

A CONTRIBUIÇÃO DO CENTRO DE INCLUSÃO SOCIAL DO ADOLESCENTE NA SAÚDE MENTAL DE SEUS FREQUENTADORES

THE CONTRIBUTION OF THE CENTER FOR SOCIAL INCLUSION OF ADOLESCENT MENTAL HEALTH OF THEIR REGULARS

Juliana Fabrício dos Santos¹

Marcia Maria Feyh²

Dennys Robson Girardi³

RESUMO

Este artigo apresenta as reflexões e experiências vivenciadas no Centro de Inclusão Social do Adolescente, localizado no bairro Guarituba, em Piraquara/PR, no período de 2012/2013, no que se refere à saúde mental de seus frequentadores. A conceituação de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida e a diversos fatores que a condicionam, conforme a lei nº 8080/1990 que ampliou a compreensão da relação saúde/doença colocando como decorrência da condição de vida e trabalho. A saúde mental infanto-juvenil no Brasil teve maior destaque com a promulgação da lei nº 8069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), possibilitando que crianças e adolescentes fossem vistos como sujeitos de direito. Espera-se ampliar e consolidar o trabalho do assistente social no Centro de Inclusão Social do Adolescente (primeiro em Piraquara, Paraná e Brasil) e para tanto, aplicou-se um questionário com os frequentadores deste espaço, para verificar se a proposta de atendimento voltada ao fortalecimento de vínculos e protagonismo juvenil contribuiu para a saúde mental dos jovens piraquarenses. Verificou-se os impactos sociais do Centro de Inclusão e a necessidade de ampliação destes espaços.

Palavras-chave: Centro de Inclusão Social do Adolescente. Saúde Mental Infanto-Juvenil. Protagonismo Juvenil.

ABSTRACT

This article presents the reflections and experiences experienced in adolescent Social inclusion Center, located in Guarituba, in PiraquaraPR, in the period of 20/12/2013, with regard to the mental health of their regulars. The conceptualization of health is directly related to the quality of life and the various factors that influence, as law No. 80801990 which broadened the understanding of health-illness relationship posing as due to the condition of life and work. The mental health of children and youth in Brazil had greater prominence with the promulgation of law No. 80691990 (child and adolescent), allowing children and adolescents were seen as subjects of law. It is expected to expand and consolidate the work of the social worker at the Center for Social inclusion of the adolescent (first in Piraquara, Paraná and Brazil) and for this purpose, a questionnaire was applied with the regulars of this space, to verify that the service proposal aimed at strengthening links and youth protagonism contributed to the mental health of young piraquarenses. It was found the social impacts of the Centre for inclusion and the need for expansion of these spaces.

Keywords: Adolescent Social inclusion Center. Children's Mental Health Juvenile. Youth Protagonism.

¹ Aluna do curso de Pós-graduação em Saúde Mental, Departamento de Serviço Social das Faculdades Integradas Espírita.
E-mail: juliana_fs@yahoo.com.br.

² Aluna do curso de Pós-graduação em Saúde Mental, Departamento de Serviço Social das Faculdades Integradas Espírita.
E-mail: marciafeyh.0701@gmail.com.

³ Mestre em Tecnologia em Saúde (PUCPR). Professor da FAE Centro Universitário e das Faculdades Integradas Espírita.
E-mail: dennys.girardi@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O presente artigo surgiu das reflexões e experiências vivenciadas no Centro de Inclusão Social do Adolescente (Cisa), no período de 2012/2013 em que foram detectados fatores que demonstravam limitações de atuação, emergindo o interesse em identificar se o Cisa/Betonex contribui para a Saúde Mental de seus frequentadores, bem como analisar a atuação dos Assistentes Sociais no espaço, visando a melhoria do atendimento realizado no equipamento.

Para melhor compreensão da temática abordada, verifica-se que a conceituação de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida e a diversos fatores que a condicionam. O Conselho Nacional de Saúde, visando possibilitar o acesso à saúde como “direito de todos e dever do Estado”, conforme lei nº 8080/1990, ampliou a compreensão da relação saúde/doença colocando como decorrência da condição de vida e trabalho, bem como o acesso **igualitário** de todos a uma das questões mais fundamentais, a integralidade da atenção à saúde e a participação social.

No que se refere à saúde mental infanto-juvenil no Brasil, houve maior destaque e devida relevância com a promulgação da lei nº 8069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), possibilitando que a criança e o adolescente fossem vistos como sujeitos de direitos. Alguns fatores psicossociais como pobreza, sexo, idade, vivência de conflitos e desastres, doenças físicas graves, fatores familiares e ambientais impactam na saúde mental, a qual pode ser considerada por meio do bem-estar subjetivo, a autoeficácia, a autonomia, a competência, a autorrealização e o emocional da pessoa.

