



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E TERRITÓRIOS**

**Jadna Kelly da Silva**

**A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE  
CONTRARREFORMA DO ESTADO: UMA ANÁLISE SOBRE O  
TRABALHO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS EM CENTROS DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO RECÔNCAVO DA BAHIA**

**CACHOEIRA-BA  
2023**

Jadna Kelly da Silva

**A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE  
CONTRARREFORMA DO ESTADO: UMA ANÁLISE SOBRE O  
TRABALHO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS EM CENTROS DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO RECÔNCAVO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Territórios (POSTERR) como exigência parcial para a obtenção do título de Mestra em Políticas Sociais e Territórios pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

**Orientadora:** Dra. Simone Brandão Souza.

**Coorientadora:** Dra. Marcia da Silva Clemente.

**CACHOEIRA-BA**

**2023**

---

S586p Silva, Jadna Kelly.  
A Política Nacional De Saúde Mental em tempos de contrarreforma do estado: uma análise sobre o trabalho dos(as) assistentes sociais em centros de atenção psicossocial (caps) do recôncavo da Bahia. / Jadna Kelly. Cachoeira, BA, 2023.  
110f.:il.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Brandão Souza  
Coorientadora: Profa. Dra. Márcia da Silva Clemente

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Artes Humanidades e Letras, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Territórios, 2023.

1. Saúde mental - Bahia. 2. Política de saúde mental - Bahia. 3. Serviços de saúde mental - Bahia. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Artes, Humanidades e Letras. II. Título.

CDD: 362.2098142

---

Ficha elaborada pela Biblioteca do CAHL - UFRB.  
Responsável pela Elaboração – Juliana Braga (Bibliotecária – CRB-5/ 1396)  
(Os dados para catalogação foram enviados pelo usuário via formulário eletrônico)

JADNA KELLY DA SILVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CONTRARREFORMA DO ESTADO: uma análise sobre o trabalho dos(as) assistentes sociais em centros de atenção psicossocial (caps) do recôncavo da Bahia**

Dissertação submetida à avaliação para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Territórios da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Cachoeira-BA, 29 de junho de 2023

COMISSÃO EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente  
 **SIMONE BRANDÃO SOUZA**  
Data: 04/09/2023 16:02:48-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. SIMONE BRANDÃO SOUZA  
(UFRB-Orientadora)

Documento assinado digitalmente  
 **HELENI DUARTE DANTAS DE AVILA**  
Data: 31/08/2023 10:25:24-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. HELENI DUARTE DANTAS DE AVILA  
(UFRB-Examinador Interno)

Documento assinado digitalmente  
 **MARCO JOSÉ DE OLIVEIRA DUARTE**  
Data: 08/09/2023 12:56:39-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr MARCO JOSÉ DE OLIVEIRA DUARTE  
(UFJF-Examinador Externo à instituição)

CACHOEIRA-BA  
2023

## DEDICATÓRIA

Ao meu querido pai, Jackson Batista (*in memoriam*), que, como lição maior, me ensinou a ser livre.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter estado comigo em todo o tempo, sustentando-me com sua forte mão;

À querida e eterna Dalcy Cruz (*in memoriam*), amiga e conselheira, que, ainda na minha graduação, me acolheu, me acompanhou em determinados momentos e me presenteou com a primeira oportunidade de participar de um grande evento acadêmico. Naquele momento, ela mostrou a importância de nunca duvidarmos de nossas potencialidades e de entendermos que podemos ir além;

A Ilzamar, companheira de luta e amiga de todas as horas, que em nenhum momento hesitou em estar comigo neste processo;

Aos meus pais, Jacson Batista (*in memoriam*) e Maria do Socorro, que sempre estiveram presentes em todos os momentos de minha vida;

Aos meus irmãos, Jadson e Jayna, e aos meus cunhados, Kenia e Jadson, que sempre torceram pela minha vitória;

Aos meus amados sobrinhos, Júlia, Lucas e Mateus, fontes de energia;

A todos os meus familiares e amigos, que, de forma direta e indireta, contribuíram para que fosse possível este processo acontecer;

Aos professores doutores Marco Duarte, Heleni Ávila e Marcia Clemente, pelas relevantes contribuições na qualificação do projeto de dissertação;

A Simone Brandão, professora doutora e minha orientadora, pela afinidade estabelecida no processo de construção e desconstrução da escrita, que muito me fez amadurecer no campo acadêmico;

Aos professores doutores do Programa de Política Social e Território (Poster UFRB), que muito contribuíram para o meu amadurecimento intelectual;

Aos colegas do mestrado e aos poucos amigos(as) da UFRB, pela convivência e pelo aprendizado. Mesmo de forma remota, tivemos a possibilidade de ficarmos próximos em alguns momentos;

A seu Basílio e família, em especial, à sua esposa, Lene, que, de forma especial, me acolheu como filha;

Aos profissionais do CAPS, que me acolheram, dividindo comigo suas expectativas e desafios;

Ao meu “Agridoce” (Agridina) e a Hilderline, que não se hesitaram em compartilhar seus ensinamentos;

Por fim, aos que são invisíveis aos olhos da sociedade, pois são eles que me fazem resistir e prosseguir de forma incessante no cotidiano profissional.

Obrigada a todos pelos votos de fé e positividade!

*“A gente quer viver pleno direito  
A gente quer viver todo respeito  
A gente quer viver uma nação  
A gente quer é ser um cidadão  
A gente quer viver uma nação...”*

*Gonzaguinha*

## LISTA DE SIGLAS

ART	Artigo
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção de Psicossocial
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
COI	Centros de Orientação Infantil
COJ	Centros de Orientação Juvenil
CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONAD	Conselho Nacional sobre Drogas
CREMEB	Conselho Regional de Medicina da Bahia
CRESS	Conselhos Regionais de Serviço Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde
EC 95	Emenda Constitucional 95/16
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
POSTERR	Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Territórios
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
PT	Projeto Terapêutico
TCLE	Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NESM	Núcleo de Estudos em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNF	Política Nacional de Fiscalização
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

## RESUMO

A saúde mental no Brasil passou por modificações relevantes em relação ao acesso e ao direito social, diante de uma discussão a respeito da assistência às pessoas com transtorno mental que ratificou os progressos históricos que resultam do advento da Política de Saúde Mental, com a promulgação da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que regulamenta a Reforma Psiquiátrica. Com a preocupação de abordar o tema, considerando a sua complexidade, elegeram-se alguns pontos a partir da perspectiva de uma reflexão sobre a gestão dessa política no contexto atual de desmontes das políticas sociais e, especificamente, da política de saúde mental, tomando como *case* o que acontece no Recôncavo da Bahia. Compreende-se que são fundamentais, nessa análise, os desafios postos à política de saúde mental e, sobretudo, ao trabalho profissional, tendo como horizonte a defesa e a afirmação de direitos, conforme preconiza o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Esta pesquisa, intitulada “A Política de Saúde Mental em tempos de contrarreforma do Estado: uma análise sobre o trabalho dos(as) assistentes sociais em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Recôncavo da Bahia”, analisa o trabalho do assistente social e as implicações das contrarreformas da política de saúde e saúde mental realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). É relevante informar que o estudo foi realizado no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e versa sobre o retrocesso na política de saúde mental, sobre os desmontes e a precarização dos serviços e sobre seus rebatimentos no trabalho do assistente social após o golpe de 2016 e o Novo Regime Fiscal (NRF). Esse retrocesso culminou no desfinanciamento das políticas públicas, gerando também a falta de investimento na política de saúde mental e, conseqüentemente, dificuldades na efetivação dos direitos dos usuários dessa política. Recorreu-se, para tanto, à perspectiva teórico-metodológica do materialismo histórico-dialético, com a abordagem qualitativa e o uso de técnicas da pesquisa documental bibliográfica, com destaque para a análise de autores como: Elaine Behring, Marilda Iamamoto, Ivanete Boschetti, Ricardo Antunes, Marco Duarte, Paulo Amarante, Eduardo Mourão e José Augusto Bisneto. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos participantes da pesquisa, procurando analisar a maior quantidade de informações possível e levando em consideração a ordem própria da linguagem dos referidos sujeitos, como também o sujeito em si e a sua situação. A análise das informações coletadas foi realizada a partir da Análise de Conteúdo. Para que a pesquisa fosse desenvolvida, foi imprescindível incluir alguns elementos fundamentais do trabalho, enquanto categoria, bem como os métodos que incitaram a sua transformação no contexto de contrarreforma, que tem rechaçado o trabalho do assistente social na política de saúde mental, tendo em vista que a categoria profissional vem sofrendo impactos e desafios do estado neoliberal. Destarte, o resultado da pesquisa apresenta que o profissional de Serviço Social carece ainda mais de uma compreensão teórico-crítica sobre a política de saúde mental, sobretudo, em seu cotidiano de trabalho. O cenário contemporâneo expõe desafios que impedem de forma efetiva a atuação profissional nos CAPS e o profissional precisa traçar constantemente estratégias para conseguir atender não somente as demandas, mas também assegurar o direito dos usuários.

**Palavras-chave:** Política de Saúde Mental; Trabalho; Serviço Social; Contrarreformas

## ABSTRACT

Mental Health in Brazil has undergone relevant changes in relation to access and social rights, when discussing the assistance to people with mental disorders, ratifying the historical progress that results from the advent of the National Mental Health Policy with the promulgation of Law No. 10,216, April 6, 2001, which regulates the Psychiatric Reform. With the concern of approaching the theme, considering its complexity, we chose some points from the perspective of a reflection on the management of this policy in the current context of the dismantling of social policies, and specifically, of the mental health policy, taking as an example what happens in the Recôncavo da Bahia. In our understanding, it is fundamental in that analysis the challenges posed to the mental health policy and, above all, to the professional work taking as horizon the defense and affirmation of rights, as advocated by the Ethical and Political Project of Social Service. This research, entitled Mental Health Policy in times of Brazilian State Counter-Reforms, provides an analysis of the social worker's work and the implications of the counter-reforms of the health and mental health policy, carried out in the Centers for Psychosocial Attention (Centros de Atenção Psicossocial-CAPS). It is relevant to inform that the research was carried out in the scope of the Graduate Program in Social Work of the Federal University of the Recôncavo da Bahia (UFRB) and is about the setback in the mental health policy, about the dismantling and precariousness of services and their repercussions on the work of social workers, after the coup of 2016 and the New Fiscal Regime - NFR, which culminates in the de-financing of public policies, also generating a lack of investment in the mental health policy and, consequently, implies setbacks in the realization of the rights of users of this policy. The research was developed from the theoretical and methodological perspective of dialectical historical materialism, with a qualitative approach, using documentary and bibliographic research techniques, with emphasis on the analysis of authors such as Elaine Behring, Marilda Iamamoto, Ivanete Boschetti, Ricardo Antunes, Paulo Amarante, Eduardo Mourão, José Augusto Bisneto. The study analyzes the work of the social worker in the context of the counter-reform of the mental health policy and the ongoing impacts in the CAPS context. Semi-structured interviews were used with the subjects participating in the research, seeking to analyze the highest level of information as possible, taking into consideration the proper order of the language of these subjects, as well as the subject itself and its situation. The analysis of the information collected was carried out based on Content Analysis. For the development of the research, it was essential to include some fundamental elements of the work, as a category, as well as the methods that have incited its transformation in the context of counter-reform, which has rejected the work of the social worker in the mental health policy, considering that the professional category has been suffering impacts and challenges of the neoliberal state. Thus, the result of the research shows us that the Social Work professional lacks even more of a critical theoretical understanding of the mental health policy, especially in their daily work, since we can identify that the contemporary scenario presents challenges that effectively prevent the professional work in CAPS, and the professional needs to constantly draw strategies to meet not only the demands, but also to ensure the rights of users.

**Keywords:** Mental Health Policy; Work; Social Work; Counter-reform

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA EM TEMPOS DE CONTRARREFORMAS DO ESTADO BRASILEIRO .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 A Política de Saúde Mental e o SUS no contexto de contrarreforma do Estado .....</b>	<b>38</b>
<b>3 A CONFIGURAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO RECÔNCAVO DA BAHIA .....</b>	<b>52</b>
<b>3.1 A Política de Saúde Mental na Bahia e a constituição dos CAPS .....</b>	<b>52</b>
<b>3.2 O Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) .....</b>	<b>58</b>
<b>4 A SAÚDE MENTAL COMO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL .....</b>	<b>65</b>
<b>4.1 Os impactos da contrarreforma na saúde mental no trabalho do/a assistente social .....</b>	<b>65</b>
<b>4.2 Aspectos do cotidiano do trabalho do assistente social no CAPS.....</b>	<b>67</b>
<b>4.3 Os desafios do trabalho do/a assistente social na Política de Saúde Mental .....</b>	<b>85</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE I – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-(TCLE) .....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>108</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo propõe uma análise do trabalho do assistente social e das implicações das contrarreformas nas políticas de saúde e saúde mental a partir de uma pesquisa realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) das cidades denominadas M1 e M2, ambas localizadas no Recôncavo da Bahia.

Esta investigação discute o retrocesso na política de saúde mental, os desmontes e a precarização dos serviços a partir da contrarreforma do Estado, analisando, ainda, seus rebatimentos no trabalho do assistente social pós-golpe de 2016. Nessa ocasião, ao se instituir o Novo Regime Fiscal (NRF)<sup>1</sup>, promoveu-se o desfinanciamento das políticas públicas e, conseqüentemente, houve a falta de investimento na política de saúde mental, produzindo retrocessos na efetivação dos direitos dos usuários dessa política (RIBEIRO; SALVADOR, 2021, p. 78)

Além disso, torna-se imprescindível, neste estudo, refletir sobre o atual contexto neoliberal e ultraconservador da política social do Estado brasileiro. Este trabalho, portanto, contribui para o processo de lutas coletivas, de resistência e de enfrentamento ao desmonte das políticas sociais em vigência, sobretudo, a política de saúde mental.

Pessoalmente, o interesse pelo estudo no campo da saúde mental se ampliou a partir do desejo de aprofundar as pesquisas iniciadas durante o período de realização do estágio curricular do curso de bacharelado em Serviço Social pela Universidade Potiguar (UnP-RN), em 2012. Tal inquietação permaneceu durante o exercício profissional no mesmo espaço sócio-ocupacional em que o referido estágio foi realizado, isto é, no Hospital Psiquiátrico Professor Severino Lopes, conhecido como “Casa de Saúde Natal”, um dos hospitais de referência em saúde mental, localizado na cidade de Natal, estado do Rio Grande do Norte.

Enquanto profissional, trabalhar nesse campo foi um dos grandes desafios enfrentados tanto no que se refere à apreensão do conhecimento teórico produzido

---

<sup>1</sup> O Novo Regime Fiscal (NRF), instituído pela EC 95, é um elemento-chave da política de austeridade. Com a ascensão ao poder do Presidente Temer, ocorreu um recrudescimento da ofensiva do capital e da ortodoxia neoliberal, com um brutal corte de direitos sociais, sobretudo, no campo do financiamento das políticas públicas. O NRF inviabiliza a vinculação dos recursos para as 75 políticas sociais nos moldes desenhados na CF de 1988, ao congelar as chamadas despesas primárias do governo (exceto as despesas financeiras com o pagamento de juros da dívida) por vinte anos, limitando-se à correção pela inflação, que, na prática, tem como corolário o desfinanciamento dos gastos sociais (RIBEIRO; SALVADOR, 2021, p. 78).

pela profissão, além dos instrumentais técnicos e operacionais nessa área, quanto à compreensão intelectual da discussão acerca do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e o atual modelo de atenção em saúde mental. Esta busca romper com velhos paradigmas em relação ao conceito de loucura e ao tipo de tratamento dispensado às pessoas com sofrimento psíquico em um passado recente, baseado em práticas desumanas, na medida em que esses sujeitos eram vistos como ameaças para uma sociedade dita “normal”.

É relevante ressaltar que o trabalho do assistente social na saúde mental deve ter como uma das preocupações principais a busca criativa e incessante de conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados ao princípio da Reforma Sanitária e ao Projeto Ético-Político da Profissão. Nesse sentido, o trabalho profissional do Serviço Social deve estar pautado nesses dois projetos. Tal compreensão instigou a buscar conhecer e analisar o trabalho do assistente social nesse campo, junto a usuários dos CAPS, em um contexto de contrarreforma do Estado.

Assim, esta pesquisa objetiva realizar uma análise acerca do trabalho do assistente social e da política de saúde mental frente ao retrocesso que o Estado brasileiro vivenciou sob a égide de um governo ultraneoliberal, comandado pelo anterior presidente da república Jair Bolsonaro. Constitui-se como objetivo geral analisar os impactos da contrarreforma na Política de Saúde Mental no contexto do trabalho dos assistentes sociais nos CAPS das cidades do Recôncavo: M1 e M2, ambas localizadas no Território de Identidade<sup>2</sup> do Recôncavo da Bahia. Como objetivos específicos, procurou-se refletir sobre as reconfigurações dos CAPS no território do Recôncavo da Bahia em um cenário de contrarreforma do Estado, identificar as demandas postas no cotidiano profissional do assistente social no contexto pós-golpe de 2016 da política de saúde mental e analisar os desafios e rebatimentos vivenciados no cotidiano profissional do Serviço Social e suas formas de enfrentamento.

---

<sup>2</sup> “O Território de Identidade é a unidade de planejamento de políticas públicas, constituído por agrupamentos identitários municipais, geralmente contíguos, formados de acordo com critérios sociais, culturais, econômicos e geográficos. É reconhecido pela sua população como o espaço historicamente construído ao qual pertencem, com uma identidade que amplia as possibilidades de coesão social e territorial, conforme disposto no Plano Plurianual do Estado da Bahia”. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/>.

Compreende-se que a contribuição desta pesquisa é significativa e relevante para o debate profissional e do campo da saúde mental. Nessa perspectiva, faz-se essencial refletir acerca do processo de retrocesso e de desmontes das políticas públicas, em especial a política de saúde mental, pois é possível perceber, no contexto de contrarreforma do Estado, as dificuldades, a precarização dos serviços oferecidos e a forma com que esse cenário reflete no cotidiano dos usuários dessa política, especialmente no que diz respeito à garantia de direitos, conforme está preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para melhor entendimento dessa temática, faz-se necessário compreender que, antes da Reforma Psiquiátrica brasileira, a assistência prestada às pessoas com sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais tinha como referência o modelo asilar e manicomial, concepção hegemônica no âmbito da psiquiatria, com características indisciplinadas e desumanizadas, privilegiando o uso de medicamentos, sem a participação efetiva dos familiares e total violação aos direitos humanos. Ao analisar, historicamente, a política de saúde mental em tempos de contrarreforma do Estado brasileiro, é relevante mencionar que se trata de um desafio romper com práticas desumanas e contrárias ao modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica, existentes ainda nos Hospitais Psiquiátricos, tanto pelo Serviço Social quanto pelas demais profissões, que estão vivenciando, na atual conjuntura, um desmonte da Política de Saúde Mental.

Nesse contexto, a área de saúde mental é, no campo da saúde, um desafio para todos os profissionais que defendem a não violação dos direitos humanos. Uma política de saúde humanizada, diante dos novos dispositivos de atenção à saúde mental que vêm sendo instituídos, exige desses profissionais, além de domínio das dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas, uma postura crítica e propositiva, que possibilite, para além da construção de saberes e práticas da saúde mental, a garantia da autonomia da pessoa em sofrimento psíquico, de modo que ela se reconheça como sujeito capaz de realizar mudanças em sua vida, provocando, assim, formas de produção de subjetividades.

O direito à saúde está preconizado na Constituição Federal de 1988, cabendo ao Estado dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Sua execução deve ser feita diretamente ou através de terceiros, bem como por meio de pessoa física ou jurídica de direito privado, integrando a rede regionalizada e hierarquizada que constitui o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988,

p. 131). Assim, esta proposta de pesquisa aspira compreender a Política de Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde e os novos modelos de cuidado e assistência à saúde das pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais, conhecendo suas características e suas contradições do ponto de vista da atual conjuntura brasileira.

Este estudo intencionou, também, contribuir com o debate contemporâneo sobre os desafios das políticas sociais, focando, sobretudo, no retrocesso e nas implicações no trabalho do assistente social no contexto da política de saúde mental dos CAPS estudados. Dessa forma, procurou-se analisar o trabalho do assistente social no contexto social, político e econômico da atual conjuntura brasileira, com foco nos desmontes das políticas sociais e, em especial, da Política de Saúde Mental nos CAPS do M1 e M2 do Recôncavo da Bahia. Pretendeu-se, ainda, contribuir para evidenciar a importância da defesa da luta antimanicomial, fortalecendo os movimentos de resistência em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços e do protagonismo dos trabalhadores/as e usuários/as dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de cuidado. Buscaram-se, diante disso, a solidificação e a permanência da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, preconizada pela Reforma Psiquiátrica.

É importante ressaltar que a lei supracitada objetiva a construção dos modelos substitutivos dos cuidados com a saúde mental, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas que sofrem com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Sabe-se que os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto a raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e grau de gravidade quanto ao tempo de evolução de seu transtorno.

