19 jan. 2026.

SOUZA, Thiago Galdino de. Saúde mental, álcool e outras drogas em municípios de pequeno porte: uma revisão de literatura. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v14n26/1984-980X-mental-14-26-2022142608.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2025.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>. Acesso em: 27 mar. 2025.

TOMAZ, Cristiane Silva. O Serviço Social na saúde mental e o “Técnico de Referência”: possibilidades de uma atuação crítica? – Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/15862>. Acesso em: 19 jan. 2026.

UCHOA, Bruna Damasceno Mota. PROIBICIONISMO E ANTIPROIBICIONISMO: ESTUDO DE CASO DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL (1998-2006). Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), 2022. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/ppgcienciapolitica/files/2022/04/Dissertacao-Bruna-Uchoa.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2026.

VASCONCELOS, E. M. Curso de formação em saúde mental e luta antimanicomial. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2023. Disponível em: https://lojahucitec.com.br/wp-content/uploads/2023/11/Paginas-de-9788584043828_miolo-SITE.pdf.