Com este artigo espera-se ampliar e consolidar o trabalho do profissional de Serviço Social no Centro de Inclusão Social do Adolescente. O texto quer contribuir para a ampliação e consolidação da cidadania, a melhoria na qualidade dos serviços prestados aos adolescentes e principalmente no envolvimento destes com seus familiares. O trabalho busca mostrar que o fortalecimento dos vínculos, a releitura dos novos tempos que se põem ao Serviço Social e as rápidas e profundas mudanças que se processam na cena contemporânea exigem do profissional propositura, envolvimento e criatividade capazes de preservar e efetivar direitos.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Para que possa-se responder a pergunta principal deste artigo, precisa-se abordar a categoria Saúde em âmbito geral até chegarmos na saúde mental infanto-juvenil. Menciona-se Bravo (2007), que explica que a assistência à saúde dos trabalhadores iniciou com a industrialização nos países centrais, sendo assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da medicina social, na Alemanha, França e Inglaterra. No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no século XX, mais efetivamente na década de 1930.

Essa autora também apresenta as principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, que consistiam na ênfase em campanhas sanitárias, criação de serviços de combate às endemias e reorganização do Departamento Nacional de Saúde.

O modelo de previdência que norteou os anos de 1930 a 1945 no Brasil foi de orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930). A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços, conforme Bravo (2007).

A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos 1950, 1956 e 1963, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis,

havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

Ainda esta autora mostra que nos anos 1980 a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais.

Após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (março de 1986), segundo Bravo (2007), o governo teve de assumir a bandeira da reforma sanitária, acoplando à política das Ações Integradas da Saúde (AIS) medidas nas áreas de habitação, saneamento, alimentação entre outras, obtendo melhoria nos indicadores de mortalidade e morbidade vigentes no país.

Acredita-se que a saúde deva ser entendida como algo presente, somando-se com qualidade de vida e dignidade, conseqüentemente, a discussão e compreensão de saúde passam pela afirmação da cidadania plena e pela aplicabilidade dos dispositivos garantidores dos direitos sociais da Constituição Federal de 1988.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Considera-se fundamental abordar a política da Saúde Mental para compreender alguns momentos na trajetória brasileira que antecedem o Movimento Sanitário. Segundo Vasconcelos (2008), alguns processos históricos no panorama internacional estimularam, de alguma maneira, o processo de desinstitucionalização no Brasil, como as influências de guerras por meio da solidariedade em reabilitar soldados e/ou civis atingidos; a escassez de força de trabalho e revalorização do trabalho humano; os processos de transição demográfica, com aumento da população idosa, desestruturação e transformação das estruturas familiares convencionais, aumento do número de arranjos domiciliares de famílias matrifocais e de pessoas sozinhas, e de ocupação do mercado formal de trabalho pela mulher; as conjunturas políticas de democratização, de processos revolucionários ou de emergência de movimentos sociais populares em geral, como o desenvolvimento da antipsiquiatria no contexto dos movimentos dos anos 1960.

Em 1990 realizou-se a Conferência de Caracas, que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica; e o amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal no país, em conferências participativas que culminam na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, considerada um “marco na história da psiquiatria brasileira” e que abre um novo período de consolidação da reforma psiquiátrica no país.

Considera-se o autor Vasconcelos (2006) uma importante fonte de informações sobre a saúde mental brasileira e concorda-se com alguns apontamentos sobre os desafios para uma atenção de qualidade à saúde mental,

[...] Principalmente nas grandes cidades, o quadro econômico e social é marcado por um aumento significativo das taxas de desemprego, desfiliação social, miséria e os sinais de má qualidade de vida e de violência social, gerando aumento na incidência de estresses, ansiedade, fobias social, quadros de dependência química etc., e, conseqüentemente, aumentado a demanda e os desafios colocados para os programas de saúde mental. Nos últimos anos, a pressão tem se dado especialmente no campo dos serviços para dependentes químicos e moradores de rua (VASCONCELOS, 2006).

Salienta-se que os apontamentos efetuados anteriormente se referem ao ano de 2006, porém ainda em 2013 debate-se sobre o atendimento aos portadores de transtornos mentais e comportamentais, verificando o quanto ainda é necessário evoluir, principalmente no atendimento realizado no território de origem deste usuário.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NO BRASIL

Conforme a publicação realizada pelo Ministério da Saúde (2005): *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*, as ações dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil quanto a saúde mental atravessaram um século de história circunscritas a um ideário de proteção, que, paradoxalmente, redundou na construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização e em uma concepção segmentada, não integradora, da população infanto-juvenil. Ao mesmo tempo em que o início do século XX propagou a importância da assistência a crianças e adolescentes, principalmente porque elas representavam um futuro diferenciado para a nação brasileira, engendrou-se um conjunto de medidas, calcadas na lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica, que expandiu sobremaneira a oferta de instituições fechadas para o cuidado de crianças e adolescentes, em sua maioria sob a tutela do campo filantrópico. O discurso hegemônico sobre a importância da criança na organização da sociedade republicana não teve como correspondente a tomada de responsabilidade do Estado que, por outro lado, oficializava o modelo em curso e a concepção da criança a ser assistida: deficiente social (pobre), deficiente mental e deficiente moral (delinquente).