O parágrafo único do artigo 2º da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, traz como direitos da pessoa acometida por transtorno mental os seguintes itens:

- I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

- IV - Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis
- IX - Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, s/p).

De acordo com o texto legal, entende-se que o usuário que necessita de atendimento nos serviços de saúde mental deve receber um tratamento de forma humanizada e igualitária, alcançando, assim, melhores resultados na sua condução no tocante ao tratamento de saúde e à sua inserção social.

Em relação à abordagem da pesquisa, utilizou-se a qualitativa, tendo como procedimento metodológico a realização de entrevistas com os profissionais do Serviço Social, o que possibilitou captar como desenvolvem seu trabalho no cotidiano e de que forma enfrentam as dificuldades interpostas pela conjuntura política de fragilização e desmonte das políticas públicas. Sobre a abordagem qualitativa, pode-se afirmar que ela traz como proposição a aproximação do objeto e do sujeito, tendo em vista que essa relação não poderá ser indissociável do objetivo e da subjetividade. A esse respeito, Minayo (2017, p. 16) explicita:

[...] entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas [...] inclui as concepções teóricas de abordagens, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o supra divino do potencial criativo do investigador.

É oportuno frisar que a abordagem qualitativa permite um estudo mais profundo das relações e dos processos, que não podem ser resumidos a um número, visto que se trabalha com um universo de conceitos, significados, valores e atitudes presentes na realidade concreta. Nesse sentido, corrobora-se o entendimento de Minayo (2001, p. 22), ao colocar que a realidade “trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Partindo da escolha do método materialista histórico-dialético, de acordo com Minayo (2001, p. 25),

A Dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo; e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos. Desta forma, considera que o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. Compreende uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e a base material. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou “objetos sociais” apresentam.

É indispensável partir da premissa de que não há indissociabilidade entre teoria e método, pois, conforme Yamamoto (1994), a teoria indica como o sujeito deve abordar o objeto que pretende estudar e quais operações cognitivas ou práticas deve utilizar para conhecê-lo. Em outras palavras, a teoria é o concreto pensado, uma vez que as categorias teóricas têm raízes no real.

Marx (1983, p. 16) afirma que “a investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores”, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão íntima que há entre elas. Para esse autor, o método da pesquisa deve captar detalhadamente a matéria, analisar as suas várias formas de evolução e rastrear sua conexão íntima. Caso isso seja realizado e seja espelhada idealmente a vida da matéria, talvez, possa parecer que se esteja tratando de uma construção *a priori*.

Compreende-se que a realidade é mais rica do que qualquer teoria e que é dinâmica. Portanto, concebe-se que o método dialético é aquele que mais se aproxima da realidade no contexto histórico pesquisado, pois nele a verdade não é absoluta, uma vez que os sujeitos vão se modificando historicamente, considerando o contexto social, econômico, político e cultural.

Para Marconi e Lakatos (2017, p. 78), a pesquisa exploratória tem como finalidade “[...] aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa [...]”. Isso significa que esta pesquisa não tem por pretensão esgotar o debate sobre o objeto, mas possibilitar a sua ampliação e abrir caminhos para novos estudos.

Quanto à natureza das fontes para realizar a abordagem e o tratamento do objeto, realizou-se, inicialmente, uma pesquisa bibliográfica pertinente à temática estudada, através da consulta a livros, revistas, artigos, materiais digitalizados etc. Conforme Marconi e Lakatos (2017), a pesquisa bibliográfica traz a oportunidade de

visitar e fazer levantamentos em pesquisas anteriores através de documentos impressos, livros, artigos em revistas científicas e teses, possibilitando que o pesquisador tenha contato com materiais já escritos e categorias teóricas propostas anteriormente por outros pesquisadores e teóricos, dentre outros acervos pertinentes à pesquisa.

O estudo também utilizou a pesquisa documental como instrumental metodológico. Nesse sentido, teve, ainda, como fontes resoluções, portarias, mapas, dados estatísticos, dentre outros marcos legais e documentais. Esse tipo de pesquisa tomou como base a legislação que discute sobre a temática, incluindo Resoluções, Portarias e Mapas. Como exemplo, citam-se a Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; a Portaria de n. 1.028/2005, do Ministério da Saúde; a Constituição Federal brasileira de 1988; dentre outros marcos legais.

A característica principal da pesquisa documental, segundo Marconi e Lakatos (2017, p. 52), “é a fonte de coleta de dados que está restrita a documentos, escritos, orais ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias”. Vale ratificar que a pesquisa documental é de inteira integridade, tendo em vista a concretude dos fatos nos documentos narrados em uma determinada conjuntura, o que leva ao pesquisador não somente a possibilidade de analisar dados do passado, mas também dados do contexto social presente.

Com uso de autores que abordam o tema, definem-se as principais categorias de análise, que são: Reforma Psiquiátrica; saúde mental (DUARTE, 2013; ROSA, 2011; COSTA, 2007; YASUÍ, 2010); Estado e suas contrarreformas (MARX, 1978, 2011; MANDEL, 1980, 1982; NETTO, 1992, 2008; BEHRING, 2008; MOTA, 2011; BOSCHETTI, 2016); estigma, a partir da perspectiva de Goffman (1988); e loucura (AMARANTE, 1995, 1996, 2007; FOUCAULT, 1972, 1987).

Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos participantes da pesquisa, procurando analisar o maior nível de informação possível, diante da consideração da ordem própria da linguagem dos referidos sujeitos, como também do sujeito em si e da sua situação. Utilizaram-se, ainda, como estratégia metodológica, a elaboração do diário de campo do pesquisador e a observação sistemática, registrando as percepções, as

informações e as reflexões relevantes para o objeto de estudo e que serviram como fontes de consulta e acompanhamento.

Para realizar a análise do material recolhido na pesquisa, recorre-se à análise de conteúdo, que, com profundidade, permite refletir sobre a percepção dos sujeitos participantes desta pesquisa. De acordo com Bardin (2011, p. 52), “a análise de conteúdo tem como objetivo a manipulação de mensagens, tanto de conteúdo como de expressão de conteúdo, para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem”. Desse modo,

[...] é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p. 48).

Destarte, essa técnica, para Bardin (2011), constitui-se em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; e 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação. Sendo assim, a análise de conteúdo permite, de forma sistemática, compreender amplamente as percepções e as qualificações dos sujeitos participantes da pesquisa com relação a determinado acontecimento.

É pertinente informar que, por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, houve submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFRB, sendo aprovada sob o Parecer de número 5.804.480, em 09 de dezembro de 2022. Considerando o cenário da pandemia do novo coronavírus (SARS-Cov-2), que se alastrou em escala mundial e nacional, e acompanhando as recomendações do Ministério da Saúde, as entrevistas foram realizadas de forma presencial, obedecendo a todos os protocolos sanitários e as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O roteiro de entrevista foi composto por 30 (trinta questões), classificadas em abertas e fechadas. As entrevistadas foram contatadas pela pesquisadora através de ligações telefônicas e, na ocasião, foi solicitada autorização para gravação, bem como oferecida a possibilidade de recusa e/ou desistência em qualquer etapa do estudo. Ressalta-se que alguns quesitos das entrevistas não foram destacados nesta dissertação, em respeito aos pedidos das entrevistadas. Cabe salientar que nas entrevistas realizadas nesta pesquisa foram garantidos o respeito às falas, a ética e o sigilo profissional, bem como a preservação da identidade dos entrevistados.

Mediante aceite de participação, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de autorização de uso de depoimento para aceite dos entrevistados, que ficaram registrados e salvos.

A estrutura desta dissertação está composta por quatro capítulos, além da introdução e das considerações finais. Após a introdução, o segundo capítulo discorre sobre a política de saúde mental e a Reforma Psiquiátrica em tempos de contrarreformas do Estado brasileiro. O terceiro capítulo traz uma contextualização dos Centros de Atenção Psicossocial dos municípios estudados, ambos na região do Recôncavo da Bahia, fazendo reflexões acerca das suas particularidades sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica e refletindo sobre as suas (re)configurações.

No quarto capítulo, aborda-se a política de saúde mental pós-golpe de 2016, à luz das legislações vigentes. Apresentam-se os elementos coletados na pesquisa, refletindo sobre as implicações do (des)financiamento do SUS, discorrendo acerca do trabalho do assistente social nos CAPS, bem como dos impactos e desafios dos dispositivos legais para a política de saúde mental no Brasil, entre a precarização de serviços e a destituição de direitos. Por fim, nas considerações finais, não há a pretensão de esgotar o tema, mas de proporcionar novas perspectivas e saberes sobre a questão da saúde mental na contrarreforma do Estado brasileiro.

## 2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA EM TEMPOS DE CONTRARREFORMAS DO ESTADO BRASILEIRO

Este capítulo busca apresentar o debate sobre a Política de Saúde Mental e o SUS no contexto de contrarreforma do Estado. Para tanto, realiza um resgate histórico da “loucura”; do processo de instituição da “doença mental”; da ruptura com o velho modelo de tratamento realizado exclusivamente em hospitais com privação de liberdade, os manicômios, sem a participação da família e da sociedade nas terapias, caracterizadas como intervenções conservadoras; do processo de luta contra o modelo asilar; e da implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

### 2.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Ao tratar da trajetória da Política de Saúde Mental no Brasil, faz-se necessário abordar historicamente como se materializou o processo de sua construção, relacionando-a com a concepção de “loucura” instituída historicamente e as contradições dessa política na sociedade capitalista. Ao longo da história, a “loucura” e a figura da pessoa louca foram associadas a uma condição não humana, que despertava medo na sociedade, por serem consideradas de risco para os ditos “normais”. Sendo assim, as pessoas estigmatizadas como doentes mentais representavam periculosidade social.

Nesse contexto, existiram diferentes formas de idealizar e materializar o tratamento para a “loucura”, na maioria das vezes, violentas e excludentes (infecção por malária, terapia por choque insulínico, trepanação, lobotomia, mesmerismo)<sup>3</sup>. Os

---

<sup>3</sup> “A malária é uma doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários do gênero *Plasmodium* transmitidos pela picada da fêmea infectada do mosquito do gênero *Anopheles*, também conhecido como mosquito-prego” (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>).

“Lobotomia, ou também leucotomia, é uma intervenção cirúrgica no cérebro em que são seccionadas as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas. Foi utilizada no passado em casos graves de esquizofrenia” (Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Lobotomia>).

“A terapia por choque insulínico foi descoberta pelo neuropsiquiatra polonês Manfred Sakel e comunicada, oficialmente, em 1933. A introdução da insulino-terapia na psiquiatria se deu quando Sakel, ao causar convulsões com uma dose excessiva de insulina, descobriu acidentalmente que esse tratamento era eficaz para pacientes com psicoses, como a esquizofrenia” (Disponível em: <https://cerebromente.org.br/n04/historia/shock.htm>).

“A trepanação do crânio é um tipo de cirurgia na qual são feitos furos no crânio, usando-se um trépano para descobrir a dura-máter, a fim de tratar estenose ou hipertensão intracraniana” (Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Trepana>).

indivíduos eram internados e permaneciam reclusos por longos períodos em espaços precários e desumanos, denominados de manicômios, onde eram adotados, inclusive, tratamentos não apenas para doentes mentais, mas direcionados também para controlar comportamentos indesejáveis daquelas pessoas que transgrediam as normas, a exemplo de “crianças agitadas” e “adolescentes rebeldes”.

Na idade clássica, conforme ressalta Silveira (2005), a “loucura” era vista e compreendida como privilégio. Nessa época, o que o louco falava era tido como de grande relevância, pertinência e encarado como uma intervenção dos deuses, tendo força de interferir na vida humana. Nesse sentido, a “loucura” era considerada algo divino e incontestável à luz do homem. Entretanto,

Desde o início da Idade Média o louco é aquele cuja voz foi anulada, abafada, nem valorizada, nem importante. A eles eram interditados o testemunho na justiça, a responsabilidade de um ato ou de um contrato, e até mesmo a comunhão da santa missa. Nele se identificava poderes estranhos, como o de revelar uma verdade escondida, poderes premonitórios, ou, em sua ingenuidade perceber coisas que a sabedoria dos outros não conseguia perceber. Durante séculos, mesmo na Europa desenvolvida, o louco ou era simplesmente rejeitado ou em suas palavras se decifrava uma razão mais razoável que a das pessoas razoáveis (SILVÉRIO; NILSON, 2007, p. 78).

Nesse contexto histórico, corrobora-se o entendimento de Amarante (1996), quando evidencia que é possível entender que a “loucura” inicialmente foi explicada por meio de uma base teológica, na qual os povos antigos tratavam os doentes ora como possuídos por deuses ou por demônios, ora como uma verdade humana, ora excluindo da categoria do humano, o que leva a entender que não existiam recursos suficientes para que a doença fosse reconhecida efetivamente. Foucault (2010), ao analisar o tratamento dispensado à loucura pela sociedade burguesa, afirma que foi a partir de Phillipe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime de internamento.

A loucura, portanto, na Idade Clássica, era vista como a desrazão e muitas vezes não tinha outro destino para esses sujeitos senão o confinamento acompanhado de torturas no interior dos hospitais. Conforme Amarante (1995), nesse tempo histórico, não havia um tratamento com medicalização para os doentes

---

Mesmerismo: técnica terapêutica criada pelo médico vienense Franz Anton Mesmer (1734-1815), que consiste em utilizar o “magnetismo animal” como fonte de cura. Assemelha-se, como técnica, ao hipnotismo (Disponível em: <https://www.uninter.com/noticias/mesmerismo-a-ciencia-que-trata-do-nosso-magnetismo-animal>).

enclausurados. Os loucos tinham, então, uma existência facilmente errante. “As cidades os escorraçavam de seus muros; deixava-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos” (FOUCAULT, 2010, p.). Esse costume era frequente, particularmente na Alemanha, em Nuremberg, durante a primeira metade do século XV.

A loucura desrazão está ou não colocada fora da razão, o certo é que a loucura é percebida como socialmente perigosa despossuída de coerência permeada pelo erro. E, de fato pelo que se constata da grande internação, a solução para a loucura é a reclusão (AMARANTE, 1996, p. 61).

De acordo com Amarante (1996), são apresentadas cinco principais razões por Esquirol para justificar o isolamento do paciente com transtornos mentais. Elas são: “garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais” (AMARANTE, 1996, p. 48).

Segundo Brito e Catrib (2004), a loucura cotidiana poderia ser caracterizada de acordo com a visão de mundo e o comportamento de cada um dentro de uma sociedade. Popularmente, em músicas, poesia e no senso comum, louco é aquele que tem atitudes consideradas fora do padrão da sociedade, seja porque perdeu a razão, seja porque adota um comportamento diferente do que é de costume. Desse modo, “a doença não é a condição única, nem a condição objetiva do ser humano que está doente, ao mesmo tempo em que o aspecto que se encontra o doente é produzido pela sociedade que o rejeita e pela psiquiatria que o gere” (AMARANTE, 1996, p. 75).

Nessa direção, a partir da metade do século XVII, “a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos e ao gesto que designava essa terra como o seu lugar natural” (FOUCAULT, 2010, p. 47). Portanto, foram criadas as casas de internamento, às quais dava-se o nome de manicômio, asilo ou hospício. Segundo Amarante (1996), o manicômio é exatamente o espaço que a sociedade reserva para os loucos, embora não signifique que ele produza a doença, mas que essa sociedade não deseja, ou não sabe, conviver com ela.

[...] O asilamento compulsório só faz reproduzir a alienação, contribuindo assim para a iatronização do portador de sofrimento mental. Na Itália, chamou de “instituições” da violência as várias instituições que produzem o sofrimento à pessoa: família, escola, fábrica, universidade, hospital: instituições que repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho

(servo e senhor, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, organizador e organizado) (BASAGLIA, 2005, p. 87).

Conforme Vasconcelos (2007), a loucura, o trato com as pessoas “diferentes” e os locais onde elas eram tratadas sempre existiram, porém, como especialidade médica, a psiquiatria é bem recente. Convém ressaltar que, desde o século XVIII, se estabeleceram a “instituição psiquiátrica” e uma nova forma de vivenciar a condição humana “diferente”. Nessa época, aquele que não se adaptava aos padrões estabelecidos deveria ser excluído do convívio dos “normais” e, portanto, da sociedade.

É importante frisar que, no Brasil, o conceito de loucura foi também uma construção histórica, pois não havia um conceito de doença mental. A assistência aos doentes era precária e não era digna. Esta apenas passou a ter uma intervenção especial por parte do Estado com a chegada da Família Real, no início do século XIX. Foi quando esta percebeu a necessidade de reordenar a cidade, recolhendo os doentes que perambulavam nas ruas. De acordo com Rosa (2008, p. 86),

[...] a assistência psiquiátrica do país surge como resposta à loucura e ao louco, alçado a problema social, no bojo das ameaças à ordem pública e à paz social, desencadeadas pelo crescimento dos números de pessoas livres e coisas que circulavam pelas cidades mais importantes do império e principalmente na sede da corte.

Mediante os relatos históricos, até o ano de 1830, não havia, no Brasil, tratamento para os doentes mentais. As pessoas ricas com sofrimento mental eram mantidas isoladas em suas casas, enquanto as pessoas pobres perambulavam pelas ruas ou viviam enclausuradas nos porões das Santas Casas de Misericórdia, como aponta Rosa (2003). Consideradas as primeiras instituições de saúde do país, essas entidades religiosas mantinham a hegemonia do tratamento da saúde no Brasil Colônia desde 1543.

No Brasil, as Santas Casas de Misericórdia surgiram no período colonial, tendo uma função mais assistencial do que terapêutica. Tal mudança acompanha, também, a percepção sobre a alienação mental, que, ao ser apropriada pelo discurso médico, é percebida como doença mental. Ainda nesse período, quando se adotou o modelo asilar, surgiram outras formas de tratamento que foram pensadas por Pinel e Esquirol, tendo também na existência da instituição manicomial o método de tratamento, embora com propostas diferenciadas. Essas ideias contagiaram a recém-criada

Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que se mobilizou em torno do lema “Aos loucos, o hospício”.

A criação do Hospício representou muito mais do que uma simples homenagem piedosa e desinteressada ao novo Imperador, pois era parte da disputa de poder entre a Junta de Higiene Pública e a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. A Junta de Higiene Pública, criada em 1850, tinha como objetivo a prevenção de focos de doenças, e pretendia para isso interditar cortiços e moradias alugadas aos operários pelos benfeitores da Santa Casa. A estratégia da Santa Casa, ao contrário, era simplesmente de reformar o seu antigo hospital e afastar dos centros urbanos as fontes de miasmas, como o cemitério e as enfermarias de doenças contagiosas, e de caos, como o hospício de alienados. Uma demonstração do poder da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, cujo provedor era membro do Conselho de Estado do Império, foi a enorme quantidade de recursos disponibilizados pelo Governo Imperial para a construção do Hospício, oriundos em sua maioria de loterias (FIOCRUZ, 2013, p. 76).

Partindo dessa concepção, foi inaugurado no Rio de Janeiro, no ano de 1852, através do Decreto de n. 82, de 18 de junho de 1941, que se tornou marco institucional na assistência psiquiátrica brasileira, o Hospício de Dom Pedro II, lugar que fora destinado ao tratamento das pessoas consideradas loucas, excluídas e marginalizadas da sociedade, como forma de proteger os ditos “normais” (ROSA, 2003). A literatura que retrata esse contexto histórico revela ainda que, até então, os pacientes considerados calmos ficavam perambulando pelas ruas, mas se fossem avaliados como agressivos eram presos e acorrentados em cadeias.

Durante todo o período da Antiguidade e da Idade Média o louco gozou de certo grau de extraterritorialidade e a loucura era no essencial experimentada em estado livre [...], circulava [...] Fazia parte do cenário e linguagem comuns [...] A doença mental era uma questão largamente privada, basicamente determinada pelos costumes, o poder público só intervindo em assuntos de direito (validação ou anulação de casamentos em que um dos cônjuges enlouquecia se curava proteção da propriedade de insanos perdulários). [...] As famílias de posses mantinham seus loucos em casa frequentemente sob a guarda de um assistente especialmente contratado, os auxiliares psiquiátricos de então. Aos pobres era permitido vagar pelos campos ou pelos mercados das cidades, sua sobrevivência assegurada pela caridade pública ou pequenos trabalhadores realizados para particulares [...] (SILVÉRIO; NILSON, 2007, p. 20-21).

A loucura, que foi considerada durante muito tempo manifesta e loquaz (FOUCAULT, 2010), posteriormente é varrida da cena social. Nesse momento, “são confinados nos porões das Santas Casas e hospitais gerais os doentes mentais [...]” (SILVÉRIO; NILSON, 2007, p. 24).