O resultado desse longo processo que visava a assistir crianças e adolescentes foi, por um lado, a institucionalização do cuidado e, por outro, a criminalização da infância pobre, gerando um quadro que, no limite, é um quadro de desassistência, abandono e exclusão.

As tramas desse processo passaram “silenciosas”, mas não isentas de suas consequências nefastas, uma legião de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Incluídas na rubrica de deficientes, como, aliás, todas as outras, transformaram-se em objeto de exclusão ou mesmo de puro desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado.

A promulgação da Carta Constitucional de 1988, marco da democracia e dos direitos, teve o mérito de afirmar sem ressalvas a condição cidadã de crianças e adolescentes, assegurando-lhes “o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, conforme descrito no art. 227 da Carta Magna. Esse mesmo processo de afirmação da condição de sujeitos de direitos tributado a crianças e adolescentes resultou na promulgação de lei n.º 8.069, de 13/7/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente.

A base normativa e política do atual campo da saúde mental vem, há muito, apontando a necessidade de ser construído um novo patamar de ações para o cuidado de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, apontou os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) foi contundente sobre o tema, determinando que não fossem postergadas as ações político-assistenciais necessárias para que um novo tempo se instaurasse no que diz respeito ao cuidado e tratamento da população infanto-juvenil.

No campo específico da saúde mental infanto-juvenil, essa prioridade se materializou na instituição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, que teve sua implantação concretizada graças ao esforço de representantes de diferentes setores, do âmbito governamental e não governamental, garantindo que este se fortaleça a cada dia como um importante espaço de diálogo e construção de consensos possíveis sobre o tema, consolidando as redes de serviços, de forma que possam fazer frente aos diferentes problemas apresentados pelas crianças e pelos adolescentes portadores de transtornos mentais

Infelizmente, em Piraquara não existe um espaço público especializado para atendimento de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais ou comportamentais, sendo necessário o deslocamento destes jovens para tratamento em municípios da região metropolitana. Acreditamos que este deslocamento também dificulte a adesão ao tratamento proposto, pois sabemos ser fundamental a aceitação do paciente ao tratamento e as dificuldades que vão surgindo no decorrer do tempo acabam sendo fundamentais para o comprometimento e sucesso da terapia. Por isso, consideramos fundamental que o serviço público seja oferecido com qualidade no território de moradia do usuário/paciente, acreditando que assim a adesão será mais fácil de ocorrer, visando uma atenção integral, voltada para a reinserção familiar, social e cultural.

4 O ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL E O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL

A assistência social, espaço ocupacional privilegiado dos assistentes sociais, foi reconhecido pela Carta Constitucional de 1988 como política pública, parte do tripé da seguridade social, ao lado da saúde e da previdência. Segundo a Carta, a municipalização das políticas públicas vem mudando em uma ampliação do mercado profissional de trabalho. Um dos mecanismos privilegiados foram os conselhos de Saúde e Assistência Social, nos níveis nacional, estadual e municipal, assim como segmento prioritário para a assistência social: Criança e Adolescente, Idoso, Portador de Deficiência.

Diante desse quadro, os desafios postos à profissão na contemporaneidade são os de resolver seus impasses teórico-metodológicos, por meio da busca do aprimoramento intelectual e da formação continuada; buscar soluções criativas e articulação com a sociedade civil organizada, no sentido de se evitar que a exclusão social assuma contornos ainda mais graves; emprestar forças e combatividade as suas organizações de classe; garantir uma qualificação profissional que continue dando suporte à requisição de profissionais e ao atendimento das demandas que são postas à profissão etc.

O Serviço Social na saúde mental no Brasil iniciou-se em 1946 pela atuação no centro de Orientação Infantil (COI) e no centro de Orientação Juvenil (COJ). Sua estrutura atual originou-se somente após 1964, com a mudança do atendimento previdenciário na Saúde Mental dos indigentes para os trabalhadores e seus dependentes, decorrentes da ditadura militar, um marco na história do Brasil, bem como, nas reformas do sistema de saúde e previdência.

Sobre essa inserção, Bisnetto (2007) afirma que durante os anos 1970 a influência da psiquiatria preventiva norte-americana, bem como o papel mais ativo de organizações internacionais, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e sua subsidiária Organização Pan-Americana de Saúde (Opas),

tiveram forte repercussão dentro do campo da saúde pública e da militância entre os médicos e profissionais de saúde no Brasil.

A entrada de assistentes sociais no sistema de Saúde Mental obedece a mesma lógica que modificou o quadro de atuação do Serviço Social como um todo no Brasil após 1964; a modernização conservadora dos aparatos de Estado, com oferta de serviços médicos e assistenciais estendidos aos trabalhadores, centralizando estes serviços a fim de desmobilizar os movimentos que lutavam contra a legitimação de um estado ditatorial e um capitalismo monopolista.

Um crescente número de trabalhadores que apresentavam problemas de saúde mental, certamente pela expressão das péssimas condições de trabalho durante a fase de expansão capitalista, levou-os a recorrerem ao recebimento de pensões, aposentadorias e auxílios previdenciários para fugir do agravamento do desemprego.

A carência de pesquisas em saúde mental, em contrapartida à expressão do número de assistentes sociais na área de psiquiatria, conjuntamente com a nova atuação da profissão na mudança da trajetória de políticas sociais do movimento sanitarista para o movimento de desinstitucionalização da psiquiatria e desconstrução do aparato manicomial justificam os estudos das metodologias de serviço social nesse campo.

5 A PRÁTICA DESENVOLVIDA PELO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE INCLUSÃO SOCIAL DO ADOLESCENTE – CISA/BETONEX

Inaugurado em agosto de 2011, o Cisa é um espaço privilegiado para realização de atividades com crianças, adolescentes, jovens e suas famílias, usuários do Sistema Único de Assistência Social, dentro da perspectiva do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes e como estratégia para execução do Serviço de Proteção Integral à Família (Paif⁴) no âmbito da Proteção Social Básica.

O primeiro Centro de Inclusão Social do Adolescente de Piraquara foi construído em uma área de ocupação recente e irregular, onde vivem cerca de 40.000 pessoas em condições insatisfatórias de habitação, saneamentos, transporte, infraestrutura urbana, educação e lazer. Não há praças, parques, nem centros culturais e as escolas municipais ficam fechadas aos finais de semana. Os índices de desemprego e subemprego são elevados, assim como de prostituição e de exploração sexual, abuso de álcool e outras drogas, entre outros casos de violência doméstica, familiar e urbana.

Além disso, o Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2012) de 2012 aponta Piraquara como o 36º município mais violento do país, e em 3º dentro do estado do Paraná em índice de homicídios de jovens entre 01 a 19 anos, o que coloca essa faixa da população como prioritária para atuação de políticas de prevenção e proteção.

⁴ O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) integra o nível de proteção social básica do Suas, que tem por objetivo: “prevenir situações de risco social, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários”. Ou seja, atua de forma preventiva, protetiva e proativa, reconhecendo a importância de responder as necessidades humanas de forma integral, para além da atenção a situações emergenciais, centradas exclusivamente nas situações de risco social.

As Orientações Técnicas da Política Nacional de Assistência Social (MDS/2010) indicam aos municípios a execução do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de 06 a 15 anos. Porém, considerando as características e necessidades de Piraquara, a Secretaria Municipal de Assistência Social expandiu a oferta deste serviço também para adolescentes e jovens até os 24 anos.

A concepção do trabalho está baseada no método de atuação do projeto ATITUDE⁵ com foco na intersetorialidade e na interdisciplinaridade, objetivando o protagonismo infantojuvenil. A relação entre o usuário e equipe técnica é fundamentada numa relação de colaboração e parceria. A convivência e diálogo constantes entre equipe técnica e as crianças/adolescentes e jovens acarretou reflexos para o trabalho que está sendo desenvolvido. Eles são percebidos como fonte de iniciativa e significados, de liberdade e compromisso e são incentivados na tomada de iniciativa dos projetos. Ao mesmo tempo, evidenciam-se possibilidades de escolha e responsabilidades. A apropriação das opções, ações e resultados por parte destes usuários, colaboram para a construção de comprometimento e responsabilidade em suas atuações. Nesta relação cabe ainda evitar ações que incentivem a dependência e buscar por métodos que proporcionem a autonomia de modo gradativo, a partir das atitudes e atividades planejadas e desenvolvidas.

A partir da vivência neste local de trabalho é que sente-se a necessidade de identificar se o Centro de Inclusão Social do Adolescente (Cisa/Betonex), contribui para a saúde mental de seus frequentadores com idade entre 16 e 24 anos, residentes na região do Guarituba.

Não pode-se conceber trabalhar com o usuário do Serviço Social sem compreender o meio em que ele está inserido e, a partir daí realizar aproximações que possibilitem identificar dimensões maiores capazes de explicar o fenômeno dos determinantes externos que influenciam sua existência.

Fica claro, então, que em cada novo fenômeno a conhecer, tem-se que empreender sempre o caminho da aparência (do concreto sensível, caótico, abstrato porque pouco se sabe dele) à essência (ao concreto pensado porque dele se conhece as múltiplas determinações, e também abstrato, mas, nesse momento, abstrato num outro sentido, porque se constitui enquanto construção mental sobre a realidade, construção mental determinada a partir dessa mesma realidade) (MUNHOZ, 2006, p. 29).