O final do século XVIII foi marcado por ideias Iluministas, pelos princípios da Revolução Francesa e pelas Declarações dos Direitos do Homem na França e nos Estados Unidos, quando também se viu crescer o movimento de denúncias contra as internações arbitrárias dos doentes mentais, seus confinamentos em “promiscuidade” com toda espécie de marginalizados sociais e as torturas, disfarçadas ou não de tratamentos médicos, dos quais os doentes mentais eram vítimas. Nesse período, já se iniciou um movimento de reforma, “através do qual os loucos seriam separados dos seus colegas de infortúnio e passariam a receber cuidados psiquiátrico e sistemático” (SILVÉRIO; NILSON, 2007, p. 25).

Philippe Pinel, considerado um dos pioneiros no método de tratamento do doente mental, em 1792, ao se tornar médico chefe do asilo para homens, Bicêtre, em Paris, realizou sua primeira grande reforma, tirando as correntes dos pacientes. Nessa direção, Pinel teve a responsabilidade de dar *status* de doença à loucura, pois trouxe a função de libertar não somente os loucos do asilo, mas também todos aqueles que eram isolados da sociedade, como os mendigos, os homossexuais e as prostitutas.

Com os seus estudos, Pinel passou a compreender a loucura como doença, a qual deveria ser tratada no hospital. Essa atitude foi considerada, na época, uma verdadeira revolução para o tratamento da doença mental. Desde então, ele passou a ser o grande responsável pelo tratamento medicamentoso, tanto para a loucura quanto para a libertação dos loucos do asilo. No entanto, seu método de tratamento ainda considerava que o modo mais eficaz para tratar a pessoa louca seria “isolar para tratar”, o que continuava sendo uma ideia de exclusão do louco da sociedade, mas com a proposta de consistência no tratamento.

Cabe destacar que um dos marcos históricos de Pinel foi a criação dos manicômios, que consistiam em lugares de isolamento para os loucos. Eles se diferenciavam dos asilos, na medida em que nestes os sujeitos recebiam tratamentos desumanos, como a lobotomia e a eletroconvulsoterapia. Pinel propunha o tratamento moral, pois a loucura passou a ser compreendida como alienação ou contradição da razão. Para Pinel, considerado o pai da psiquiatria, a doença mental era resultado da exposição excessiva a estresses sociais e psicológicos e, em certa medida, a doenças hereditárias (SILVÉRIO; NILSON, 2007). Portanto, a alienação mental não era apenas um problema de origem orgânica, mas também de desequilíbrio frente a processos culturais e sociais.

Nesse sentido, a construção da história da loucura mostra abertamente uma visão trágica e rígida de tratamento dos sujeitos, esquecendo a integridade do ser humano. Na perspectiva crítica, é necessário mencionar, conforme Amarante (1995, p. 22), que existiram dois períodos que foram redimensionados no campo teórico assistencial da psiquiatria:

O primeiro é marcado por um processo de crítica à estrutura asilar, responsável pelos altos índices de cronificação. A questão central deste período encontra-se referida, ainda, à crença de que o manicômio é uma instituição de cura e que se torna urgente restaurar este caráter positivo da instituição através de uma reforma interna de organização psiquiátrica. [...] o segundo período é marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental [...].

Assim, no século XX, a prática psiquiátrica incide sobre aqueles que apresentam desvios mentais, atuais ou potenciais, loucos ou virtualmente loucos, e penetra em instituições como a família, a escola e as forças armadas, com o objetivo terapêutico e preventivo de lutar contra a criminalidade e a baixa produtividade, combatendo a doença mental propriamente dita e a anormalidade (PORTOCARRERO, 2002). Ainda segundo Amarante (2007, p. 50), “foi ainda no âmbito da Psiquiatria Preventiva que surgiu o conceito de desinstitucionalização e tornou-se uma das principais diretrizes das políticas de saúde mental nos EUA”.

Desse modo, a proposta de desinstitucionalização corrobora para uma realidade que, em sua expressão, traz novas construções e possibilidades de um projeto de vida, com outras perspectivas para os doentes que não apenas o “prognóstico da doença mental”. Também se constitui em uma oportunidade de reduzir a hospitalização da pessoa com transtorno mental em hospital psiquiátrico, bem como de diminuir o tempo de permanência nessas instituições, promovendo a alta hospitalar desses pacientes em maior escala. Assim, à medida que essas práticas de desinstitucionalização se efetivavam, eram criados centros de saúde mental em substituição aos hospitais psiquiátricos, cada vez mais em desuso.

Nesse contexto, como assevera Amarante (2007), a saúde mental se mostra como um dos campos do conhecimento com atuações mais complexas, plurais e intersetoriais. No futuro, com a Reforma Psiquiátrica, a loucura passou a ser tratada de forma transversal e interdisciplinar, pois o tratamento para os doentes não era mais percebido apenas sob a ótica de um único profissional, o psiquiatra, e reduzido a um conhecimento específico, mas começou a ser compreendido como um processo que

envolve outros saberes e aspectos culturais, sociais, econômicos, religiosos etc. Para Amarante (2007, p. 16),

Saúde Mental não é apenas psicopatologia, semiologia [...] Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo de tratamentos das doenças mentais [...] Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da Saúde Mental estão, além da psiquiatria, a neurologia, e as neurociências, a psicologia, a psicanálise (ou as psicanálises, pois são tantas!), a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a filologia, a sociologia, a história, a geografia (esta última nos forneceu, por exemplo, o conceito de território, de fundamental importância para as políticas públicas).

A percepção que o autor cita acima sobre saúde mental está de acordo com a concepção divulgada no Relatório da Organização Mundial de Saúde, destacando o quanto essa questão é relevante:

Sabemos hoje que a maioria das doenças mentais e físicas é influenciada por uma contribuição de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sabemos que os transtornos mentais têm sua base no cérebro. Sabemos que eles afetam pessoas de todas as idades, em todos os países, e que causam sofrimento às famílias e comunidades, tanto como aos indivíduos. E sabemos que, na maioria dos casos, podem ser diagnosticados e tratados de uma forma efetiva em relação ao custo. Como resultado do nosso entendimento, os portadores de transtornos mentais e comportamentais têm hoje uma nova esperança de levar vidas plenas e produtivas nas respectivas comunidades (OMS, 2001, p. 3).

O conceito de saúde mental baseado na perspectiva sócio-histórica considera que a saúde não é somente ausência de doença, mas também resultante de determinantes sociais, culturais, econômicos, políticos e biológicos. Tal concepção parte do pressuposto de que o entendimento acerca do sofrimento psíquico envolve saberes interdisciplinares e que o processo saúde-doença é constituído por uma totalidade de fatores permeados de mediações. Dessa forma, analisar o processo histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil concomitante com a Reforma Sanitária e a institucionalização do Sistema Único de Saúde é reconhecer a existência dos novos paradigmas para o cuidado com a saúde mental. Estes possibilitaram rupturas significativas com práticas conservadoras e relevantes mudanças sobre a concepção do conceito de loucura. Para além de denunciar os manicômios como instituições que violavam os direitos humanos dos usuários, os paradigmas que emergiram do movimento da Reforma Psiquiátrica trouxeram uma proposta revolucionária, objetivando a construção de uma rede de serviços com táticas territoriais,

comunitárias, inclusivas e solidárias, sobretudo, trazendo a liberdade e a dignidade para os usuários.

É importante, ainda, citar a experiência italiana, inspiração para a desinstitucionalização e base para a crítica aos manicômios. A partir disso, foi possível a ruptura com os antigos paradigmas da psiquiatria, que eram os asilos, dos quais se pode citar a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, instituição que na década de 1980 tinha mais de 2000 internos.

É possível afirmar que o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil caminhou de mãos dadas com o movimento da Reforma Sanitária. Os dois movimentos surgiram na década de 1970, sendo resultantes de vários movimentos sociais que emergiram no Brasil, cujas pautas giraram em torno de questões sociais, econômicas e políticas em prol de uma sociedade mais democrática, justa e equânime.

A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciadas em 1970, tiveram o objetivo de trazer à tona e discutir uma proposta para o modelo de saúde na época vigente, como também propuseram a universalização do acesso à saúde. Ressalta-se que tais movimentos somente foram possíveis devido a outros movimentos sociais, que, nessa mesma década, lutavam pela redemocratização do país. Nesse processo de lutas coletivas, os movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica foram impulsionados, buscando, assim, assegurar a conquista de direitos numa perspectiva universal.

Do ponto de vista legal e formal, as políticas de saúde tiveram grandes avanços nesse período. A Constituição Federal trouxe mudanças de paradigmas para a saúde, rompendo com práticas curativas, privadas e assistencialistas. Porém, com a implementação do neoliberalismo, desde o início dos anos 1990, esses avanços e conquistas foram se efetivando de forma precária, contrariando os marcos legais apregoados pela CF/1988, que constituiu um Sistema Único de Saúde complexo e que buscava garantir acesso universal, integral e gratuito à saúde para toda a sociedade.

Nesse bojo, a Reforma Psiquiátrica teve início no ano de 1978 e, segundo Amarante (2000), teve como referência dois acontecimentos: o primeiro se refere à “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde) e o segundo, ao início da luta antimanicomial, deflagrada a partir do Encontro Nacional dos trabalhadores em saúde mental na cidade de Bauru, em São Paulo, em dezembro

de 1987. Ressalta-se que é um processo que objetivava mudanças significativas no campo da saúde mental, sobretudo, por buscar trazer condições dignas e humanas para os usuários da saúde.

Tratava-se, portanto, de um movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil através dos Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que foram protagonistas nesse processo de fortalecimento dos espaços de redemocratização do país. Em um período no qual se enfrentava um conjunto de transformações, com a redemocratização e as intensas mobilizações coletivas da classe trabalhadora, dos profissionais de saúde e dos usuários, pleiteava-se um modelo de saúde universal. Nesse contexto, os profissionais da DINSAM fizeram graves denúncias sobre as condições desumanas às quais eram submetidos os pacientes dos hospitais psiquiátricos. Em um acirramento desse processo, os profissionais desse órgão entraram em greve, ocasionando, assim, a demissão de vários trabalhadores.

Diante disso, pode-se afirmar que a Reforma Psiquiátrica e o início da luta antimanicomial se instituíram a partir de inúmeras denúncias de violências nos manicômios, que foram reveladas pelo MTSM. Dentre elas, destacam-se: a ausência de recursos, a mercantilização da loucura, a negligência com os usuários e a hegemonia de uma rede privada de assistência de psiquiatria do social.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco importante para a Reforma Sanitária Brasileira, como também para o movimento da Reforma Psiquiátrica. Estas lutavam pelos mesmos ideais, a exemplo de uma mudança no arcabouço jurídico-institucional vigente na época, já que a reforma administrativa e financeira no setor era insuficiente, na medida em que o conceito de saúde tinha de ser ampliado.

Como fruto dessas lutas coletivas, posteriormente, ampliou-se esse conceito com o Sistema Único de Saúde, no qual a saúde passaria, por lei, a ser instituída como um direito de todos e dever do Estado, conforme preconizado na CF de 1988. Nesse contexto, a “loucura” e a forma de cuidados para com os considerados loucos no Brasil se tornou um tema público não somente a partir da manifestação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, mas também através da reverberação de experiências de reformas psiquiátricas na Europa e nos Estados Unidos.

Isso posto, ainda a respeito das relevantes contribuições da Reforma Sanitária para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, pode-se referenciar a defesa da saúde pública como política pública de qualidade, como um direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, permaneceu no Movimento de Reforma Sanitária uma série de instituições que traziam o tema de forma relevante e com domínio no âmbito acadêmico, quais sejam: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)<sup>4</sup>, de 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)<sup>5</sup>, de 1979.

Dessa forma, o Movimento tinha como principais objetivos divulgar nos meios de comunicação as denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos, tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração; as denúncias da indústria da loucura nos hospitais privados dos conveniados do então INAMPS; as denúncias e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro; as primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços (VASCONCELOS, 2010).

Portanto, é através das reivindicações de movimentos sociais que se inicia um forte protesto em razão dos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Nesse momento, o MTSM se apresentou como um movimento plural, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, das associações de familiares, dos sindicalistas, dos membros de associações de profissionais e das pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

Em face desse cenário, pode-se afirmar que o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil era um processo político e social em desenvolvimento que exigia

---

4 O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) é uma instituição sem fins lucrativos, de âmbito nacional, fundada em 24 de setembro de 1976 com a missão histórica de lutar pela democratização da sociedade e pela defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Disponível em: <https://cebes.org.br/>.

5 A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) foi criada em 1979 com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil. Sua forte participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986, estabeleceu sua postura intransigente de defesa da proposta ali consagrada do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada na Constituição de 1988. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/>.

um conjunto de transformações e mudanças de práticas e novas teorizações. Destarte,

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos, federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 7).

É a partir de todo esse movimento, portanto, que se denuncia o modelo hospitalocêntrico, o qual era pautado apenas no tratamento com o médico psiquiatra e centrado na internação e na assistência em hospitais gerais. Ainda, buscou-se nesse movimento uma nova compreensão das pessoas que sofrem com transtornos mentais e também mostrar as incivildades que motivaram os modelos da psiquiatria clássica a ter como única alternativa de tratamento o hospital psiquiátrico. Com base nessas críticas, o movimento sugeriu alguns objetivos:

- a- Criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível e/ou necessário;
- a- Regionalização das ações em saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência;
  - a) Controle de internação na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados via centralização das emissões de AIH nos serviços de não emergência do setor público;
  - b) Expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, composta basicamente por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;
  - c) Humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2010, p. 24-25).

Nesse processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica, o MTSM teve papel indispensável, visto que tinha por objetivo construir espaços de luta não institucionais, trazendo debates e encaminhamentos com propostas de transformação da assistência psiquiátrica, aglutinando informações, organizando encontros, reunindo trabalhadores em saúde, associações de classe, bem com entidades e setores mais amplos da sociedade. Para Amarante (1995, p. 52),

A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista, visto que a situação dos bolsistas é ilegal, aumento salarial, redução do número excessivos de consulta por turno de trabalho, críticas à cronificação e ao uso de eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços.

Conforme o referido autor, o MTSM tinha, em sua essência, não apenas reivindicações de cunho trabalhista, mas também a busca pela transformação na forma de tratamento para as pessoas que sofriam com transtornos mentais, pautada no modelo da psiquiatria clássica, enraizada no enclausuramento, na segregação humana e na tortura, violando, assim, seus direitos humanos.

Um outro importante evento que aconteceu no Brasil no ano de 1978 e que contribuiu para a Reforma Psiquiátrica foi o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado no Rio de Janeiro, cujo objetivo era possibilitar a vinda ao Brasil dos principais mentores da rede de Antipsiquiatria. Entre os nomes importantes, estão os de Franco Basaglia, Felix Guattari e Robert Castel.

Posteriormente, em janeiro de 1979, na cidade de São Paulo, ocorreu o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que trouxe como pauta a luta pela mudança do modelo de atenção à saúde mental, unida às lutas mais amplas e democráticas. Nem tudo era consenso, no entanto, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que estava ligada ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), mostrou-se resistente à Reforma Psiquiátrica no Brasil no período da ditadura militar (AMARANTE, 1995).

Em 1980, no Rio de Janeiro, aconteceu o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que tratou, naquela ocasião, das questões sociais relacionadas à doença mental, da política de saúde mental, dentre outras questões atreladas ao tema. Em Salvador, nesse mesmo ano, foi realizado o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que aconteceu paralelamente ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria (ABP). Este último surgiu como parte integrante do grupo dos conservadores, que haviam se aproximado por ocasião do Congresso de Abertura e logo se distanciaram. Observa-se o surgimento de discordâncias entre os grupos mais conservadores<sup>6</sup>, decorrentes da postura

---

<sup>6</sup> Para Amarante (1995, p. 56), os grupos mais conservadores são: “a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) e outras multinacionais do setor empresarial da Saúde com ingerência direta nas instâncias decisórias do poder público”.

considerada politizada, radical e crítica, que o MTSM vinha assumindo na sua trajetória.

Os congressos, as conferências e os movimentos em favor da Reforma Psiquiátrica foram de suma importância, porque trouxeram para a sociedade e, principalmente, para os usuários da política de saúde mental um encorajamento para que as lutas de todos os setores se unificassem. Nesse sentido, os direitos pleiteados favoreciam não somente aquelas pessoas que precisavam dos cuidados em saúde mental, mas também garantiam que os direitos dos trabalhadores em saúde mental fossem efetivados, tendo, assim, condições dignas de trabalho para cuidar de quem necessita de cuidados.

Destaca-se que, no ano de 1987, ocorreu, na cidade de Bauru, São Paulo, no mesmo ano em que se realizava a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, o II Congresso MTSM, cujo lema era “Por uma sociedade sem manicômios”. Foi nessa Conferência que emergiu a ideia do movimento da luta antimanicomial. Vale mencionar que esses eventos foram desdobramentos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação dos delegados, dos usuários e dos representantes eleitos nas pré-conferências estaduais. Nessa conferência, foram discutidos temas básicos, como: economia, sociedade e Estado; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental.

Nesse aspecto, a Reforma Psiquiátrica, articulada ao Movimento da Reforma Sanitária, apareceu como um movimento amplo, trazendo a perspectiva da desmercantilização da saúde. Portanto, foi também nesse movimento de Reforma Psiquiátrica que se ratificou o estabelecimento de uma saúde universal, com direitos sociais garantidos constitucionalmente. Colocou-se em pauta, ainda, o resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais que antes tiveram todos os seus direitos cerceados em relação àqueles sujeitos ditos “normais”. Questionaram-se, também, o saber psiquiátrico tradicional, a psicopatologia em particular e o próprio paradigma que informa o conhecimento médico e clínico como um sistema de teorias, normas e prestações tradicionalmente racionalistas, centrado no problema-solução e na doença-cura (VASCONCELOS, 1997).

Foi nesse contexto de lutas que surgiu o primeiro CAPS no Brasil, inaugurado em março de 1987, na cidade de São Paulo. Paralelamente, houve uma intervenção, no ano de 1989, da Secretaria de Saúde Municipal de Saúde de Santos (São Paulo) em um hospital Psiquiátrico, denominado Casa de Saúde Anchieta, alvo de denúncia

de maus-tratos e descasos com os pacientes com transtornos mentais. Nessa intervenção, apresentou-se de forma inequívoca a possibilidade de um modelo de cuidados substitutivos ao hospital psiquiátrico. A criação desse CAPS, portanto, é resultado da intensa mobilização dos movimentos sociais, iniciada pelos trabalhadores de saúde mental.

Ainda nesse período, em 1989, foram implantados os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), na cidade de Santos, inspirados na experiência de Trieste (Itália), com funcionamento de 24 horas, além da criação de “cooperativas, residências e associações” para os egressos do hospital. Desse modo, a criação desses serviços foi um marco de suma importância para o processo da Reforma Psiquiátrica, posto que foi possível vislumbrar as primeiras demonstrações de acesso e cuidado à saúde mental a partir de outras perspectivas mais humanizadas e críticas. No mesmo ano, foi lançado o projeto de Lei Paulo Delgado (Lei n. 10.216/2001), que trouxe como proposta regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos manicômios, além da substituição de um modelo segregador por um modelo descentralizado, propondo o fim da centralidade do modelo asilar.

Na década de 1980, período paradoxal de redemocratização do país, de conquistas no campo dos direitos, mas também de insatisfações com os rumos políticos, econômicos e sociais do país, a luta para a construção de um novo texto constitucional mobilizou grande parte da sociedade brasileira e um crescente movimento se instalou na luta por direitos sociais e cidadania, principalmente na área da previdência social e da saúde. Há, portanto, a busca de um alcance social da saúde na perspectiva de garantia de direito de cidadania e dever do Estado, exigindo-se, para tanto, a descentralização político-administrativa e a efetiva participação da população através do controle social, conquistando uma “Constituição Cidadã”.

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foram realizadas através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços de Saúde; a descentralização política e administração do processo da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, do SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor. Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na colisão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da

transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político (BRAVO, 2009, p. 98-99).

Portanto, a ruptura com o modelo manicomial no país é uma construção, sobretudo, política e social, conquistada após 12 anos de luta com a aprovação da Lei n. 10.216, em 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Pode-se afirmar que, desde a década de 1990, a Reforma Psiquiátrica no Brasil vem sendo entendida como um projeto de Política Pública, que sofre avanços e retrocessos, sendo constantemente disputada por um projeto neoliberal. Desse modo, concorda-se com Yasui (2010), quando declara que é nesse processo de contradições que a Reforma Psiquiátrica experimenta constantes mudanças. É necessário frisar que essa trajetória se inicia no final dos anos de 1970, toma força e se organiza nos anos de 1980, mas somente na década de 1990 se transforma de fato em uma política pública.

É relevante destacar que Baságliã (2005) teve um papel fundamental durante as discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, sobretudo na compreensão do processo de desinstitucionalização e de assistência humanizada no trato das pessoas com transtornos mentais. Para além do que já foi mencionando, ele propõe a ruptura com os velhos paradigmas e a adesão ao novo modelo de saúde mental, o que consiste em mudanças não somente nas instituições, mas também nas práticas de saúde.