No processo de conhecer a realidade, concordamos com Munhoz (2006) quando nos diz que o estudioso deve aproximar-se da realidade tendo por orientação algumas categorias que compõem o enfoque sobre esta realidade para assim poder captar a particularidade/singularidade do objeto e, nesse caso, nos

⁵ O Programa ATITUDE possui uma proposta inédita de participação social na busca pela superação das violências que envolvem as crianças, os adolescentes e suas famílias. A ideia é envolver todas as esferas da sociedade – desde os governos estadual e municipal até as associações de bairro, organizações não governamentais e entidades de atendimento a crianças e jovens – em um conjunto de ações para atuar em comunidades que possuem altos índices de indicadores de violências, protegendo os direitos fundamentais da população infanto-juvenil e oferecendo oportunidades de inclusão social e profissional. Idealizado pela Secretaria de Estado da Criança e da Juventude e deliberado pelo Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (Cedca/PR) (deliberação 17/2009), o Programa ATITUDE atua em eixos como o fortalecimento dos vínculos familiares; a superação das violências contra crianças e adolescentes; a formação de práticas socializadoras, por meio de oficinas culturais, esportivas e de profissionalização; abordagens educativas e terapêuticas aos usuários de álcool e outras drogas; a redução da violência praticada por jovens; o fortalecimento das estruturas de atendimento aos adolescentes e o estímulo à participação social da juventude.

referimos às demandas apresentadas pelos usuários dos serviços prestados pelo Centro de Inclusão Social do Adolescente (Betonex).

Cabe ressaltar que o fato de realizarmos esta aproximação com a realidade no movimento do singular/particular deve possuir um controle autocrítico, pois acima de tudo, deve-se entender que essas categorias não se findam em si e que o processo de aproximação nunca se acaba, sempre estamos realizando novas aproximações e, conseqüentemente tendo novas impressões.

Para responder nossa pergunta, utilizamos a pesquisa qualitativa que, segundo Martinelli (1999), com este instrumental abordamos os fatos de forma a poder aprofundar tanto quanto possível a análise e, não para conhecê-los apenas de uma forma sumária, a partir de uma primeira apresentação. Tal entendimento vem de encontro há alguns pressupostos que fundamentam o uso destas pesquisas: reconhecer a singularidade do sujeito, permitindo que ele se revele por meio das ações e do discurso, conhecer a experiência social deste sujeito com o objetivo de conhecer os significados dados por ele a sua trajetória de vida.

Discussões na área de socioeducação é que não faltam, porém no foco em que é pretendido se dar não se tem notícias, pois o Centro de Inclusão do Adolescente é uma experiência única no atendimento de adolescentes em Piraquara. Pretende-se avaliar, após um ano de funcionamento, se este espaço está cumprindo com o seu objetivo de acolhimento do adolescente e sua família, buscando criar oportunidades para seu desenvolvimento e fortalecimento dos vínculos entre família e comunidade.

É fundamental que o profissional tenha posicionamento político frente às demandas que se apresentam cotidianamente, para que possa ter clareza de qual é a direção da sua prática. O profissional de serviço social, enquanto agente social que visa à superação dos problemas, deve se apoiar nos instrumentais de forma criativa, procurando desvelar a realidade a partir de uma prática profissional comprometida com os usuários. Assumindo valores éticos que sustentam a sua prática, valores estes que estão expressos no código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (Resolução CFAS nº 273/1993), que defende o reconhecimento e a defesa de 11 princípios fundamentais, são eles: liberdade, direitos humanos, cidadania, democracia, equidade, justiça social, combate ao preconceito, pluralismo, construção de uma nova ordem social (sem dominação-exploração), articulação com movimentos de trabalhadores, qualidade dos serviços prestados e combate a toda espécie de discriminação.

Para discutirmos a profissão na contemporaneidade deve-se levar em consideração alguns pressupostos como romper com a visão endógena do Serviço Social, olhar para o movimento da sociedade, das classes sociais e do Estado, apreendendo o significado da profissão na história da qual ela faz parte. Ao decifrar essa realidade, os profissionais passam a ser propositivos e não mais meramente executivos, participando da formulação e gestão de políticas públicas e sociais; também se faz necessário entender o Serviço Social como um tipo de trabalho, uma profissão particular inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho coletivo da sociedade, o qual é um trabalhador especializado, que vende sua capacidade de trabalho a entidades empregadoras em troca de um salário. O último pressuposto apresentado pela autora é que ao tratar o serviço social como trabalho, verifica-se a produção e a reprodução da vida social, participando da constituição da materialidade e da subjetividade das classes trabalhadoras.

Somos profissionais cuja prática está direcionada para fazer enfrentamento críticos da realidade, portanto precisamos de uma sólida base de conhecimentos, aliada a uma direção política consistente que nos possibilite desvendar adequadamente as tramas conjunturais, as forças sociais em presença. É neste espaço de interação entre estrutura e cotidiano que nossa prática se realiza (MARTINELLI, 2006, p.14).

Neste sentido, conforme Silva (1999), as exigências contemporâneas para o exercício da profissão passam, fundamentalmente, por três dimensões, as quais são: conhecimento teórico-metodológico, que propicie aos profissionais uma compreensão clara da realidade social e a identificação das demandas e possibilidades de ação profissional que esta realidade apresenta; realização dos compromissos ético-políticos, estabelecidos pelo Código de Ética Profissional dos assistentes sociais e; possuir capacitação técnico-operativa, que possibilite a definição de estratégias e táticas na perspectiva da consolidação teórico-prática de um projeto profissional comprometido com os interesses e necessidades dos usuários, na defesa dos direitos sociais, sendo capaz de impulsionar novos direitos, mediante o fortalecimento da consciência de classe e da organização política, sindical e comunitária.