A desinstitucionalização proposta por Baságliã e implantada paulatinamente no Brasil ultrapassava os muros dos hospitais, pois não se tratava apenas do saber técnico-científico, mas também necessitava de novos atores sociais, bem como do envolvimento, inclusive, dos internos nos hospitais psiquiátricos. A desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos surge com o objetivo de promover um tratamento digno e humanizado, trazendo novo redirecionamento nos cuidados na saúde mental. Logo, nasce junto a perspectiva de uma nova forma de promover cuidados às pessoas com sofrimento mental.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos

primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 03).

Salienta-se que, mesmo com o pequeno avanço das regulamentações das portarias, esses serviços não foram ampliados, visto que aconteciam de forma descontínua, com recursos fragmentados, não avançando, inclusive, na redução dos leitos psiquiátricos. Para Baságliá (2005), a ciência tinha como uma das funções discutir a forma de tratamento para poder legitimá-lo, sendo, portanto, uma luta de caráter político e social. Outra questão tratada por Baságliá era refletir sobre o papel do técnico, especialmente quando este reproduz o projeto da instituição e luta contra a concepção de ciência. Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica, cujo foco principal é a luta antimanicomial, é um nome genérico dado a uma luta de grande mobilização que já dura mais de três décadas e vem propondo a reformulação das políticas públicas de saúde mental, de modo a abandonar o modelo asilar, considerado invasivo e opressor. Esse modelo foi fundado com base na discriminação e na segregação de pessoas retiradas de seu campo de convivência, privadas de liberdade e impedidas do exercício de sua singularidade e cidadania. O intuito é substituí-lo por um conjunto de serviços abertos e comunitários que devem garantir à pessoa com transtorno mental o cuidado necessário para viver com segurança em liberdade, no convívio familiar e social, quando possível.

Este processo caracteriza-se assim, por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência à saúde centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. Caracteriza-se, assim, por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal (BRASIL, 2005, p. 4).

Observa-se que a saúde mental no Brasil passou por modificações relevantes em relação ao acesso e ao *status* de direito social, ao se produzir uma discussão sobre a assistência às pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, ratificando os progressos históricos que resultam do advento da Política de Saúde Mental, com a promulgação da Lei n. 10.216/2001, que regulamentou a Reforma Psiquiátrica. É a partir desse período que a política do Ministério da Saúde para a

saúde mental, acompanhando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

Na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas<sup>7</sup> e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais para regulamentar e implantar os serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, bem como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Porém, é somente no ano de 1992 que os movimentos sociais, inspirados nesse Projeto de Lei, conseguem fazer com que vários estados brasileiros sancionem leis para realizar a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma Rede Integrada de Atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2005).

Os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) se constituem em referência obrigatória para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio no Brasil. Representam avanço no modelo centrado nos hospitais psiquiátricos, ambulatorios e urgências psiquiátricas. Somente em 6 de abril de 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Embora a Lei Federal 10.216/2001 regule a Reforma Psiquiátrica, redirecione a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e disponha sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, não institui mecanismos claros para a progressiva extinção de manicômios (BRASIL, 2005).

Entretanto, a lei surge como uma perspectiva de refletir e de tratar a pessoa com transtorno mental, tendo como uma de suas prerrogativas o processo de desinstitucionalização<sup>8</sup> de pessoas que passam longos anos internadas. Em alguns

---

<sup>7</sup> Na verdade, a Lei Paulo Delgado vem consolidar o compromisso firmado pelo Brasil junto aos demais países signatários da Declaração de Caracas de 1990. Esse documento teve grande importância no que se refere aos direitos e a nova forma de assistir aos pacientes. A Declaração é o documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde. Finalmente, nesse mesmo período, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas adota, em dezembro de 1991, os Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2002).

<sup>8</sup> A desinstitucionalização visa à redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação, ou seja, pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL, 2005).

casos, as famílias tentam se “livrar do problema” e, para não as deixar na rua, aderem ao hospital como moradia fixa da pessoa com transtorno mental. Vista por essa prática, uma das propostas da reforma é trabalhar na perspectiva de cuidar da pessoa com transtorno mental, estendendo o acompanhamento à família, na tentativa de garantir o acolhimento do usuário com transtorno mental em seu lar de origem, buscando assim realizar mudanças significativas no contexto social, cultural e familiar, enquanto confirmação do afeto, capaz de fortalecer a pessoa doente e promover o resgate da sua identidade pessoal e sua autoestima. Desse modo, Amarante (1995, p. 29) afirma:

[...] a desinstitucionalização na psiquiatria, na tradição basagliana, inscreve-se nesse período de transição, no qual inicia-se uma fase de afastamento do paradigma clássico, com sua desmontagem, e a consequente abertura de um novo contexto prático discursivo sobre a loucura e sofrimento humano” [...].

Assim, a saúde mental no Brasil passou por modificações relevantes em relação ao acesso e ao *status* de direito social, a partir da assistência às pessoas com transtorno mental, ratificando os progressos históricos que resultam do advento da Política de Saúde Mental, com a promulgação da Lei n. 10.216, que regulamenta a Reforma Psiquiátrica.

Em relação às redes de cuidado em saúde mental, torna-se imprescindível tratar da ação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), que instituiu a Portaria de n. 3.88/2011, que trata da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta pelos seguintes serviços da Atenção Básica em Saúde: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>9</sup>, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, como também a Reabilitação Psicossocial.

---

<sup>9</sup> Segundo a Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, as modalidades de CAPS são: CAPS I – Serviço de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II – Serviço de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III – Serviço de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes; CAPS i – Serviço de Atenção Psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos; CAPS ad – Serviço de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

Conforme aponta Lúcia Rosa (2016), existem diferentes modalidades de CAPS, quais sejam: CAPS I, CAPS II, CAPS III, sendo os CAPS AD II e III voltados para tratamento de álcool e drogas (CAPS AD) e os CAPS I II e III direcionados ao público infanto-juvenil (CAPSI). É importante registrar que no ano de 2017 foi implantado através da Portaria n. 3.588 <sup>10</sup> o CAPS AD IV, distribuído no território nacional de acordo com o número de habitantes daquela região ou município. Embora as modalidades sejam diferentes, desempenham as mesmas funções no atendimento em saúde mental aos usuários que chegam aos serviços.

De acordo com o SUS, os CAPS, nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza, prioritariamente, atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise, seja nos processos de reabilitação psicossocial, sendo substitutivos ao modelo asilar (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, os CAPS operam nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas também territórios de pessoas, de instituições, de cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e de familiares, constituindo-se como um “lugar” na comunidade (BRASIL, 2005). Trata-se de um lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e familiares. O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família, de modo que a ordenação do cuidado está sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

A concepção do Projeto Terapêutico (PT), no Brasil, segundo Oliveira (2008, p. 283), “vem sendo construída ao longo dos últimos vinte anos, junto com a história do

---

10 Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017 – CAPS AD IV: Atendimento a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica”, momento que apresentou a necessidade de reestruturar a assistência em saúde prestada, baseada historicamente em uma lógica biomédica, passando a ser considerados os aspectos biopsicossociais que permeiam a vida dos sujeitos.

Para melhor aprofundamento dessa discussão, faz-se necessário apresentar o contexto da contrarreforma do Estado brasileiro e suas implicações para o Sistema Único de Saúde (SUS), com sérios rebatimentos para a Política de Saúde Mental. Não se pode negar que o movimento da Reforma Psiquiátrica foi e ainda continua sendo muito importante, sobretudo, na conjuntura de desmonte dessa política de saúde a partir da implementação do neoliberalismo no Brasil e de seu acirramento pós-golpe de 2016, nos governos Temer (2016-2018) Bolsonaro (2019-2022).

Esse contexto de contrarreforma será discutido no próximo item, pois as conquistas que foram construídas com esse movimento, unido a outros movimentos sociais que se somaram na luta por uma sociedade mais justa e igualitária, com cuidados dignos para as pessoas com transtornos mentais, buscam, de forma direta ou indireta, lutar para que esses direitos sejam efetivados, conforme normativas legais a partir da CF de 1988.

## **2.2 A Política de Saúde Mental e o SUS no contexto de contrarreforma do Estado**

Com a preocupação de abordar o tema, considerando a sua complexidade e colocando em evidência a Política de Saúde Mental e o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto políticas de proteção social atualmente vigentes no Brasil, elegem-se alguns pontos a partir da perspectiva de uma reflexão sobre a gestão dessas políticas no contexto pós-golpe de 2016, período em que se acirrou o desmonte das políticas sociais, aprofundando a agenda ultraneoliberal e conservadora, especificamente, seus impactos na política de saúde mental, tomando como caso o Recôncavo da Bahia.

Fazer uma análise da contrarreforma das políticas sociais, em especial, da política de saúde mental, frente ao contexto social, político e econômico, sob a égide neoliberal, traduzida pelos desmontes e precarização do trabalho e das políticas sociais e, em especial, da política de saúde mental e, sobretudo, analisar o trabalho do(a)s assistentes sociais nos CAPS consiste em um esforço crítico para

compreender de que forma essa conjuntura afeta o cotidiano profissional diante da contrarreforma na política de saúde mental.

Para tratar da saúde mental no contexto do SUS torna-se imprescindível fazer um breve resgate da Reforma Sanitária, tendo em vista que este foi um movimento histórico no contexto do Estado brasileiro e que deu lastros para o movimento da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, para as conquistas alcançadas. A Reforma Sanitária foi um movimento importante nas políticas públicas de saúde no Brasil, pois se configura como um campo de lutas coletivas em torno das políticas públicas, implicando debate entre Estado e sociedade. Seus principais representantes são médicos e lideranças políticas do setor da saúde (BISNETO, 2009). Assim,

No Brasil, a política de saúde sempre teve uma racionalidade fragmentada, em geral, curativa, hospitalocêntrica e medicocêntrica, centrada no indivíduo, onde a lógica dos interesses privados, principalmente a partir do regime autocrático pós 1964, estava presente. No entanto, com a crise do regime ditatorial e a mobilização dos trabalhadores da saúde, junto com as demais organizações do movimento popular e sindical, em torno de um projeto de reforma sanitária, foi possível incorporar na Constituição de 1988 esse novo projeto de saúde pública, universal e democrática, que é o SUS. Esse sistema, pautado numa racionalidade político-emancipatória, foi concebido como proposta de ruptura com a racionalidade instrumental e burocrática anterior na política de saúde. E para isso, além das ações de assistência à saúde, está centrado nas ações de prevenção e promoção à saúde, possibilitando a participação social por meio do controle social, as ações de educação em saúde, entre outros (SOARES, 2010, p. 16).

Fleury (2009) ratifica que a Reforma Sanitária emerge na crise da mercantilização da medicina e da saúde e constitui mediações com a crise do Estado autoritário, aceitando uma articulação com os setores críticos da sociedade, com o intuito de elaborar um modelo sanitário democrático de direito e também descentralizado, para responder as especificidades e particularidades regionais. Nessa perspectiva, “a construção do projeto da reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde” (FLEURY, 2009, p. 747).

A Reforma Sanitária brasileira é fruto, portanto, do movimento sanitarista brasileiro que aconteceu nos anos de 1970 e trouxe para a sociedade avanços democráticos, a exemplo da criação do Sistema Único de Saúde, expresso na Constituição Federal de 1988, promovendo a universalidade dos serviços de saúde, como também a descentralização administrativa. O movimento sanitarista brasileiro

trouxe a necessidade de uma saúde pública de qualidade e gratuita, de caráter universal, adensado pelo movimento de profissionais da área da saúde, que se constituiu também como um movimento social articulador de vários setores críticos em meio à sociedade.

É a partir dessa reforma que a saúde passa a ser vista, de fato, como perspectiva de direito, como resultado da organização social e como fruto das lutas sociais, tendo elementos fundados na determinação social da saúde, criando alianças políticas que estavam a favor do direito à saúde, com o princípio de gestão descentralizada e democrática da saúde (FLEURY, 2009). Nesse sentido, é relevante trazer as principais concepções de Estado e sua relação com a atual conjuntura do Brasil, caracterizada pela contrarreforma do Estado, que atinge frontalmente as políticas públicas, desmontando e desregulamentando o Estado brasileiro, trazendo fortes impactos para as políticas sociais, para o SUS e, em especial, para a Política de Saúde Mental.

Trazer o conceito de Estado e suas concepções, com base em Marx, nos remete ao processo histórico, ao modo de produção capitalista, como também ao processo de formação social, político, econômico e cultural em sua totalidade<sup>11</sup>. Para melhor compreender o Estado moderno, demarcam-se como dados basilares a concepção de Estado liberal e a concepção democrático-burguesa, para, assim, reconhecer esse Estado como maior organização política que exerce poder sobre a população e o território, pois é a partir do Estado moderno que se pode situar que esse Estado tem o poder de dominação sobre os homens.

O Estado, na perspectiva da teoria marxista, é fruto da divisão social do trabalho. A esse respeito, Mandel (1980, p. 333) menciona:

[...] surgiu da autonomia crescente de certas atividades superestruturais, mediando o produto material, cujo papel era sustentar uma estrutura de classe e relações de produção. O ponto de partida da teoria do Estado de Marx é sua distinção fundamental entre Estado e sociedade – em outras

---

11 O conceito dialético de totalidade é dinâmico, refletindo as mediações e transformações abrangentes, mas historicamente mutáveis da realidade objetiva. Como assevera Lukács (1948, p. 12) “[...] A concepção dialético-materialista da totalidade significa, primeiro, a unidade concreta de contradições que interagem [...]; segundo, a relatividade sistemática de toda a totalidade tanto no sentido ascendente quanto no descendente (o que significa que toda a totalidade é feita de totalidades a ela subordinadas, e também que a totalidade em questão é, ao mesmo tempo, sobre determinada por totalidades de complexidade superior) e, terceiro, a relatividade histórica de toda totalidade, ou seja, que o caráter de totalidade de toda totalidade é mutável, desintegrável e limitado a um período histórico concreto e determinado” (LUKÁCS *apud* BOTTOMORE, 1983, p. 381).

palavras, a compreensão de que as funções desempenhadas pelo Estado não precisam ser necessariamente transferidas a um aparato separado da maior parte dos membros da sociedade, o que só veio a acontecer sob condições específicas e historicamente determinadas. É essa tese que a distingue de todas as outras teorias sobre a origem, a função e o futuro do Estado. Nem todas as funções da superestrutura estão incluídas na esfera da ação do Estado, sem falar daquelas que correspondem aos interesses das classes subordinadas (como, por exemplo, as antigas classes dirigentes ou as classes oprimidas revolucionárias). As funções superestruturais que pertencem ao domínio do estado podem ser genericamente resumidas como a proteção e a reprodução da estrutura social (as relações de produção fundamentais), à medida que não se consegue isso com os processos automáticos da economia. Por isso nem todas as funções do Estado são hoje “puramente” superestruturais, como não o eram nas formações sociais pré-capitalistas. Esse aspecto do Estado é de particular importância no modo de produção capitalista.

A partir dos anos 1970, o capitalismo contemporâneo vem se transformando mundialmente, com o acirramento das contradições sociais, econômicas, políticas e culturais, trazendo fortes impactos sobre o Estado e agravando as desigualdades sociais. Nessa direção, concorda-se com Behring e Boschetti (2008, p. 125), ao afirmarem:

A mundialização do capital não é um resultado inevitável de fatores econômicos refratáveis à ação política. Como componente intrínseco do processo de produção e reprodução capitalista, marca um período de esgotamento da perspectiva de regulação keynesiana das relações econômicas, políticas e sociais e do compromisso firmado entre grupos e classes sociais para gerar crescimento econômico com impacto na estrutura das desigualdades sociais, o que só foi possível pelo estabelecimento de políticas sociais amplas e universais.

Para Behring e Boschetti (2008), o enfrentamento dessa crise somente foi possível em virtude de uma junção de fatores, quais sejam: as políticas keynesianas na perspectiva do pleno emprego, com crescimento econômico no mercado capitalista liberal; ampliação do mercado de consumo; e um grande acordo envolvendo a esquerda e a direita, entre capital e trabalho, ou seja, uma ampla aliança entre as classes sociais, estabelecendo acordos no sentido de ampliação do *Welfare State*. É relevante afirmar que os direitos sociais conquistados pelo *Welfare State* ou Estado Social foram interrogados pelo neoliberalismo, que considerava que esse “gasto” social traria consequências econômicas, implantadas por esse Estado.

Vale destacar que nos países centrais o *Welfare State* foi estruturado a partir do Plano Beveridge, que preservava um conjunto de ações com regulação do Estado sobre a economia de mercado, com universalização dos serviços sociais e

responsabilidade estatal. O Brasil, no entanto, nunca vivenciou o sonho dourado do pleno emprego nem da cidadania relacionada à política social do capitalismo central, ou seja, no Brasil nunca se realizou o *Welfare State*, pois se começou a conferir à “crise” a motivação para a forte intervenção estatal nas políticas sociais (BEHRING, 2008). Dessa forma, modifica-se o caráter da nação e quebra-se a concepção de Estado apregoada pela Constituição Cidadã, redirecionando-se para uma perspectiva de financeirização do capital.

É importante ressaltar que no cerne desse Estado Social há contradições, conforme afirmam diferentes autores, como Marx (1978, 2011), Mandel (1982), Netto (1992, 2008), Behring (2008) e Boschetti (2016). Na tradição marxista:

[...] a natureza contraditória do Estado social capitalista está em sua função de atuar na garantia de condições necessárias à reprodução do capital e à exploração inerente da força de trabalho, o que significa ter que assegurar a acumulação contínua do capital. Mas, ao mesmo tempo, o Estado social deve responder às demandas e necessidades sociais sob pressão da classe trabalhadora em sua luta contra a exploração e a dominação capitalista. Ao reconhecer e estender direitos sociais amplos, o estado social contradiz as requisições diretas do sistema de acumulação, daí sua natureza contraditória (BOSCHETTI, 2016, p. 63).

No Estado neoliberal, esse entendimento de Estado Social é ilógico, pois no âmbito das políticas sociais e, sobretudo, na Política de Saúde Mental é priorizada a mercantilização dos serviços, via compra de serviços no mercado. Nesse sentido, as contrarreformas do Estado neoliberal determinaram o fim do keynesianismo, contestando o Estado de bem-estar social.

A contrarreforma do Estado brasileiro tem desnudado o caráter classista da elite atrasada e conservadora que tem cotidianamente desregulamentado juridicamente os direitos sociais conquistados a partir de 1988, colocando-se em favor dos interesses do grande capital e deteriorando as condições de vida da classe trabalhadora. Nessa direção, parece conveniente afirmar:

A reestruturação produtiva (a automação e conseqüente substituição da força de trabalho, a subcontratação e a precarização do contrato de trabalho), as privatizações, as reformas da seguridade social, a redução de políticas sociais, todos esses processos derivados do novo projeto hegemônico do capital não ocorreram com ausência de conflitos, de oposição, com aceitação passiva das classes trabalhadoras (MONTAÑO; DURIGUETO, 2010, p. 212-213).

As apartações produzidas pela reestruturação produtiva desafiaram e desregulamentaram a universalização dos direitos sociais, depois do esgotamento do modo fordista de regulação do mercado, afetando as sociabilidades, as identidades e o modo de ser da existência humana. Nessa direção, o toyotismo surge como modo produtivo que se opõe ao fordismo, ou seja, há uma mudança fundamental no modo de produzir, que objetiva tornar o trabalho flexível, com produção a partir da demanda do mercado, recuperando a concepção flexível dos processos de trabalho, com a “adoção do sistema *just-in-time*”, que busca majorar a eficácia da produção, evitando a formação de grandes estoques, com o objetivo de reduzir ao máximo o desperdício.

Nesse tipo de produção, intensifica-se o desenvolvimento científico e tecnológico, além de um rígido controle de qualidade, realizado durante todas as etapas da produção. Para Antunes (1995, p. 21), “[...] A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual, tanto entre os setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo um vasto movimento no emprego chamado ‘setor de serviços’, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas”.

No toyotismo, o trabalho deixa de ser individualizado, exigindo do trabalhador uma especialização polivalente, havendo intensificação da exploração do trabalho, uma vez que esse trabalhador vai desenvolver simultaneamente várias e diversificadas funções. Para esse modelo de produção, torna-se imperioso também a flexibilização dos trabalhadores, ampliando as horas extras, tornando-se trabalhadores temporários, subcontratados, com vínculos precários e sem direitos sociais. Ainda de acordo com Antunes (1995, p. 33),

[...] a “substituição” do fordismo pelo toyotismo não deve ser entendida, o que nos parece óbvio como um novo modo de organização societária, livre das mazelas do sistema produtor de mercadorias e, o que é menos evidente e mais polêmico, mas também nos parece claro, não deve ser nem mesmo concebido como um avanço em relação ao capitalismo da era fordista e taylorista (ANTUNES, 1995, p. 33).