O Serviço Social precisa enfrentar desafios teórico-metodológicos, pois, sendo a questão social o seu foco de interesse científico e político, é necessário que este foco esteja claramente definido, para não tomá-lo como inespecífico, pensando como um fenômeno espontâneo desarticulado de protagonismo político. Mas, também, precisa enfrentar outros desafios como formular novas propostas de enfrentamento às expressões da questão social, aproximando-se dos interesses e necessidades das classes subalternas, situando o serviço social no âmbito das relações entre Estado e sociedade civil. É necessário que os profissionais tenham clareza sobre os processos de trabalho no qual está inserido.

Dentre os instrumentais utilizados pelos assistentes sociais está a escrita e a fala, pois a linguagem é o instrumento de todos os profissionais, possibilitando a comunicação entre estes e aqueles com quem interagem, pois a partir das práticas que são realizadas, dos processos políticos dos quais protagonizam-se como profissionais e como cidadãos, participando sim da construção de uma nova sociedade, que se terá, portanto a firmeza ao declarar “muito prazer sou assistente social” (MARTINELLI, 2006, p.12).

O serviço social brasileiro é marcado por lutas e conquistas e tem como principal objetivo a construção de uma sociedade humana, digna e justa. Conforme Martinelli (2006), o assistente social é a classe profissional que mais se aproxima com a realidade de vida das pessoas, permitindo uma visão diferenciada das possibilidades de construção e reconstrução de identidades. Estas identidades encontram-se em processo contínuo assim como nossas próprias vidas e nossa condição enquanto profissionais o que permite um contínuo aprendizado coletivo. Enfim, ser assistente social é fazer serviço social.

Esta discussão sobre os processos de trabalho no Serviço Social gera indagações importantes que ajudam a pensar, a ampliar uma autoconsciência dos profissionais quanto ao seu trabalho. E, mais do que isso permite ultrapassar aquela visão isolada da prática do Assistente Social como atividade individual do sujeito, ampliando sua apreensão para um conjunto de determinantes que interferem na configuração social desse trabalho, e lhe atribuem características particulares (IAMAMOTO, 2001, p. 70).

No que se refere ao projeto ético-político hegemônico no serviço social, um dos grandes conflitos é o de “enfrentar os problemas cotidianos e dar respostas às questões imediatas, elas não se resolverão nesta organização social assentada na exploração do homem pelo homem” (VASCONCELOS, 2002, p. 21). Sem consciência e instrumental teórico e técnico necessários para apreender à lógica da organização social capitalista, não se trabalha na direção dos interesses e necessidades históricos da classe trabalhadora.

Para que possa dar respostas a essas demandas, faz-se necessário aprofundar algumas categorias fundamentais para a atuação do assistente social como a mediação, categoria que possibilita o direcionamento da prática, podendo ser crítica ou alienada, dependendo do projeto político ou da influência de forças socioinstitucionais.

De acordo com Martinelli (1993), mediações são categorias instrumentais pelas quais se processa a operacionalização da ação profissional, expressando-se por instrumentos, recursos, técnicas e estratégias pelas quais a ação profissional ganha operacionalidade e concretude.

Concordamos quando a autora enfatiza que a prática profissional ocorre em uma perspectiva mediatizada, a partir do momento que coloca em movimento todo um sistema baseado na análise da totalidade/particularidade, buscando a superação da realidade social concreta, possibilitando a efetividade da categoria transformadora.

A mediação é, portanto, uma forma de objetivar a prática, pela qual o próprio profissional se objetiva enquanto ser social. É, ao mesmo tempo, uma categoria reflexiva e ontológica, pois sua construção se consolida tanto por operações intelectuais, como valorativas, apoiadas no conhecimento crítico do real, possibilitado fundamentalmente pela intervenção da consciência (MARTINELLI, 1993, p. 136-141).

A mediação apresenta algumas características importantes entre as quais destacamos: são sempre históricas e sociais, ou seja, socialmente determinadas pela finalidade e objetivos que buscam, são o conjunto instrumental para o movimento da práxis (do singular para o universal/do simples para o complexo/do particular para o genérico e do aparente para o essencial) e são sempre produtos coletivos e devem ser socialmente construídas, para serem historicamente viáveis (MARTINELLI, 1993).

O tema instrumentalidade no exercício profissional do assistente social parece ser algo referente ao uso daqueles instrumentos necessários ao agir profissional, por meio dos quais os assistentes sociais podem efetivamente objetivar suas finalidades em resultados profissionais propriamente ditos. Porém, para que haja uma reflexão e construção de mudanças, devemos abordar a categoria da instrumentalidade.