Em verdade, o estranhamento nas formas de produzir e as transformações presentes em curso têm sempre características históricas e dependem de inumeráveis condições econômicas, políticas, sociais, culturais vivenciadas pela “classe-que-vive-do-trabalho”, acarretando metamorfoses no mundo do trabalho. Essas transformações se complexificaram, pois o “estranhamento próprio do toyotismo é

aquele dado pelo ‘envolvimento cooptado’, que possibilita ao capital apropriar-se do saber e do fazer do trabalho. Este, na lógica de integração toyotista, deve pensar e agir para o capital, para a produtividade” (ANTUNES, 1995, p. 34)

Feitas essas considerações, pode-se afirmar que a busca por soluções para a crise do capital se assenta na reestruturação do mercado de trabalho, trazendo, conseqüentemente, sérias implicações para a “classe-que-vive-do-trabalho”, que fica submetida a trabalhos precarizados, desregulamentados, flexibilizados e sem garantias de proteção social. Esses impactos incidiram nas políticas sociais e, em particular, na política de saúde, foco desta pesquisa. Essas implicações são nefastas para as classes trabalhadoras e ocorrem a partir das privatizações de bens e serviços públicos e da criação de Programas de Demissões Voluntárias (PDV), largamente implementados desde o governo FHC na década de 1990, gerando, portanto, desemprego, diminuição salarial e perda dos direitos trabalhistas, comprometendo e precarizando o trabalho e as condições de vida dos trabalhadores.

Segundo Bravo (2009), a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal, representa um marco no que diz respeito aos avanços para a saúde, visto que o debate sai de algumas entidades representativas da saúde, dando espaço para a participação da população, ou seja, a discussão ultrapassa determinados setores e entra para um debate mais amplo, atingindo profissionais de saúde, comunidades, entidades políticas e sindicatos. É importante pontuar ainda que os avanços conquistados desde a Reforma Sanitária e Psiquiátrica, proposta na década de 1970, como também a solidificação do SUS partilharam de uma mesma perspectiva da universalidade da saúde, de direitos e da luta antimanicomial, o que, infelizmente, sofreu constantes ataques do anterior governo neoliberal. Concorda-se com o pensamento de Arouca (1988, p. 8), quando afirma:

A Reforma Sanitária escrita na constituinte não representará nada se não produzir um impacto concreto sobre a saúde do cidadão. Ela tem que ganhar o espaço da comunidade, do lar, da fábrica, das escolas e ali efetivamente produzir transformações que contribuam para o bem-estar da população e para a construção de uma sociedade democrática, justa e independente.

Desse modo, o projeto da Reforma Sanitária é considerado um marco relevante como estratégia para o Sistema Único de Saúde, tendo em vista que parte das lutas, articuladas entre população e profissionais da saúde, tem como finalidade garantir que

o Estado brasileiro não desconstrua um dos fundamentos importantes desse projeto, que é a universalidade de direito dos usuários.

As transformações societárias em curso, a partir dos anos 1980 e 1990, no Brasil, alavancadas pelo processo político de redemocratização do país, concorreram para a construção de um pacto na sociedade, consubstanciado por uma democratização estabelecida na Constituição Federal de 1988. Porém, nos anos 1990, a agenda política estabelece prioridade total na estabilidade econômica em detrimento da vida social. Nessa direção, corrobora-se a afirmação:

No plano internacional, as décadas de 1980 e 1990 se caracterizam por uma onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social, que fortaleceu o que tem nomeado, não sem controvérsias, de pensamento neoliberal, produzindo impactos no papel do Estado como executor e responsável pelas políticas sociais. Essa proposta de uma nova engenharia do Estado, reduzindo drasticamente seu papel, implementada especialmente nos países europeus, teve consequências para os países da periferia (YASÚI, 2010, p. 51-52).

Entende-se que, mesmo numa sociabilidade do capital, o SUS somente será efetivamente consolidado, na perspectiva do acesso e ampliação de direitos, se edificado sobre as bases sólidas de compromissos políticos e éticos. Sendo assim, torna-se impossível pensar a materialização dessa política e seus consequentes desdobramentos para o trabalho profissional do Serviço Social sem a devida compreensão de que eles estão imbricados em uma cultura política caracterizada por relações sociais que ocorrem em um contexto de contrarreforma neoliberal.

O Estado está submetido aos ditames de uma nova era histórico-universal globalizada, a qual, por meio da desregulamentação e da flexibilização do trabalho, reduz, consideravelmente, o papel político e participativo do próprio Estado e da sociedade. No Brasil, há uma forma híbrida de Estado, o que Sader (1996) chamou de “mini-max”, ou seja, mínimo para atender as necessidades do trabalho e do trabalhador e máximo na realização dos objetivos de centralização e acumulação do capital.

Nesses termos, o Estado passa a adotar uma perspectiva de racionalização do gasto público, deixando de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar seu promotor e regulador, transferindo para a esfera privada as atividades que antes eram suas. Evidenciam-se a desregulamentação e a redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desmonte notadamente da Seguridade Social, a

precarização do trabalho marcado pelo aumento da informalidade e, por consequência, do desemprego estrutural, bem como o sucateamento da saúde e da educação (BRAVO, 2009)

A esse respeito, Yamamoto (2009, p. 163) afirma:

[...] que o caráter conservador do projeto neoliberal se expressa, de um lado, na naturalização do ordenamento capitalista e das desigualdades sociais a ele inerentes tidas como inevitáveis, obscurecendo a presença viva dos sujeitos sociais coletivos e suas lutas na construção da história; e, de outro lado, em um retrocesso histórico condensado no desmonte das conquistas sociais acumuladas, resultantes de embates históricos das classes trabalhadoras, consubstanciadas nos direitos sociais universais de cidadania, que tem no Estado uma mediação fundamental.

O caráter da política social no neoliberalismo obscurece a dimensão social da Reforma Psiquiátrica, estimulando discursos que supervalorizam a dimensão subjetiva (colocando a responsabilidade individual na saúde mental) e relegam a dimensão social a uma condição de subalternidade, a uma mediação quase obsoleta. O discurso neoliberal adquire aspectos e se amplia de uma forma que traz consigo os mais diversos problemas no que diz respeito à questão social. Todos esses problemas surgem seguidos do trágico aumento do desemprego, situação que se faz latente no Brasil e toma forças para que cada vez mais aumente o número de trabalhadores excluídos do mercado de trabalho formal (PASTORINI, 2010).

Segundo Montaño (2002), as táticas utilizadas no discurso neoliberal se definem da seguinte forma:

[...] A estratégia neoliberal orienta-se numa tripla ação. Por um lado, a ação estatal, as políticas sociais do Estado, orientadas para a população mais pobre (cidadão usuário); ações focalizadas, precarizadas, regionalizadas e passíveis de clientelismo. Por outro lado, a ação mercantil, desenvolvida pela empresa capitalista, dirigida à população consumidora, com capacidade de compra (cidadão cliente), tornando os serviços sociais mercadorias lucrativas. Finalmente, a ação do chamado “terceiro setor”, ou da chamada sociedade civil (organizada ou não), orientada para a população não atendida nos casos anteriores, desenvolvendo uma intervenção filantrópica (MONTAÑO, 2002, p. 186).

Esse discurso neoliberal toma forças através da fecunda impressão da imediatividade da aparência de bem-estar e estabilidade econômica nos mais diversos setores. No entanto, há uma contradição muito clara na dialética do seu conteúdo, porque, ao mesmo tempo que ele busca concentrar os problemas relacionados a determinado setor, nesse mesmo caminho, se alargam as problemáticas relacionadas

à questão social. É nessa conjuntura que a política de saúde mental sofre retrocessos. Seus principais desafios encontram-se na sua efetivação, tanto no âmbito da consolidação de uma rede de atenção à saúde mental como na intersectorialidade e no atendimento da totalidade das expressões da questão social. Nessa perspectiva, Iamamoto (2002, p. 16-17) aponta:

[...] conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto a apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho -, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do “trabalhador livre”, que depende da venda de sua força de trabalho como meio de satisfação de suas necessidades vitais. A questão social expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal.

A esse respeito, é possível compreender que as múltiplas expressões da “questão social” podem definir uma sociabilidade dessa sociedade e que são velhas “questões sociais”, com novas roupagens, em consequência dos processos históricos que a redimensionam na contemporaneidade, produzindo contradições sociais. Considerando os sujeitos desta pesquisa, que são os assistentes sociais na saúde mental, faz-se necessário citar que mais adiante, no quarto capítulo, será feito o aprofundamento dessa discussão.

Desse modo, a contrarreforma, posta por Behring (2008), abaliza aspectos relevantes a partir do Estado, como perda da soberania, aumento do desemprego e precarização do trabalho e do trabalhador, privatização das empresas públicas, focalização das políticas sociais e reforço do ideário neoliberal em favor do capital rentista. Esse cenário está consubstanciado com o aumento da informalidade no mundo do trabalho, o que gera a superexploração dos trabalhadores e a desregulamentação das ações do Estado.

É preciso considerar que as respostas às crises estruturais do grande capital têm variações históricas de acordo com as fases do desenvolvimento do capitalismo, consubstanciando a organização e a mobilização das classes fundamentais e o modo de organização e desenvolvimento do Estado. Desse modo, as respostas oferecidas pelos governos às crises do capitalismo dependem dessas variações. Nesse sentido, dialoga-se com Behring (2008, p. 213), ao mencionar: “O desmonte do Estado no Brasil [...] ocorreu, na perspectiva da adaptação do país à dinâmica do capitalismo

contemporâneo – em busca de superlucros –, mas com filtros: as mediações delineadas pela nossa história, nossa formação social e a relação entre as classes sociais”.

O processo de contrarreforma do Estado brasileiro, que se inicia na década de 1990 e que é agressivo e regressivo aos direitos sociais já conquistados através das lutas populares e consolidados com a CF/1988, especificamente o direito à saúde, vem, conseqüentemente, atingindo também as políticas sociais. O acirramento dessas perdas de direitos e os desmontes das políticas sociais, ocorreram, principalmente, a partir do golpe institucional, político e midiático de 2016, trazendo sérias implicações para a classe trabalhadora. Nessa direção,

A contrarreforma do Estado constitui-se numa resposta mundial do capitalismo que integra o conjunto de mecanismos de enfrentamento à crise estrutural iniciada nos anos 1970. Desde os anos 1990, difundida pelas agências multilaterais, dentre elas o Estado Brasileiro intensificando as suas mais perversas características. Um estado historicamente ausente e mínimo em relação à proteção social dos trabalhadores, além de profundamente autoritário, precisava minimizar-se de acordo com os preceitos produzidos e reproduzidos pelos aparelhos privados de hegemonia nacional e internacional do capital (SOARES, 2010, p. 15).

Oliveira (2018, p. 23) afirma que “a conjuntura atual se caracteriza por uma ação muito séria e competente do governo federal no sentido de destruir o Sistema Único de Saúde (SUS) e tudo o que foi conquistado na Reforma Psiquiátrica Brasileira”. Nessa direção, é relevante citar que a política de saúde mental brasileira representou e ainda representa um amplo avanço de grandes conquistas, tanto no campo social como nas redes de serviços de atendimento especializados, possibilitando assim a participação social e causando efeitos concretos na vida de pessoas com sofrimento mental.

É necessário buscar entender esses acontecimentos e perceber que a cada momento histórico, dependendo da conjuntura do país, esses impactos vão incidir nas políticas públicas e, portanto, nas políticas sociais, em especial na política de saúde, trazendo características regressivas e contrariando princípios públicos de caráter universal, adotados pela CF/1988. Portanto, não devem ser regidos pela mercantilização das políticas públicas e sociais, que trazem prejuízos imensuráveis aos cidadãos.

Para demonstrar como essa mercantilização tem ocorrido, cita-se como exemplo, no governo Temer (2016-2018), a aprovação da Emenda Constitucional (EC)

95/2016, que congela por vinte anos os gastos com as políticas sociais e os repasses de recurso. Essa EC traz sérios impactos para as políticas sociais, para a política de saúde e, sobretudo, para a política de saúde mental, amortecendo a capacidade do Estado de regular e implementar qualquer projeto ou programa e benefícios para a pessoa com sofrimento mental, como também para os trabalhadores de uma forma geral.

Nesse sentido, a EC 95/2016 compromete a proteção social, a qual, na visão de Mota (2009, p. 40):

Trata-se de uma contradição da sociedade capitalista, cujas mediações econômicas e políticas imprimem um movimento dinâmico e dialético: se do ponto de vista lógico, atender às necessidades do trabalho é negar as necessidades do capital, do ponto de vista histórico, a seguridade social é por definição esfera de disputas e negociação da ordem burguesa.

Nessa mesma linha, percebe-se uma enxurrada de medidas adotadas na perspectiva da contrarreforma. Exemplo disso é que, após o golpe de 2016, o governo Temer aprovou a Portaria 3.588/17, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); a Portaria do Conselho Nacional sobre Drogas (Conad); e a Resolução CIT 32/2017, que traz como novidade o retrocesso ao modelo de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas, retroagindo assim para o modelo manicomial. Vale salientar que essa mesma comissão, em outro momento histórico e com outra composição, teve como pauta de luta o movimento da Reforma Psiquiátrica, com avanço no tratamento à saúde mental.

Para Delgado (2019), o ano de 2017 apontou uma densa modificação na política de saúde mental, visto que o governo de Michel Temer, com a aprovação da PEC 241/2016, que ficou conhecida como a “PEC da Morte”, transformada em EC/95, estabeleceu o que “representou na verdade o abandono dos princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial consolidados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, com risco real de retrocessos das políticas de saúde mental no país” (DELGADO, 2019, p. 02).

As propostas das “novas diretrizes” para as políticas de saúde mental no Brasil, indicadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 2017, foram reforçadas na Nota Técnica 11/19 do governo Bolsonaro, dando continuidade ao processo de desmonte dessa política, que teve como título: “Esclarecimentos sobre as mudanças

da Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”.

O ponto principal dessa Nota Técnica foi a inclusão dos hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial, objetivando o retorno da internação em casos de crises. Com esse retrocesso, tem-se o retorno dos manicômios, prosperando, assim, o modelo tradicional que historicamente violou todos os direitos dos cidadãos usuários dessa política de saúde. Outro aspecto de retrocesso apontado na Nota em questão é a volta das comunidades terapêuticas, em sua maioria com tratamento de cunho religioso, assistencialista, de longa permanência, trazendo sérios problemas e retrocesso no tratamento de usuários de álcool ou outras drogas, o que contraria as estratégias usadas, como a redução de danos<sup>12</sup>.

Seguindo o curso do desmonte na saúde mental e agindo na contramão da Lei 10.216/2001, assim como das demais portarias que redirecionavam um modelo novo de atenção na política de saúde mental, no ano de 2018, o Ministério da Saúde aumentou em sessenta por cento o valor pago pelas diárias dos leitos de hospitais psiquiátricos, corroborando o antigo modelo hegemônico, qual seja, o hospitalocêntrico. A Nota Técnica de 2019, do governo Bolsonaro, sob argumentação de haver necessidade de ampliação de leitos psiquiátricos, possibilitou o financiamento de eletrochoque, internação de crianças e adolescentes e ampliação de trinta duas comunidades terapêuticas no país. No final de 2020, o Presidente também sugeriu a revogação de mais de cem portarias que amparam a Reforma Psiquiátrica brasileira (PASSOS, 2021).

Além dos pontos já mencionados, é pertinente destacar que nessa Nota Técnica de 2019 foi proposta a criação de ambulatórios especializados na Rede de Atenção Básica de Saúde, a fim receber pacientes denominados pelos propositores de “menos graves”. Por fim, com relação às tecnologias do cuidado, foi defendido o retorno da eletroconvulsoterapia (ECT), procedimento que por muitos anos fez parte do cotidiano dos manicômios.

---

12 A Portaria n. 1.028/2005, do Ministério da Saúde, define que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.

Bravo, Pelaez e Menezes (2020, p. 197) pontuam que no governo Temer foi realizada uma articulação de forma concreta com o setor privado de saúde, a qual ficou expressa no documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, divulgado em 2017 e elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, integrado pelos grandes grupos econômicos e empresas privadas do setor da saúde. Conforme as autoras, o objetivo desse documento é “de construir um novo sistema de saúde para o Brasil e defende a tese de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos, a qual pressupõe maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços”.

O governo Bolsonaro, com seu projeto de desmonte na política de saúde mental, de forma orquestrada, uniu-se com os Ministérios do Trabalho, do Desenvolvimento Social e da Justiça para anunciar a Portaria Interministerial n. 2, a qual redesenha a política de drogas, financiando e ampliando as comunidades terapêuticas. Torna-se claro que suas pautas antidemocráticas, sem construir um diálogo com a sociedade civil, de forma conservadora, se adequam de maneira latente ao seu governo ultraneoliberal. Todas essas transformações em curso têm contrariado o que foi aprovado na CF de 1988 e proposto na Reforma Sanitária e na Reforma Psiquiátrica.

Como é possível perceber, desde a década de 1990, a partir do governo FHC, delineou-se a contrarreforma no Estado brasileiro, com rebatimento nas políticas públicas de saúde e, em especial, na política de saúde mental. Partindo da compreensão de que cada governo tem suas particularidades e singularidades na forma de conduzir as políticas públicas, é possível perceber o alinhamento do Estado com o capital, especialmente no governo ilegítimo de Temer, logo após o *impeachment* da ex-presidenta Dilma Rousseff, quando se prioriza uma agenda neoliberal, praticada com o intuito de amenizar as preocupações financeiras do grande capital no que diz respeito ao risco fiscal do país.

Diante desse cenário desastroso de contrarreformas do Estado, pode-se compreender o desmonte da política de saúde mental como um conjunto de estratégias e ação do capital para o enfrentamento da crise, como também resultado de uma agenda de financeirização do grande capital, que é partilhada pelo Estado. Essa proposta traz sérias consequências para os usuários da política de saúde mental, quais sejam: o retorno manicomial com relação ao tratamento; um Estado autoritário, no que diz respeito às drogas, criminalizando e culpabilizando o

sujeito/usuário de forma descontextualizada, sem a compreensão ampla do conceito de saúde pública; a violação dos direitos humanos, com avanço das instituições religiosas e filantrópicas como executoras das políticas de saúde mental através dos “centros de recuperação”; e o crescimento do adoecimento mental da sociedade. Esse contexto capitalista de produção proporciona cada vez o aumento das expressões da questão social, promovendo, conseqüentemente, a desproteção social.

Diante de todas as lutas para se alcançar uma política de saúde mental pautada nos direitos humanos e alinhada com o que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica, sua implantação sempre esteve destinada ao interesse do capital. Mesmo com tantas experiências progressistas e na busca de uma reforma propositiva e ampla na saúde mental, foi uma política pública que, por alinhamento do Estado, ficou, em grande medida, presa às amarras do capital.

Os serviços de saúde tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de maximização do capital. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos e equipamentos médico hospitalares, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros saúde bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancário, entre outros (SOARES, 2010, p. 411).

De forma tímida, vivenciam-se alguns poucos avanços na política de saúde mental em governos que não compactuaram de forma mais ampla do ideário neoliberal, porém é preciso compreender que a contrarreforma do Estado brasileiro está constituída historicamente na formação social do Brasil:

A política neoliberal recrudescer a estrutura histórica da sociedade brasileira, centrada no espaço privado e na divisão social sob a forma da carência popular e do privilégio dos dominantes, pois a nova forma do capitalismo favorece três aspectos de reforço dos privilégios: 1) a destinação preferencial e prioritária dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital; 2) a privatização como transferência aos próprios grupos oligopólicos dos antigos mecanismos estatais de proteção dos oligopólios, com a ajuda substantiva do fundo público; 3) a transformação de direitos sociais (como educação, saúde e habitação) em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos à sua lógica. No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social (CHAUÍ, 2000, p. 942).

É possível perceber como o tratamento às pessoas com transtorno mental permaneceu ligado aos interesses econômicos, políticos e ideológicos da sociedade capitalista. Ademais, Bisneto (2007) mostra que em decorrência do avanço do

neoliberalismo, trazendo drásticas mudanças na economia e causando impactos que afetam diretamente a classe trabalhadora, houve uma tendência ao aumento das pessoas com transtornos mentais.

Dessa forma, fica nítido o caráter conservador da contrarreforma nas várias políticas sociais, sobretudo, na saúde mental. Essa proposta vem causando o desmonte do processo de reforma de uma política que foi construída com base em legislações, a exemplo da Lei 10.216/2001. Além de regular uma rede substitutiva ao modelo dos manicômios, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) regulamenta uma série de direitos humanos e sociais de pessoas com transtornos mentais.

### **3 A CONFIGURAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO RECÔNCAVO DA BAHIA**

Neste capítulo, busca-se apresentar como se configura a organização dos Centros de Atenção Psicossocial no território do Recôncavo baiano, considerando que este é o espaço de realização da pesquisa, a qual tem como objetivo analisar o trabalho do assistente social nesses espaços sócio-ocupacionais. Ainda neste capítulo debate-se como a contrarreforma tem reconfigurado as ações no campo da saúde mental e no trabalho do assistente social inserido nos CAPS.