Neste sentido é preciso um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativo em serviço social, pois os instrumentais não agem sozinhos, a utilização de instrumental possibilita conduzir o trabalho profissional, entendendo ser necessário à vinculação com um projeto ético-político em defesa dos direitos sociais, humanos e da democracia. Permitindo assim ao serviço social dar concretude a profissão, pois é por meio da operacionalização das técnicas instrumentais nas ações profissionais que podemos transformar e superar a realidade apresentada. O conhecimento faz parte dos instrumentos de trabalho do assistente social a fim de poder exercer a sua prática. Esse conhecimento refere-se às bases teóricas – metodológicas que contribuem com a leitura da realidade e ajudam a direcionar a ação do profissional.

Neste sentido, para Guerra (2007), o processo de trabalho é compreendido como um conjunto de atividades prático-reflexivas voltadas para o alcance de finalidades, as quais dependem da existência, da adequação e da criação dos meios e das condições objetivas e subjetivas.

Quanto ao direcionamento da prática socioeducativa do assistente social, há processos de luta pela conquista e garantia, com ampliação de direitos sociais fundados em princípios de democratização da gestão pública, universalização dos atendimentos e justiça social, repercutindo no serviço social e influenciando o processo de construção de um projeto profissional comprometido com os interesses das classes subalternas.

A identidade profissional é construída pelos grupos profissionais de que fazemos parte. Passa a existir por meio das relações que estabelecem seus membros entre si e com o meio em que vivem, isto é, pela sua prática, seu agir, seu trabalhar, fazer, pensar, sentir.

Somos, portanto, uma categoria que por meio da mediação de nossas práticas, nos diversos campos que ocupamos, temos o compromisso de dar vida e concretude ao projeto ético político profissional, pois, o serviço social desde a sua origem tem o compromisso com a construção de uma sociedade humana justa e digna. Este

é o nosso compromisso de cada dia, considerando que o cotidiano profissional se desenvolva de forma crítica e criativa, exigindo uma prática norteada pelas dimensões teórico metodológica, ético-política e técnico operativo.

O assistente social, sendo um crítico das condições sociais de seu tempo, ao deparar-se, cotidianamente, com os dilemas da exclusão social em suas diversas formas de manifestação, tem que recorrer a todos os meios possíveis para refinar sua capacidade de análise, aguçar sua consciência crítico-política; aprimorar seus instrumentos de intervenção técnico-profissional; na condição de trabalhador assalariado, defender-se também, em face um mercado tendente a precarização das relações de trabalho e a deteriorização das condições sociais de existência dos trabalhadores; fortalecer suas alianças e associar seu projeto profissional às lutas mais amplas pela democratização social, cultural, política e econômica da sociedade.

Acreditamos que mais do que conhecer é preciso agir de modo a produzir diferença em nossa sociedade, diferença na vida dos nossos usuários, das nossas vidas e da nossa profissão. Ter coragem de recomeçar um caminho a cada novo dia, acreditar no possível e impossível, mais jamais deixar de acreditar.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Procurando identificar se o Centro de Inclusão Social do Adolescente (CISA/Betonex), contribui para a saúde mental de seus frequentadores com idade entre 16 e 24 anos, residentes na região do Guarituba, aplicamos um questionário composto por perguntas abertas e fechadas que nos trouxeram as indicações a seguir.

Quarenta e dois jovens responderam ao questionário, porém analisaremos as respostas de trinta questionários por doze não terem preenchido todas as questões (deixando algum campo em branco), o que dificultaria nossa análise.

Dos 30 questionários aplicados, 51% (16) eram do sexo feminino e 49% (14) do sexo masculino, demonstrando que a participação é equilibrada.

A faixa etária variou entre 13 e 20 anos, sendo que a maioria tinha 15 anos (13).

13 anos – 1

14 anos – 5

15 anos – 13

16 anos – 5

17 anos – 3

18 anos – 2

20 anos – 1

Sobre a forma de acesso, um respondeu que iniciou o Cisa, seis responderam que a escola indicou, três chegaram ao Cisa pela escola e amigos, quatro sinalizaram mais de uma opção (escola, amigos e Território sem Treta), dois mencionaram somente o Território sem Treta, quatro mencionaram “Por demanda espontânea” (estavam passando e resolveram entrar) e a maioria (11) chegou no Cisa por amigos.

Quanto à pergunta: Por que você frequenta o Cisa?, 30,5% (14) responderam pela amizade, 10,5% (4) pelas atividades recreativas, 5,5% dois por lazer e 20,5% (12) por práticas esportivas, demonstrando que em primeiro lugar os jovens frequentam o espaço pela amizade e em segundo lugar por práticas esportivas.

Perguntamos o que você mais gosta no Cisa? Nove responderam funcionários, acrescido de mais uma opção (capoeira, informática, ping-pong, skate, Território sem Treta ou violão), dez indicaram outras atividades simultâneas (skate e informática, skate e futebol, skate, Território sem Treta e capoeira etc.), três somente o Território sem Treta, dois o Território e capoeira e um mencionou tudo. Percebemos nesta questão que a forma como os jovens são tratados pelos funcionários se destaca, paralelo ao desenvolvimento de outras atividades esportivas ou recreativas.