#### **3.1 A Política de Saúde Mental na Bahia e a constituição dos CAPS**

A implantação da política de saúde mental na Bahia não difere da forma como ocorreu no restante do país, tendo em vista que foi um processo que se deu no campo de tensões sociais e políticas nacionais, historicamente permeado de contradições. Assim, o resultado da Reforma Psiquiátrica no estado da Bahia é consequência da luta dos movimentos sociais por esse projeto antagônico ao modelo manicomial. Ainda com relação à política de saúde mental e à Reforma Psiquiátrica na Bahia, Modesto e Modesto Neto (1996/1997) pontuam que a assistência à saúde mental na Bahia se concentrava nos hospitais psiquiátricos. Entretanto, foi num contexto de lutas sociais efervescentes que aconteceu, na década 1990, ainda que de forma lenta, o início da Reforma Psiquiátrica na Bahia. É importante pontuar que essas lutas aconteceram de acordo com os princípios e diretrizes reformistas que tiveram origem na década de 1970.

De acordo com esses autores, foi com a força dos movimentos sociais que a Reforma Psiquiátrica ganhou corpo institucional na gestão da saúde no Estado. Vale salientar que, a partir de 1982, na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), foi criado um subsistema de saúde mental regionalizado e hierarquizado, ofertando ambulatorios nas diversas regiões do estado, com o objetivo do não aumento de leitos psiquiátricos.

Destaca-se que é após a Conferência de Caracas, no início da década de 1990, que a política de saúde mental da Bahia passou por um processo de reforma político-administrativo, o qual objetivava desfazer os leitos psiquiátricos, trazendo então a

implantação de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental, de forma descentralizada, nas diferentes regiões do estado. Porém, é relevante mencionar que, mesmo com esses pequenos enfrentamentos e início desse processo de reforma, nesse primeiro momento, os hospitais continuaram sendo o foco central de cuidados, buscando alcançar um cuidado “humanizado”, o que não prosperou. Nesse sentido, “a reforma psiquiátrica na Bahia se concentrou na internação” (MODESTO; MODESTO NETO, 1996/1997, p. 22).

Em relação aos serviços substitutivos, na ocasião chamados de serviços “alternativos”, “símbolos maiores da reestruturação dos cuidados [...], pouco se fez, não obstante a tramitação de alguns projetos [...] que não chegaram a ser implementados” (MODESTO; MODESTO NETO, 1996/1997, p. 25). Ainda em 1994, foi discutido o projeto de Lei 10.352/94, que propunha uma reformulação na assistência psiquiátrica, contudo, não prosperou. Fazendo uma análise das ações do período, na tentativa de implantação de um modelo substitutivo de saúde mental, concorda-se que naquela década não houve grandes avanços. A esse respeito, o Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM, s/d, p. 2) destaca que

durante toda a década de noventa e início da seguinte, a gestão da SESAM – através do GESAM – Grupo Especial de Saúde Mental – ignorou qualquer diretiva da política nacional de substituição de leitos pela criação dos novos serviços substitutivos, bem como se eximiu da fiscalização dos serviços hospitalares locais do grupo empresarial monopolista dos recursos das AIH’S em Salvador e dos interesses paroquiais dos proprietários de hospitais psiquiátricos das cidades polo.

Nesse contexto, percebe-se que os avanços que aconteceram no âmbito da política de saúde mental na Bahia, na década de 1990, aconteceram de forma pontual no que diz respeito à diminuição dos leitos psiquiátricos. Porém, ainda nesse período, continuou sem avanços na implementação e implantação de um modelo substituto nos cuidados à saúde mental de forma humanizada para os usuários dessa política.

Segundo consta no parecer do Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB, 2008, p. 13):

de 1991 a 2002 o estado da Bahia foi um dos que menos avançou na implantação desses novos serviços, a despeito de uma série outra de iniciativas (criação da Comissão Estadual de Saúde Mental ligada ao CESBA – Conselho Estadual da Saúde; implantação de uma equipe de supervisão permanente dos serviços de saúde mental; realização de diversos cursos de capacitação de equipes para os CAPS e outros serviços; elaboração e apresentação no CES-BA do Plano de Trabalho em Saúde Mental para o

Estado em 08/06/1998; do Plano Quadrienal de Saúde Mental em 31/10/2002 e realização das I, II e III Conferências Estaduais de Saúde Mental etc.).

Conforme citado, a Lei Paulo Delgado, n. 10.216 de 2001, alterou significativamente a Política de Saúde Mental (BRASIL, 2001) em nível nacional. É, portanto, com a aprovação dessa lei e a partir de suas alterações, no que diz respeito à prática da rede de atenção em saúde mental, somada ao movimento de luta antimanicomial, formado por familiares dos usuários, trabalhadores, organizações da sociedade civil e instituições, que passam a pressionar os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde para a sua efetiva implantação.

Nessa perspectiva, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), através da Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2021). Enquanto serviços ambulatoriais, essa rede de atenção é criada em substituição ao modelo manicomial dos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, os cuidados em saúde mental tomam outra notoriedade, tendo em vista a possibilidade de inserção dos usuários dessa política de saúde na sociedade enquanto cidadãos dotados de direitos humanos, bem como buscam promover a continuação do fortalecimento de vínculos junto às famílias no território. Nesse sentido, pontua-se a Atenção Básica como estratégia primordial no desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, pois é classificada como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, tendo como princípios norteadores “princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Com os princípios norteados pela Política Nacional de Atenção Básica, espera-se que esses serviços sejam efetivados de forma essencial para as pessoas em sofrimento psíquico e que as equipes técnicas possam compreender o usuário dos Centro de Atenção Psicossocial dentro da integralidade, do acesso universal, de forma articulada entre os usuário e seus familiares, convidando estes a participarem e a compreenderem não somente os cuidados para com os familiares usuários dessa política, mas também o funcionamento dos serviços, a reabilitação psicossocial e o retorno desse cidadão à sociedade.

Na Bahia, o primeiro CAPS somente foi formalizado em 2002, quinze anos depois da primeira experiência de São Paulo. Apesar dos impasses, com relação aos serviços substitutos de saúde mental, o ano de 2001 foi um marco importante na Reforma Psiquiátrica na Bahia, pois, além da aprovação da Lei 10.216, houve a

realização da III Conferência Estadual de Saúde Mental, fase preparatória para a Conferência Nacional, proporcionando noventa e três propostas para os novos rumos da política de saúde mental na esfera estadual, dentre as quais destacam-se:

a) elaboração de um plano de reorientação do modelo assistencial em saúde mental com vistas à descentralização, pelo órgão gestor federal, estadual e municipal, visando fomentar uma discussão com os municípios e ou região (consórcios de municípios), com o objetivo de elaboração de um plano municipal ou regional de saúde mental e organização dos serviços substitutivos, seguindo as seguintes prioridades (nível de atenção primária, secundária e terciária: a.a.) promover a extinção dos manicômios e; b) implantação de programa de saúde mental com substituição de serviços existentes; implementar programa permanente de educação e informação em Saúde Mental, com ampla participação dos Usuários e familiares, através de: elaboração de cartilhas informativas e educativas; promoção de encontro e palestras com a comunidade em geral visando a capacitação e a corresponsabilidade ante a problemática da Saúde Mental; ampliar junto à mídia 349 campanhas de conscientização e sensibilização da sociedade contra o estigma da loucura; divulgação e discussão da legislação atual referente a Saúde Mental (BAHIA, 2001).

Ainda no ano de 2001, os movimentos da luta antimanicomial do estado da Bahia se intensificaram e fizeram duras críticas à morosidade na implantação da Reforma Psiquiátrica no estado. Para além da crítica, o movimento denunciou o modelo de assistência dentro dos hospitais psiquiátricos, a precarização dos serviços e a debilidade nos atendimentos aos usuários no que diz respeito ao abastecimento satisfatório de medicações, o que revela uma gestão centralizadora. O Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM, 2001) apresentou a ineficácia nas ações dos serviços, apontando deficiências nos investimentos e na manutenção na cobertura.

As bases do novo modelo de assistência em saúde mental, conforme preconizado na política de saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, mostram que na Bahia esse processo se deu de forma incipiente, o que é percebido na inconsistência na gestão, na resistência dos poderes estatais na implantação das mudanças, enfim na morosidade para introduzir a Reforma Psiquiátrica no estado, o que exigia um processo complexo e coletivo por parte do estado.

Desde 2007, a Bahia conta com uma nova regionalização que orienta os planejamentos das políticas públicas em nível estadual: os Territórios de Identidade. Em 2010, os Territórios de Identidade foram reconhecidos como divisão territorial oficial de planejamento das políticas públicas do Estado. É importante ressaltar que o conceito de Território de Identidade remonta uma experiência de política pública iniciada pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário, com a discussão para

composição dos territórios rurais, em 2003. Na Bahia, inicialmente formaram-se vinte e seis territórios rurais e, atualmente, a divisão regional no estado reconhece vinte e sete Territórios de Identidade da Bahia.

Em 2014, instituiu-se a Política Estadual de Desenvolvimento Territorial, que também adotou a concepção dos Territórios de Identidade, possibilitando novas estratégias de planejamento público na relação entre o governo do estado e os municípios. No tocante à área da saúde, as Diretorias Regionais de Saúde (Dires) foram extintas e, em seu lugar, surgiram os Núcleos Regionais de Saúde<sup>13</sup> (NRS).

Dando ênfase ao lócus da pesquisa, com a pretensão de fazer uma análise sobre o trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial em dois municípios, os quais serão denominados de M1 e M2, do Recôncavo, caracteriza-se essa região. Na atual regionalização dos Territórios de Identidade, o território do Recôncavo é composto por 19 municípios, quais sejam: Dom Macedo Costa, Maragogipe, Muniz Ferreira, Nazaré, Salinas de Margarida, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Felipe, Saubara, Varzedo, Cachoeira, Conceição do Almeida, São Félix, Cruz das Almas, Governador Mangabeira, Muritiba, Sapeaçu, Castro Alves e Cabaceiras do Paraguaçu. De acordo com dados do Censo 2010 do IBGE, o Território de Identidade Recôncavo conta com população de 576,6 mil habitantes.

Para Milton Santos, a dimensão do território refere-se:

No lugar, um cotidiano compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições – cooperação e conflito são a base da vida em comum. Porque cada qual exerce ação própria, a vida social se individualiza, e porque a contiguidade é criadora de comunhão, a política de territorialização, com o confronto entre organização e espontaneidade. O lugar é o quadro de uma referência pragmática do mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade (SANTOS, 2002, p. 322).

Partindo da definição do autor, podemos inferir que o território de identidade é

---

13 A Lei n. 13.204, de 11 de dezembro de 2014, modificou a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual, tendo instituído em seu art. 13, Inciso V, § 2, a criação de nove Núcleos Regionais de Saúde – NRS, em substituição às Diretorias Regionais de Saúde, cujas instâncias regionais administrativas têm a finalidade de acompanhar as atividades de regulação e de vigilância em saúde, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos Municípios. Os NRS estão distribuídos no território estadual, em conformidade com as nove macrorregiões de saúde contidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR-BA).

mais que o espaço geográfico, pois é cultura, hábitos, vivências e relações de rede das pessoas que ali estão. A caracterização desse espaço é importante também para se ter noção de como é aquele território e as suas principais necessidades. Na compreensão de Koga (2015), o território se apresenta nas políticas sociais como um elemento a ser descoberto, que vai além do chão e de um espaço, perpassa por povoações e subjetividades de indivíduos e famílias, este deve ser analisado a partir das particularidades de cada local, ou seja, em outras palavras, é preciso conhecer a realidade de cada município. Assim sendo,

O território é designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar nas comunidades, mas trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõe soluções, apresentam demandas e que podem objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (KOGA, 2015, p. 21).

Nesse sentido, nos municípios pesquisados, M1 e M2, do território do Recôncavo da Bahia, que não ultrapassam oitenta mil habitantes, é permitida apenas a implantação do CAPS I. No território de identidade do Recôncavo, somente o município de Santo Antônio de Jesus, que possui mais de 80 mil habitantes, foi beneficiado com CAPS I e II. Em relação ao município M1 analisado na pesquisa, destaca-se que, no censo do IBGE em 2010, a população era de 32.026 habitantes, com a estimativa de que em 2021 aumentasse para 33.659 habitantes. O município está distante cerca de 120 km da capital do estado, Salvador. Sua área é de 395 quilômetros quadrados.

No tocante ao segundo município M2, ressalta-se que a população estimada em 2021 pelo IBGE era de 69.239; população no último censo (2010) era 58.606 pessoas; densidade demográfica (2010) de 402,12 hab/km<sup>2</sup>. No tocante à economia, destaca-se que a região tem a economia bem definida em todos os setores, principalmente reconhecida no setor primitivo, voltado para o comércio e a agricultura.

No que concerne ao território, na perspectiva dos cuidados na política em saúde mental, tendo como base o território na assistência promovida pelo CAPS, são de suma importância para a materialização da Reforma Psiquiátrica, pois as articulações que ocorrem na atenção psicossocial devem acontecer de forma que se

substitua o modelo dos hospitais psiquiátricos: “É importante destacar a noção de territorialidade, que se distingue daquela de regionalização implementada pela Política Pública de Saúde. O território supera o critério meramente geográfico para delimitar sua área de abrangência [...]” (DUARTE, 2012, p. 90). Nesse sentido, cabe aos Centros de Atenção Psicossocial, a partir do seu acolhimento, chamar o usuário para fazer parte como protagonista de seu tratamento nesse território, que, para além de um espaço geográfico, é um espaço de cuidados em saúde mental, espaço gerador de vínculos e reinserção social.

Os Centros de Atenção Psicossocial surgiram como uma proposta do cuidado à pessoa em sofrimento mental, nos serviços de base comunitária e rede aberta. Demonstraram a capacidade de cuidar para além dos muros das instituições hospitalares e de forma humanizada. Por essa razão, o CAPS é definido como:

Serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004, p. 04).

É relevante destacar que somente com o advento da Reforma Psiquiátrica e a aprovação da Lei n. 10.216 notam-se os avanços da saúde mental, pois, com seu surgimento, foi possível perceber de forma significativa o redirecionamento do tratamento nos CAPS, fortalecendo o movimento de luta antimanicomial, com a organização da sociedade civil, participação de familiares dos usuários, prestadores de serviços e tantos outros segmentos, unidos às instituições, que passaram a pressionar os Conselhos de Saúde para que fosse efetivada a sua implantação.

Porém, contraditoriamente, apesar desses avanços da Reforma Psiquiátrica, percebe-se que historicamente essa política sofre também retrocessos desde sua implementação, em virtude de uma agenda neoliberal adotada pelo Brasil desde os anos 1990. Entretanto, esses ataques constantes a essa política também se constituem em ataques aos trabalhadores e trabalhadoras e concretizam os processos de privatização e mercantilização das políticas sociais, destacadamente o desmonte da política de saúde mental na realidade brasileira.

Os desmontes em torno dessa política também incidem no fazer profissional dos assistentes sociais, principalmente nas mudanças pós-golpe de 2016, como já discutido no capítulo anterior, através da EC 95, que congelou por 20 anos os gastos

para as políticas sociais, como também dos decretos dos governos Temer e Bolsonaro, que trouxeram ameaças intensas e constantes, refletindo o contexto de desfinanciamento nos últimos anos. O retrocesso nessa política tem resistido às investidas da reestruturação, mas, a duras penas, visto que a cada dia tem perdido autonomia e recursos necessários à sua efetivação.

### **3.2 O Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Ao analisar historicamente o trabalho do/a assistente social em equipes multidisciplinares, no contexto da contrarreforma do Estado brasileiro, é relevante mencionar que é um desafio romper com práticas desumanas existentes na saúde mental, tanto para o Serviço Social quanto para as demais profissões, que estão vivenciando nessa conjuntura um desmonte da Política de Saúde Mental.

Nesse contexto, a área de saúde mental é, no campo da saúde, um desafio para todos os profissionais que defendem a não violação dos direitos humanos e uma política de saúde humanizada diante dos novos dispositivos de atenção à saúde mental, exigindo desses profissionais, além do conhecimento técnico operativo, uma postura crítica e propositiva, que possibilite a construção de autonomia da pessoa em sofrimento psíquico, fazendo com que se reconheça como pessoa, isto é, como sujeito capaz de realizar mudanças em sua vida, provocando, assim, formas de produção de subjetividades. Para Bisneto (2007), cabe ao profissional assistente social superar algumas fragilidades existentes no campo da saúde mental:

O assistente social em saúde mental trabalha de forma pluralista quando usa as explicações do marxismo para entender a exclusão do louco, para sustentar a demanda por direitos sociais e cidadania de pessoas com sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental (BISNETO, 2007, p. 52).

Incluir a presença do profissional de Serviço Social no campo da saúde mental requer um direcionamento para entender sua inserção nesse espaço sócio-ocupacional. Essa relação entre Serviço Social e saúde mental surge em meados de 1946, quando são organizados os serviços sociais psiquiátricos. Porém, como afirmam Iamamoto e Carvalho (1998), em razão da incipiência da formação desse profissional na saúde mental, o trabalho do assistente social era voltado, com exclusividade, para a loucura, como era compreendida à época.

A presença dos profissionais do Serviço Social se inicia nos Centros de Orientação Infantil (COI) e nos Centros de Orientação Juvenil (COJ), instituições voltadas para a infância que tinham como finalidade principal o estudo de técnicas de trabalho e o treinamento de pessoal no campo da ajuda psicológica aos adolescentes “desajustados” e seus responsáveis. Segundo Vasconcelos (2010), o profissional de Serviço Social tinha seu fazer profissional limitado, colocando-se de forma inferior em relação aos profissionais da equipe multidisciplinar, pois ainda não tinha um debate ampliado sobre sua profissão, o que distorcia sua prática no cotidiano dessas instituições, atuando, inclusive, com hábitos conservadores, a exemplo das práticas higienistas, de caridade e de benemerência.

De acordo com Moura (2015), nesse período, o Serviço Social era considerado como Serviço Social clínico, pois

[...] possuíam um caráter de “Serviço Social Clínico”, em que se predominavam abordagens higienistas. Nesse processo, o Serviço Social atuava junto com as famílias do chamado “cliente” a fim de ajudá-la a prover um ambiente adequado ao tratamento psiquiátrico da criança, além de fazer levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, contato com os familiares para a preparação de alta, confecção de altas sociais e encaminhamentos (MOURA, 2015, p. 03).

Desse modo, historicamente, o Serviço Social está inserido nas organizações de tratamento psiquiátrico no país desde a década de 1940. Com o “Movimento de Reconceituação do Serviço Social” e com a formulação do Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social, a categoria profissional se aproximou dos ideais do Movimento de Luta Antimanicomial.

Vale salientar que o movimento de reconceituação ocorreu no Brasil e na América Latina, trazendo relevantes reflexões no campo teórico-metodológico, técnico-operativo e ideopolítico. Esse processo se constituiu de três vertentes importantes, quais sejam: a Modernização Conservadora, a Reatualização do Conservadorismo e a Intenção de Ruptura (NETTO, 2005). A reconceituação, na primeira e na segunda vertente, trouxe propostas robustecidas, em diferentes aspectos, para uma atuação conservadora. Somente na Intenção de Ruptura se apresentou uma proposta de ruptura com práticas tradicionais e renovação para a profissão, construindo assim um projeto profissional comprometido com demandas e interesses da classe trabalhadora e das camadas populares usuárias das políticas públicas (YAZBEK; MARTINELLI; RAICHELI, 2008).

Pode-se afirmar que foi na envergadura desse movimento de reconceituação e em seus incrementos históricos que se discutiram as diferentes bases teórico-metodológicas no Serviço Social e se delineou a direção social da profissão com implicações para a intervenção e interpretação da realidade social na ação profissional, estabelecendo uma aproximação com os princípios da reforma sanitária e psiquiátrica.

Bisneto (2007) pontua que o movimento da Reforma Psiquiátrica toca em quatro assuntos que se aproximam do Serviço Social na contemporaneidade, quais sejam:

[...] o debate em torno da transformação progressista das organizações institucionais psiquiátricas e de assistência social; a ênfase no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica; a necessidade da interdisciplinaridade e de ultrapassar os limites entre os saberes; a necessidade de democratizar as relações de poder entre técnicos e usuários (BISNETO, 2007, p. 36).

A inserção do Serviço Social no campo da saúde mental tem se ampliado e se consolidado em direção a uma concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente. O(a) assistente social como profissional de saúde tem por competência intervir junto aos fenômenos socioculturais e econômicos, na perspectiva de melhorar a eficácia dos programas de prestação de serviço em promoção, proteção e/ou recuperação da saúde<sup>14</sup>.

Nessa direção, afirma Guerra (2000):

[...] este profissional atua nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Nesse trabalho o profissional tem sua ação por um “conjunto de instrumentos e técnicas e uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos” (GUERRA, 2000, p. 53).

Trata-se da instrumentalidade inerente à profissão que, ao longo do processo sócio-histórico, vem sendo construída e reconstruída. Segundo Guerra (2000), abrange as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Nesse

---

14 A saúde e os serviços de saúde, na Constituição Federal, são considerados de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, e também, por pessoa física ou jurídica de direito privado, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL, 1988, p. 131).

sentido, cabe ao profissional, conforme o Código de Ética (1993, p. 22), “[...] refletir a ética como pressuposto teórico-político que remete para o enfrentamento das contradições postas à profissão, a partir de uma visão crítica, e fundamentada teoricamente, das derivações ético-políticas do agir profissional”. Esse instrumento apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional no cotidiano, ao colocar como princípios:

Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com luta geral dos trabalhadores; defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo (CFESS, 2009, p. 19).

Esses instrumentos legais, a exemplo do Código de Ética, são fundamentais para a delimitação das atribuições e competências dos(as) assistentes sociais. De acordo com Costa (2000), a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se define a partir das condições históricas sobre as quais a saúde pública se desenvolve no Brasil.

Nesse contexto, cabe ao assistente social construir mediações que legitimem sua prática explicitada nas competências e atribuições consolidadas no âmbito do Projeto Ético-Político, fortalecendo a atitude reflexiva e crítica sobre a profissão. É nesse cenário que se configuram as recentes práticas do(a) assistente social, de modo que seu exercício profissional esteja voltado para uma práxis pautada na ética para melhor responder às expectativas dos usuários.

Conforme Yamamoto (2006, p. 10):

[...] O Serviço Social como uma especialização do trabalho coletivo, inscrito na divisão social e técnica do trabalho, colocando em relevo o caráter contraditório do exercício profissional, porquanto realizado no âmbito de interesses e necessidades de classes sociais distintas e antagônicas.

No âmbito da saúde, o(a) assistente social enfrenta, cotidianamente, dificuldades relacionadas à garantia dos direitos dos usuários, como está preconizado no SUS. Uma das mais graves problemáticas se refere ao serviço de regulação, ou seja, à falta ou demora em ter acesso aos serviços de saúde, especialmente aos

serviços de média e alta complexidade, bem como as especialidades médicas. Como aponta Bisneto (2007, p. 25), “o Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda para as elites para atender aos ‘necessitados’”.

Nesse sentido, uma das atribuições do(a)s assistentes sociais é orientar, esclarecer e contribuir para a defesa dos direitos de cidadania, sobretudo, os direitos constitucionais referentes à saúde, através do contato direto com os usuários e suas famílias, tornando-se instrumento importante para o sucesso do tratamento e recuperação da saúde. No atual contexto social e político de retrocesso nas políticas de saúde, em especial de saúde mental, a garantia de direitos para a população usuária desses serviços se torna ainda mais complexa e desafiante para a profissão de Serviço Social.

Segundo Bisneto (2011), há a necessidade de se criar um Serviço Social brasileiro diferenciado a partir de uma visão subjetiva intimamente ligada aos aspectos sociais, históricos, econômicos e políticos que não podem ser compreendidos de forma isolada ou distanciada. Nesse limiar, é oportuno destacar que, na atualidade, a prática do assistente social na área da saúde mental tem por objetivo atender as necessidades inerentes à psiquiatria, no que diz respeito à tentativa de minimizar as contradições do sistema e atender a racionalidade médica, considerando a extrema pobreza dos usuários e o estado de exclusão social resultante das políticas econômicas e sociais do capitalismo monopolista, do neoliberalismo, da globalização e da reestruturação produtiva.

No que diz respeito, ainda, à atuação dos assistentes sociais brasileiros na saúde mental, vale lembrar que surgiu na década de 1940, cenário da formação das primeiras profissionais de Serviço Social do país, de modo que algumas foram alocadas em instituições psiquiátricas, especialmente em departamentos de enfermagem. Assim, o exercício profissional do assistente social em saúde mental tem ganhado popularidade nas instituições psiquiátricas, mas seu exercício, em muitos espaços, ainda é entendido como inferior ao saber médico, posto que suas atividades profissionais se limitam a serviços de caráter meramente burocrático e assistencial, sem que se tenha oportunidade de interferir no cotidiano dos usuários e de seus familiares.

Nessa perspectiva, Vasconcelos (2000) tece algumas considerações a respeito da contribuição do assistente social no campo da saúde mental. Segundo o autor, depende de ocupação, assistência social, benefícios previdenciários, serviços de enfermagem, oficinas, ações terapêuticas, técnicos de referência, entre outras possibilidades extrafuncionais, isto é, desde que se estabeleça um vínculo entre a intervenção e as relações sociais que afetam o problema como um todo, levando em consideração os processos dialéticos entre o individual, o particular e o comum.

Nessa direção, cabe apontar que o Serviço Social no Brasil é indispensável no campo da saúde mental, embora ainda seja perceptível a segmentação do atendimento aos usuários do serviço. Entretanto, é preciso levar em consideração os visíveis avanços e a expansão no campo da saúde, inclusive em relação aos transtornos mentais. Nesse sentido, os serviços de saúde que incluem os usuários ampliam e estimulam o trabalho coletivo por meio da formação de grupos de referência.

Robaina (2010) refere-se a duas perspectivas sobre a inserção dos assistentes sociais nos serviços “alternativos” de saúde mental, mais concretamente nos CAPS. Nesse sentido, esclarece que duas variáveis que permeiam o trabalho do assistente social no contexto da saúde mental são perceptíveis e, portanto, merecem destaque. A primeira é identificada como “atividade clínica”, subordinada à homogeneização do saber *psi*, traindo assim a missão social da profissão e o projeto ético-político, deixando em “branco” um projeto de reforma da psiquiatria. A segunda refere-se às ações que preservam a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no âmbito teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais e especificidades dos problemas sociais expressos nesse âmbito (ROBAINA, 2010).

Portanto, é necessário desmistificar os reais objetos de trabalho pelos quais os assistentes sociais atuam, de modo a tornar o trabalho profissional mais sólido e condizente com a realidade social. Nesse viés, é interessante notar que os problemas sociais são os principais objetos de intervenção profissional dos assistentes sociais e, muitas vezes, se manifestam no cotidiano social dos usuários de saúde mental. Ter essa compreensão é fundamental para a construção de técnicas de enfrentamento plausíveis e viáveis junto a outros profissionais que considerem de forma mais específica os anseios dos envolvidos no processo.

Os Estados Unidos são os pioneiros da prática mais antiga de assistentes sociais no campo da psiquiatria, pois, desde a virada do século, as agências de Serviço Social visavam fornecer apoio aos doentes mentais com uma prática voltada para o atendimento de necessidades materiais genuínas. Desse modo, a prática profissional de assistentes sociais em hospitais psiquiátricos nos Estados Unidos concentra-se em problemas mais urgentes relacionados à extrema pobreza dos pacientes e à falta de redes de apoio familiar e comunitária (BISNETO, 2011). Os serviços prestados por assistentes sociais em saúde mental são direcionados a populações consideradas muito carentes e não abrangem todos os trabalhadores.

Fica claro que a prática dos assistentes sociais americanos não pode ser considerada o modelo padrão adotado no Brasil, devido à cisão entre apoio familiar e assistência psiquiátrica. De maneira geral, a assistência prestada pelos assistentes sociais norte-americanos não tem estabelecido a relação entre os problemas sociais e o campo da saúde mental, além de ter uma perspectiva funcionalista.

Vasconcelos (2000) defende que um projeto hegemônico sobre a ética do Serviço Social (na formação e no debate acadêmico, na regulação e na ética profissional) se destaca como uma questão significativa que deve ser considerada ao confrontar os assistentes sociais. Assim sendo, o movimento da Reforma Psiquiátrica também tem grande importância simbólica para o Serviço Social, por sua representatividade contemporânea, o que constitui um potencial avanço da prática em saúde mental no Brasil. Portanto, constitui-se também um importante espaço sócio-ocupacional para o assistente social, bem como espaço de lutas e defesa da garantia dos direitos da população.

Nesse sentido, no próximo capítulo, apresentam-se os resultados da pesquisa, evidenciando de que maneira se dá o trabalho do assistente social na saúde mental, como também buscando fazer uma reflexão de como a contrarreforma tem impactado o trabalho desse profissional e quais os desafios enfrentados pelo Serviço Social no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial.

## **4 A SAÚDE MENTAL COMO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL**

Este capítulo busca debater e analisar as mudanças ocorridas no trabalho do assistente social, no contexto da Política de Saúde Mental, no Centro de Atenção Psicossocial, bem como as implicações da contrarreforma no cotidiano da profissão.

### **4.1 Os impactos da contrarreforma na saúde mental no trabalho do/a assistente social**

Segundo Iamamoto (2012), o Serviço Social surge e cresce como profissão reconhecida inclusa na divisão social e técnica do trabalho, enquanto especialização do trabalho coletivo, bem como participa da produção e da reprodução das relações sociais capitalistas, abalizadas na relação de compra e venda da força do trabalho assalariado<sup>15</sup>. “É a existência e compreensão desse movimento contraditório que, inclusive, abre a possibilidade para o Assistente Social colocar-se a serviço de um projeto de classe alternativo àquele para o qual é chamado a intervir [...]” (IAMAMOTO, 2009, p. 94). É nessa perspectiva contraditória que o assistente social tem sua participação efetiva e intelectual como mediador do projeto antagônico, que ora defende os interesses da classe trabalhadora, ora atende aos interesses do capital.

Conforme Iamamoto (2012), o assistente social opera diretamente junto às políticas públicas, na luta pela efetivação dos direitos sociais individuais e coletivos dos sujeitos que se encontram em situação de vulnerabilidade social e econômica e que são vítimas das diversas expressões da questão social. Desse modo, o assistente social, com a finalidade de atender as demandas impostas pelos sujeitos que necessitam das políticas públicas, ultrapassa a barreira de “meros executores” e passa a atuar nessas políticas, planejando serviços, programas e projetos referentes a essas políticas públicas, que compreendem não somente o “tripé” da seguridade

---

15 Com relação ao trabalho assalariado na sociedade capitalista: “[...] Capital e trabalho assalariado se criam mutuamente no mesmo processo. Assim é que o processo de produção capitalista, é um processo de relações sociais entre classes. O salário forma uma equivalência que encobre a desigualdade efetiva sob a aparência das relações contratuais juridicamente iguais. O trabalhador produz e reproduz o capital, a classe capitalista recree as condições da sua dominação, contudo o trabalho da classe trabalhadora é forçado, alienado. Assim a reprodução das relações sociais é reprodução da dominação de classe. O processo de produção capitalista é um processo de reprodução de relações sociais e também de produção de relações” (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 59-60).

social, quais sejam: Saúde, Assistência Social e Previdência, como também alcançam outros setores, a saber: habitação, educação, sociojurídico etc.

Para realizar as funções mencionadas, visando uma apreensão da realidade desses sujeitos para além da aparência, é necessário que o profissional esteja dotado de conhecimentos teórico-metodológicos, os quais estejam em consonância com os princípios que consistem no Projeto Ético-Político da profissão, e que as ações do fazer profissional sejam norteadas pelo código de ética do assistente social (IAMAMOTO, 2012). Nesse sentido, segundo Iamamoto (2009), o Serviço Social tem a linguagem como privilégio e como uma das formas institucionalizadas para a realização de ações desse profissional em seu cotidiano. Dessa forma, a autora informa que é a partir do cotidiano, através das manifestações da questão social relatadas pelos indivíduos, que o assistente social, de forma crítica, poderá ultrapassar o cotidiano desse sujeito. Para isso, é necessário que esse profissional esteja munido de uma bagagem científica teórico-metodológica, pois somente com esses aportes teóricos terá a possibilidade de romper com o pragmatismo e alcançar uma visão da totalidade desse cotidiano.

É relevante salientar que o projeto socioprofissional do Serviço Social está expresso na Lei de Regulamentação da profissão n. 8.662/93, que norteia e direciona o fazer profissional do assistente social em relação a suas competências e atribuições, contido no Código de Ética Profissional e nas Diretrizes Curriculares, que orientam a formação acadêmica. Esse projeto profissional é traduzido como princípios éticos humanistas, atribuindo direitos e deveres ao assistente social.

Na direção de expansão das margens de autonomia profissional no mercado de trabalho, é fundamental o respaldo coletivo da categoria para a definição de um perfil da profissão: valores que a orientam, competências teóricas metodológicas e operativas e prerrogativas legais necessárias à sua implementação, entre outras dimensões, que materializam um projeto profissional associado às forças sociais comprometidas com a democratização da vida em sociedade. Este respaldo político-profissional mostra-se, no cotidiano, como uma importante estratégia de alargamento da relativa autonomia do assistente social, contra a alienação do trabalho assalariado (IAMAMOTO, 2010, p. 422).

Assim sendo, esse projeto profissional implica uma nova relação com os usuários, tendo em vista que está pautado por dimensões ético-políticas. Além disso, ratifica a defesa intransigente dos direitos humanos, combatendo toda forma de preconceito e considerando o pluralismo no exercício profissional, como também na

sociedade. O projeto também está pautado em equidade, justiça social, liberdade e eliminação de toda forma de opressão. Importante pontuar quão paradoxal é preservar e aprofundar esse projeto, diante da nossa sensação de impotência ante a conjuntura antidemocrática a qual se tem enfrentado nesse contexto ultraneoliberal dos governos de Temer e Jair Bolsonaro, desmontando as políticas públicas e os direitos sociais e trabalhistas, o que ocorre na contramão do que preconiza o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

O profissional de Serviço Social, apesar de ser majoritariamente empregado no serviço público, também tem a possibilidade de se vincular ao setor privado. É um profissional assalariado que atua tanto na esfera pública quanto na privada, porém, apesar de ser regulamentado como uma profissão liberal, não realiza esse papel, tendo em vista que ainda não dispõe de condições necessárias para exercer o trabalho como tal, pois, mesmo tendo a relativa autonomia, para desenvolver suas atividades, o assistente social depende diretamente das instituições nas quais esteja desempenhando suas funções. Segundo Iamamoto (2012, p. 63), “à condição de trabalhador assalariado não só se enquadra o Assistente Social na relação de compra e venda da força de trabalho, mas molda a sua inserção socioinstitucional na sociedade brasileira”.

Nesse sentido, o Estado configura-se como o maior empregador de assistentes sociais no Brasil, o que é de fundamental relevância, tendo em vista que a força das legislações pertence ao Estado, que tem em seu caráter o controle de manter a “ordem social”. Dessa maneira, o Estado mantém a ordem, mas também busca estabelecer o vínculo com a classe dominante. Se tem a ilusão de que o Estado possui uma relação harmônica entre as duas classes sociais, o que não é verdade, visto que há interesses distintos por parte delas. Ainda assim, apesar de não atender todos os interesses da classe trabalhadora, o Estado faz concessões para manter o *status quo*, ou seja, para a manutenção do poder hegemônico da classe dominante e a subordinação da classe trabalhadora (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014).

#### **4.2 Aspectos do cotidiano do trabalho do assistente social no CAPS**

Ao tratar do cotidiano profissional do Serviço Social, torna-se imprescindível compreender como se caracterizam e quais atividades são realizadas nos CAPS I, de acordo com a Portaria n. 336/2002 do Ministério da Saúde, considerando que a

execução da Política de Saúde Mental nos municípios pesquisados (M1 e M2) se dá através da Secretaria Municipal de Saúde.

O município M1, analisado na pesquisa, conforme projeção do IBGE, possuía uma população de aproximadamente 33.659 habitantes em 2021. Já o município M2, segundo a mesma projeção, teria 69.239 habitantes, em 2021. De acordo com as normativas da Portaria n. 336/2002/MS<sup>16</sup>, os CAPS I, em seu art. 4º, devem ter população compreendida entre 20.000 e 70.000 habitantes, com a responsabilidade da gestão local de coordenar e organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental no domínio do seu território.

Ainda segundo essa portaria, o quadro técnico dos CAPS deve ser formado por profissionais de nível médio e superior, composto por uma equipe mínima de profissionais, lotados nos referidos serviços, de acordo com o porte dos municípios.

4.1.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Nesse sentido, na realização da visita aos municípios, foi identificado o seguinte quadro funcional no CAPS I do M1: 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 médico psiquiatra, 2 enfermeiras, sendo uma das enfermeiras a coordenadora do serviço, 1 pedagogo, 1 técnica de enfermagem, 2 telefonistas e 1 motorista. Já o CAPS I do M2, é composto por: 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 enfermeira, que é a atual coordenadora do serviço, 1 médico psiquiatra, 1 farmacêutico, 1 técnico de enfermagem e 1 artesão. Desse modo, é pertinente registrar que o quadro técnico especializado dos municípios pesquisados está de acordo com as exigências do seu porte/complexidade e abrangência populacional e suas características, conforme Portaria n. 336/2002 do Ministério da Saúde.

---

16 PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html).

Destarte, para analisar o trabalho do assistente social, torna-se imprescindível desvelar as particularidades do processo de trabalho no qual esse trabalhador está inserido, como também perceber as relações de trabalho às quais ele está submetido em seu cotidiano. Segundo Bisneto (2007, p. 13), “a prática Institucionalizada é contraditória. Dentre essas contradições, umas são provenientes da história da inserção do Serviço Social em Saúde Mental e outras são inerentes à realidade estrutural contraditória dos estabelecimentos psiquiátricos no Brasil”. É nesse espaço de impossibilidades que o assistente social desvela a dimensão do seu fazer profissional.

Ao elegerem-se os CAPS pesquisados, nos municípios denominados M1 e M2 do Recôncavo da Bahia, em relação ao perfil das entrevistadas E1 e E2, no que concerne a idade, gênero, cor/raça, titulação e tempo de atuação profissional e salário das assistentes sociais que atuam nesse espaço sócio-ocupacional, as entrevistadas responderam, respectivamente:

**E1:** “tenho 37 anos de idade” e **E2:** “tenho 50 anos de idade”.

**E1:** “me reconheço como mulher negra” e **E2:** “sou branca”.

**E1:** “estou fazendo especialização, sem receber incentivo à qualificação por parte do município” e **E2 respondeu:** “só tenho graduação, já me formei velha”.

**E1:** “trabalho há pouco tempo, entrei agora na gestão atual”. **E2:** trabalho há um ano e meio aqui, entrei nessa gestão”.

**E1:** “recebo menos de dois mil reais”. **E2:** “meu salário é pouco, só recebo dois mil reais”.

Ao traçar um breve perfil das entrevistadas, no que se refere à identidade de gênero/raça, à titulação e ao tempo de atuação profissional e salário, constatou-se que os sujeitos da pesquisa são mulheres em idade economicamente ativa, reforçando os traços hegemônicos da construção sócio-histórica da profissão, que sempre foi composta majoritariamente por mulheres. Nessa direção, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), ao desenvolver uma pesquisa sobre o perfil dos assistentes sociais no Brasil, aponta que 92,92% dos profissionais pesquisados se identificam com o gênero feminino (CFESS, 2022).

Corroborando as análises de Cisne (2012, p. 35), “o Estado utiliza-se da figura da mulher, com todas as suas características, dons e papéis sociais [...]”. Nota-se que, não à toa, permanece a presença massiva de mulheres na profissão. Historicamente, a figura da mulher aparece na relação de mediação de conflitos sociais. É importante

destacar alguns aspectos das relações entre gênero e trabalho e salário, que apontam para o debate da feminização do trabalho, uma característica do serviço social.

Entretanto, mesmo sabendo que a mulher possui uma jornada dupla ou tripla de trabalho, ela é explorada duplamente pelo capital, ou seja, no espaço público/trabalho remunerado e na vida privada/trabalho, muitas vezes não remunerado. Para Degraff e Anker (2004, p. 170),

devido à multiplicidade de tarefas das mulheres (p. ex., esposa, mães e cuidadoras, além de trabalhadoras), elas estão mais propensas que os homens a entrar e sair do mercado de trabalho, a devotar um número menor e mais esporádico de horas ao mercado de trabalho, a realizar trabalho familiar não remunerado com mais frequência, a produzir principalmente para o consumo doméstico, mais que para a venda, e não se dedicar ativamente à procura de trabalhos formais [...].

Essas questões fazem com que o trabalho das mulheres no mercado de trabalho assalariado seja mais sensível quanto à sua participação na força de trabalho ativa. Nessa perspectiva, verifica-se que a precarização, a flexibilização e a desregulamentação dessa força de trabalho, como também a entrada tardia no mercado de trabalho, somando-se a baixos salários, com flexibilização e/ou perda dos direitos sociais e com condições de trabalho precárias, e a vínculos temporários, são questões centrais nesse debate, pois o que se constata, segundo Antunes (2015), é que a exploração do trabalho feminino se intensificou com o processo de reestruturação produtiva.

Sobre a rotina de trabalho dos assistentes sociais, no que diz respeito às demandas atendidas pelo setor de serviço social e às demandas dos usuários atendidos no CAPS, as entrevistadas E1/M1 e E2/M2 relatam:

**E1/M1** “A rotina do serviço é a de acolher os usuários, fazendo triagem e encaminhamentos a outros profissionais se for necessário; orientando sobre seus direitos previdenciários e sua rotina com relação aos cuidados à saúde mental; visita domiciliar; as maiores demandas solicitadas por eles são sobre benefícios, curatela, e encaminhamentos quando necessário a outros equipamentos da saúde”.