Perguntamos também: Na sua opinião, o que poderia ser mais oferecido no Cisa? Oito solicitaram atividades esportivas, sete atividades recreativas, dois pediram cursos, um indicou fortalecimento de vínculos comunitários por meio de reuniões com os participantes, um pediu lazer, dez sugeriram melhorias estruturais (pista de skate, tabela de basquete, aulas de ping-pong, dança etc.). Observamos que as melhorias estruturais são necessárias para melhor atender as ofertas de atividades esportivas e recreativas.

A última pergunta era: O fato de você frequentar o Cisa possibilitou conhecer coisas novas, diferentes? O quê? 50% (15) responderam amigos, 38% (12) atividades esportivas, 11% (3) três vínculos comunitários e 1% (1) cursos. Verificamos que a amizade é fortalecida com a participação no Cisa, seguida das práticas esportivas.

CONCLUSÃO

Saúde não é simplesmente a ausência de doença, estando relacionada à qualidade de vida e diversos fatores que a condicionam; a saúde mental possui ligação com a desvalorização da força de trabalho humano, os processos de transição demográfica, desestruturação e transformação das estruturas familiares convencionais, aumento do número de arranjos domiciliares de famílias matrifocais e de pessoas sozinhas, e de ocupação do mercado formal de trabalho pela mulher, além das conjunturas políticas de democratização, que desenvolvem diversos estresses e fobias na população atualmente.

Tivemos a oportunidade de nos aproximarmos do campo de atuação do assistente social, profissional capacitado para desenvolver ações de emancipação e protagonismo juvenil, justamente nesta época da vida em que vários desafios se apresentam aos jovens (mudanças no corpo, escolhas amorosas e profissionais, afinidades grupais, entre outros).

Acredita-se que com o desenvolvimento deste artigo foi possível identificar a importância do Centro de Inclusão Social do Adolescente no bairro do Guarituba, em Piraquara. Diversos fatores podem ser apontados pelos questionários aplicados, fortalecendo a importância deste espaço no território.

Temos como bandeira deflagrada pela equipe e pelos jovens o Território sem Treta, explicação de um local onde as divergências são solucionadas por meio de diálogos pautados no respeito, sem brigas ou discussões. Além do nome de uma festa saudável (sem substâncias psicoativas) esse termo ultrapassa os limites do muro, atingindo a comunidade.

É responsabilidade dos funcionários, colegas, amigos e pais continuarem a olhar para estes jovens com carinho e respeito, procurando incentivá-los a tomar as rédeas de seus destinos, pautados na dignidade, no princípio de que todos são capazes de alçar novos vôos e conquistar um espaço na sociedade.

Precisa-se ter mais Centros de Inclusões Sociais no Brasil, espaços abertos onde os adolescentes sintam-se parte e acolhidos, independente de sua condição financeira, educacional ou de habitação, espaços onde possam falar sobre suas angústias e incertezas, sabendo que alguém irá lhes ouvir.

REFERÊNCIAS

BRAVO, M. I. S. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária**: elementos para o debate. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BRASIL. Constituição, 1988. Artigo 227. In: _____. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 05 out. 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 16 jul. 1990.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Orientações técnicas sobre o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos**: prioridade para crianças e adolescentes integrantes do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2010.

COSTA, A. C. G. O adolescente como protagonista. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília, DF: v. 1, p. 75-79, ago. 1999.

_____. **Protagonismo juvenil**: adolescência, educação e participação democrática. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional., 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa**: uma investigação desafiadora. São Paulo: Veras, 1999.

MUNHOZ, D. E. N. **Entre a universalidade da teoria e a singularidade dos fenômenos**: enfrentando o desafio de conhecer a realidade. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 6, n. 1, p. 25-40, 2006.

PROGRAMA ATITUDE. **Plano de acompanhamento – Agente de Cidadania**. Elaboração SAKAMOTO, Julia M. e ALMEIDA, Regina. Piraquara, 2010.

RIBEIRO, Luiza Elena L. et al. (Org). **As contradições da idade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2011.

RIBEIRO; TANAKA. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. Hucitec. São Paulo, 2010.

ROESLER, Marli Renate von Borstel; BIDARRA, Zelimar Soares. **Socioeducação**: reflexões para a construção de um projeto coletivo de formação cidadã. Cascavel; Edunioeste, 2011.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005.

SOUZA, Regina Magalhães de. Protagonismo juvenil: o discurso da juventude sem voz. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-28, 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social**. 4. ed. São Paulo; Cortez, 2008.

VITALE, Maria Amália Faller; ACOSTA, Ana Rojas. **Família**: redes, laços e políticas públicas. 4. ed. São Paulo; Cortez, 2008.

WAISELFISZ, Júlio Jacobo. **Mapa da violência 2012**: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, 2012. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2012.