**E2/M2** “A rotina daqui é diversificada, faço atendimento individual, faço orientações previdenciárias, faço entrevistas, um dia da semana o médico faz atendimento e eu ajudo a ele”.

Em relação à rotina, conforme relatado pela assistente social E1, observa-se que suas atividades estão parcialmente condizentes com a Portaria n. 336/2002/MS<sup>17</sup>, referente aos CAPS I, de acordo com seu art. 4.1.1. Este, ao tratar do acolhimento dos usuários, garante o atendimento individual e orientações sobre os direitos sociais que são muito demandados, por exemplo, a visita domiciliar, como também os cuidados com a saúde mental e encaminhamentos a outras políticas públicas.

Entretanto, no que concerne ao direito à alimentação para os usuários do CAPS I do M1, a entrevistada relatou que a ausência de alimentação no serviço tem sido um fator que atualmente tem contribuído para a não permanência dos cuidados desses usuários no CAPS. Para além da medicação e outros cuidados, a alimentação é um dos elementos potencializadores para que os usuários estejam buscando constantemente esse serviço, na medida em que muitos afirmam passar necessidade em suas casas, o que contraria as exigências do item G, como é possível observar nas normativas abaixo:

**4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:** a - Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; d - Visitas domiciliares; e - Atendimento à família; f - Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; **g** - Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002/ MINISTÉRIO DA SAÚDE).

A partir desses apontamentos, faz-se necessário entender que a prática do assistente social deve permear as rotinas institucionais, buscando compreender a amplitude das configurações da realidade, para que as intervenções alcancem a particularidade, a singularidade e também a universalidade da participação no cotidiano dos participantes sociais nesse processo. Nesse sentido, é interessante que o assistente social assuma um protagonismo, visto que se trata de um profissional que atua na efetivação dos direitos sociais, qualificado para intervir nos problemas sociais e propor formas de superá-los e/ou minimizá-los.

---

17 PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html).

No que tange à rotina, conforme relatado pela entrevistada E2, foi verificada uma limitação. Embora ela reconheça que sua rotina é diversificada, não apresenta exemplos nesse sentido, afirmando apenas que em um dia da semana ajuda ao médico.

A partir da fala da entrevistada, constata-se que a contrarreforma na saúde mental, com a precarização nas políticas sociais, dificulta de maneira severa o trabalho do assistente social junto a outras demandas e serviços, em que também é possível perceber a subordinação do profissional de Serviço Social ao “médico”, o que ratifica a perspectiva do Serviço Social conservador na Política de Saúde Mental. Conforme Barroco (2015, p. 634), “o conservadorismo percorre na trajetória profissional. A questão é saber em que medida ela está sendo superada no processo de construção do projeto ético-político profissional direcionado à ruptura com conservadorismo, construção que já dura mais de trinta anos”.

Nesse sentido, é diante do cenário de projetos contraditórios que a profissão se insere, não podendo eliminar integralmente o conservadorismo, uma vez que essa prática se encontra enraizada para além da profissão. Porém, faz-se necessário cada vez mais aprofundar o debate do serviço social crítico, de forma norteada, através do projeto ético-político da profissão, do código de ética profissional e da lei de regulamentação da profissão, para que se possa enfrentar o autoritarismo no cotidiano de trabalho. Ao serem questionadas sobre as técnicas utilizadas no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial, as entrevistadas responderam:

**E1/M1**, “faço entrevista, visita domiciliar, acolhimento, orientações sobre benefícios, atividades em grupo”.

**E2/M2**, “aqui faço entrevista, orientações sobre benefícios, tem grupos terapêuticos, que às vezes eu faço parte”.

Apesar de as respostas das entrevistadas terem sido genéricas e objetivas, observam-se, no decorrer das entrevistas, fragilidades no aprofundamento e na compreensão em relação à instrumentalidade no Serviço Social. Para Guerra (2000, p. 1), “a instrumentalidade no exercício profissional refere-se, não ao conjunto de instrumentos e técnicas (neste caso, a instrumentação técnica), mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico”.

Uma das atribuições do assistente social é orientar, contribuindo com o processo de direitos e cidadania dos usuários. Nessa ótica, cabe ao profissional de Serviço Social exercer a capacidade de criticar e captar de maneira crítica a realidade social, que é dinâmica e contraditória. Essas técnicas e instrumentais permitem a apreensão da realidade dos sujeitos e constituem elementos no campo da dimensão técnico-operativa, o que possibilita aos profissionais, de forma alinhada a outras dimensões, como a teórico-metodológica e a ético-política, intervirem nas mais diversas expressões da questão social. Nesse sentido, é imprescindível que o profissional seja constante em seu processo de reflexão sobre a práxis profissional, conforme afirma Guerra (2007, p. 9):

Por uma profissão, ser orientada por um projeto profissional crítico significa, ainda, a possibilidade de construção permanente de perfis profissionais, dentre eles o do profissional que conhece suas competências e imprime qualidade técnica às suas ações com uma direção crítica clara e consciente, visando a defesa permanente dos direitos sociais e humanos, considerados como conquista da humanidade, herança das lutas dos movimentos sociais e trabalhistas progressistas, de modo a superar a histórica vinculação do profissional com o conservadorismo.

Nessa direção, o que se pode extrair dessas reflexões sobre o comprometimento desse profissional com o projeto ético-político da profissão expressa-se nas diferentes formas de agir e pensar do profissional frente a realidade, uma vez que, para compreender os aspectos desse projeto profissional, é necessário sensibilizar-se, assim como pertencer ao processo de luta da Reforma Psiquiátrica.

Questionadas sobre se houve mudanças no cotidiano de trabalho profissional do CAPS, nesse contexto de desmonte das políticas sociais, sobretudo na política de saúde mental, a E1 do M1 relatou sobre o “aumento de pessoas doentes, assim como o adoecimento no trabalho, sobretudo no contexto da Covid-19”. Já E2 do M2 respondeu que “houve aumento de pessoas doentes e aumento de demanda no trabalho”.

Sabe-se que, com a configuração do mundo do trabalho, somada à contrarreforma na Política de Saúde Mental, houve uma modificação nas relações e nas condições de trabalho, não somente na vida dos usuários, mas também na dos trabalhadores da saúde. Esse cenário apenas se exacerba, uma vez que se observa, a partir das falas das entrevistadas, que com o cenário da Covid-19 ocorreu um aumento nas demandas do CAPS. Os impactos foram os mais nefastos possíveis,

pois nesse cenário de crise sanitária mudaram-se os ritmos e as formas de vida do trabalhador, o que impactou na sua saúde mental. Ainda nesse contexto, constata-se o acirramento da crise econômica e social, impactando na vida dos trabalhadores e dos usuários de saúde em virtude da crise sanitária.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25%. No Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) indica que, em 2022, mais de quatro em cada dez brasileiros tiveram problemas de ansiedade em virtude da pandemia. Verifica-se que, mesmo com a pandemia da Covid-19, desde março de 2020, o governo federal não recuou na agenda ultraneoliberal, a qual, ligada à crise sanitária, vem causando resultados desastrosos, evidenciando um aspecto genocida que atinge em massa a classe trabalhadora em suas esferas mais vulneráveis, apresentando um discurso que submete a defesa da vida à economia. Na realidade, a pandemia mostrou a agressividade do ultraneoliberalismo, posto que a crise sanitária está inserida na crise do capitalismo.

Questionadas sobre o perfil dos usuários do CAPS, as entrevistadas informaram:

**E1/M1:** “São usuários com transtornos mentais, os usuários são pessoas de baixa renda, moradores de zonas periféricas e em sua maioria pessoas negras”.

**E2/M2:** “A maioria são pessoas em sofrimento mental, mas também temos dependentes químicos, são pessoas de baixa renda, maioria são moradores da zona rural”.

Para melhor compreender a realidade da pobreza, cabe demarcar conceitualmente o que se pode chamar de pobres. Para Martins (1991), o conceito de pobreza, aparentemente simples, é, na realidade brasileira, extremamente complexo, na medida em que se trata de um fenômeno multidimensional, de uma categoria política que implica carecimentos nos campos espiritual, dos direitos, das possibilidades e das esperanças.

Tendo em vista que o Brasil, historicamente, é um país marcado pelas desigualdades sociais, os cuidados à saúde mental sempre foram tratados de forma distinta, considerando sua classe social. Desse modo, Rosa e Onoko (2013, p. 314) asseveram: “As desigualdades sociais na saúde mental materializam-se a partir de diferentes formas de acesso aos cuidados, determinados pela origem de classe da

peessoa com transtorno mental”. Nessa perspectiva, cabe aqui registrar que as pessoas com transtorno mental tinham tratamento diferenciado também a partir de seu comportamento, pois aqueles que eram considerados hostis tinham sua liberdade cerceada através da mão coercitiva do Estado. Já os considerados calmos tinham sua liberdade abrangente, porém os ricos tinham o direito à assistência em seu domicílio. Corroborando, Rosa e Onoko (2013, p. 313-314) explicitam:

Classe social é um termo secundarizado no movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, porém que conforma as relações sociais entre as pessoas que atuam ou utilizam os serviços da saúde mental. É um conceito abstrato, apropriado por várias perspectivas teóricas, mas inacabado no interior dos estudos marxianos.

Partindo para a realidade do perfil dos usuários, lócus da pesquisa e de acordo com os relatos das entrevistadas, observamos que são pessoas de zonas periféricas, de baixa renda e negros, o que significa que esse perfil se soma à realidade brasileira, bem como à realidade do Território do Recôncavo da Bahia, território com bastante influência de povos africanos, historicamente cravejado pela escravidão, o que define sua população como negros e pardos. Dessa forma, essa população sofre grandes impactos diferenciados no acesso aos cuidados na assistência à saúde mental, tendo em vista que os determinantes sociais<sup>18</sup> da saúde não chegam ao alcance dessa população usuária. Nesse sentido, considerando que a saúde mental não é somente ausência de doenças, é necessário, cada vez mais, que as Políticas Públicas Sociais estejam fortalecidas e democratizadas, não estando dissociadas dos aspectos biopsicossociais.

Portanto, ratifica-se que os usuários dos CAPS são pessoas de baixa renda que necessitam de cuidado universal de saúde, de modo que é relevante que as políticas sociais estejam presentes em seu cotidiano, trazendo a família para esse cenário do cuidado, não somente como responsáveis dessa demanda, mas também como parte integrante dessa política. Vale destacar que, historicamente, a família é trazida como cerne no cuidado, em que os familiares buscam dividir os conhecimentos

---

18 De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

e participar das dificuldades, inclusive as de saúde, sendo por meio do apoio mútuo que procuram a solução para os problemas apresentados.

Segundo Mioto (2015, p. 81), “o cuidado é visto de forma naturalizada e intrínseca às famílias, por isso, altamente solicitado através da figura do acompanhante”. Desse modo, o grau de parentesco é fundamental para a escolha do cuidador, pois é uma maneira de fazer a relação com o vínculo sentimental, assim como de responsabilização pelo ente doente.

Com o advento da Política de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica, a relação entre pessoas com transtorno mental e sua família foi alterada, sendo desafiadora não somente para os familiares, quando se refere aos cuidados, mas também para as equipes técnicas que trabalham junto a estes, tendo em vista que, muitas vezes, os familiares não conseguem compreender a importância de sua participação no processo do cuidado. Nesse cenário, percebe-se também o despreparo das equipes no sentido de imprimir informações e propostas robustas e convincentes para que estes se tornem coadjuvantes nesses cuidados.

Nesse quadro as temáticas das equipes de profissionais, em suas diversas modalidades, perspectivas e ações, tornam-se referência fundamental na elaboração dos materiais analíticos que vem sendo desdobrados na busca de novos e múltiplos sentidos e conteúdo de intervenção, presentes na objetivação do trabalho do cuidar em saúde mental (DUARTE, 2013, p. 112).

Nesse sentido, é notória a mudança na forma de responsabilização nos cuidados da pessoa com transtornos mentais, tendo em vista o redirecionamento nos modos de produção de cuidado em saúde mental. Nesse sentido, é importante compreender o papel da família nos cuidados da pessoa com transtorno mental, diferentemente do que acontecia no modelo hegemônico, que, conforme mencionado, se dava por meio de isolamento, tanto dos familiares como da sociedade, assim como da privação de direitos.

Embora tenha-se demonstrado nesta dissertação alguns ganhos com a Reforma Psiquiátrica, sobretudo nos cuidados da pessoa com transtorno mental e seu retorno ao convívio familiar, faz-se necessário apontar os ataques e retrocessos na Política de Saúde Mental nos governos passados dos Presidentes Michel Temer e Jair Bolsonaro, conforme discutido no capítulo dois. Constatou-se o incentivo sem precedentes por parte do governo federal ao retorno ao tratamento dos dependentes químicos em comunidades terapêuticas, entre outras ações que foram mencionadas

anteriormente. Cabe mencionar o desmonte na Política de Saúde Mental, que, especialmente, repercutiu nos CAPS.

Apresentam-se, na sequência, os aspectos relacionados ao trabalho do assistente social no CAPS, seus desafios, impactos e análises acerca do trabalho profissional nesse processo de desmonte na Política de Saúde Mental. Busca-se, ainda, analisar os relatos das entrevistadas a respeito da agudização dos desmontes na Política de Saúde Mental e em relação ao trabalho do assistente social dos CAPS.

No que diz respeito ao atendimento do profissional de Serviço Social nos CAPS dos municípios M1 e M2, de acordo com o relato das entrevistadas E1 e E2, a realidade difere de um município para outro, em virtude do espaço físico, conforme se observa na fala da entrevistada:

**E1/M1:** “Não tenho sala própria, por exemplo, amanhã e terça, né, a psicóloga também não tá aqui, a psicóloga atende quarta, quinta e sexta. Aí eu trabalho aqui segunda tarde, terça de manhã, aí terça de manhã eu fico aqui porque a médica tá atendendo na outra sala lá, e quando é quinta, eu fico na sala improvisada, nas sextas eu volto para ficar aqui porque a médica não atende. A médica só atende terça e quinta. Aí se a pedagoga precisar fazer uma triagem”.

**E2/M2:** “Tenho sala individual de atendimento. Aqui cada profissional tem sua sala”.

A partir do relato da entrevistada E1/M1, observa-se o espaço físico inadequado, o que contradiz a garantia e a preservação do sigilo profissional, bem como a garantia desse sigilo nos atendimentos aos usuários, seja de forma individual, seja em grupo. Percebe-se também a ausência de equipamentos e materiais para a viabilização do trabalho profissional, pois foi possível notar, em um dos momentos das entrevistas, a falta, por exemplo, de computador, impressora e sala para atendimento exclusivo do assistente social, o que nos aponta para o atendimento imediato e de caráter emergencial, que, historicamente, atravessa décadas no cotidiano do profissional de Serviço Social.

Mediante os relatos da entrevistada E1/M1, entende-se que há um prejuízo nos atendimentos para a população usuária, na medida em que existe um rodízio para garantir o atendimento do profissional de Serviço Social. Portanto, nessa situação relatada, é pertinente apontar que, no quadro normativo do Serviço Social, há duas resoluções expedidas pelo CFESS que abordam a relevância da compreensão do sigilo profissional. Uma delas é a Resolução CFESS n. 493, de 21 de agosto de 2006, que regulamenta e dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício

profissional do Assistente Social e prevê algumas condições mínimas para o exercício da profissão. Essa Resolução, em seu artigo 2º, orienta que:

a- O **local** de atendimento destinado ao Assistente Social deve ser dotado de espaço suficiente, para **abordagens** individuais **ou coletivas**, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

**b - iluminação adequada** ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional;

**c - recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado** durante o processo de intervenção profissional;

**d - ventilação adequada** a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas

e- Espaço adequado para **colocação de arquivos** para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado. Art. 3º - O atendimento efetuado pelo Assistente Social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o Sigilo (CFESS, 2006, p. 2).

Essa resolução busca normatizar as condições de trabalho a partir do que é considerado apropriado para prestar um serviço de qualidade aos usuários do Serviço Social: um espaço de atendimento que garanta privacidade e um espaço físico para guardar os arquivos de material técnico sigiloso e de portas fechadas. Existe ainda a Resolução n. 556, de 15 de setembro de 2009, que versa sobre os procedimentos para efeito de lacração do Material Técnico e Material Técnico Sigiloso do Serviço Social, em seu artigo 2º:

Entende-se por material técnico Sigiloso toda documentação produzida, que pela natureza de seu conteúdo, deva ser de conhecimento restrito e, portanto, requeiram medidas especiais de salvaguarda para sua custódia e divulgação. Parágrafo Único - O material técnico Sigiloso caracteriza-se por conter informações Sigilosas, cuja divulgação comprometa a imagem, a dignidade, a segurança, a proteção de interesses econômicos, sociais, de saúde, de trabalho, de intimidade e outros, das pessoas envolvidas, cujas informações respectivas estejam contidas em relatórios de atendimentos, entrevistas, estudos sociais e pareceres que possam, também, colocar os usuários em situação de risco ou provocar outros danos (CFESS, 2009, p. 2).

Todas essas condições são de extrema importância, sobretudo para que o atendimento sigiloso seja prestado e respeitado conforme preconiza o Código de Ética do assistente social, o que tem sido negligenciado nos espaços pesquisados de E1/M1, a partir das análises realizadas.

De acordo com a entrevista do E2/M2, observa-se que essa realidade difere entre os municípios, visto que a entrevistada assegura que há sala individual para todos os profissionais, garantindo a privacidade no atendimento aos usuários,

conforme foi possível constatar de perto no espaço de realização da entrevista. Compreende-se que, a partir do relato dessa entrevistada, os atendimentos correspondem ao que está preconizado na Resolução n. 556/CFESS, 2009.

Para o Conselho Federal de Serviço Social, os assistentes sociais devem ter condições adequadas e dignas de trabalho, asseguradas por órgãos contratantes, que lhes permitam ouvir, atender, fazer ligações e fazer os encaminhamentos necessários para a atuação técnica, em conformidade com os artigos 4º e 5º da Lei 8.662/93, sobre competência e filiação profissional. Portanto, é necessário garantir recursos materiais e humanos de forma a realizar os trabalhos de modo competente e eficiente e permitir o exercício dos princípios de confidencialidade e profissionalismo.

Quando questionadas sobre a carga horária e o tipo de vínculo empregatício de trabalho, as entrevistadas responderam:

**E1/M1:** “trabalho de segunda a sexta-feira e nossa carga horária aqui são de 30 horas semanais e meu contrato de trabalho é temporário, por indicação”.

**E2/M2:** “trabalho só um horário de segunda a sexta-feira, mas às vezes fico o dia todo, quando precisam, e tenho contrato temporário”.

Conforme as informações apresentadas pelas entrevistadas, a carga horária das assistentes sociais é de 30 (trinta) horas semanais de trabalho, o que condiz com a Lei n. 12.317, de 27 de agosto de 2010, que estabeleceu a jornada de trabalho de 30 horas semanais para essa categoria de profissionais. No entanto, mesmo com essa conquista das 30 horas garantidas de trabalho para esses profissionais, percebemos, através de seus relatos, que estas possuem vínculo empregatício precarizado do tipo contrato temporário ou através de indicação política, práticas corriqueiras em prefeituras de pequenos municípios.

Desse modo, para Antunes (2018), a inserção no mundo do trabalho é cotidianamente modificada, diante da precarização, da terceirização, da informalidade e da flexibilização nas relações de trabalho, acentuando-se a degradação.

O trabalho que caracteriza o nosso tempo é marcado: [...] por bilhões de homens e mulheres dependentes de forma exclusiva do trabalho para sobreviver e encontrar, cada vez mais, situações instáveis, precárias, ou vivenciando diretamente o flagelo do desemprego. Isto é, ao mesmo tempo que se amplia o contingente de trabalhadores e trabalhadoras em escala global, há uma redução imensa dos empregos; aqueles que se mantêm empregados presenciam a corrosão dos seus direitos sociais e a erosão de suas conquistas históricas, consequência da lógica destrutiva do capital [...] recria, no mais distantes e longínquos espaços, novas modalidades de trabalho informal, intermitente, precarizado, “flexível”, depauperando ainda

mais os níveis de remuneração daqueles que se mantêm trabalhando (ANTUNES, 2018, p. 26).

Nessa direção, Souza (2008) confirma que o assistente social já ocupa um espaço ímpar no mercado de trabalho, ou seja, quando atua diretamente nas atividades cotidianas de classes e grupos sociais desfavorecidos e/ou favorecidos, tem a possibilidade irrefutável de geração de conhecimento sobre a realidade empírica.

A realidade apresentada revela a desvalorização e a falta de reconhecimento do trabalho profissional, que têm se espreado nos espaços sócio-ocupacionais do profissional de serviço social, dentre eles, o serviço público e, especificamente, a saúde. Sendo assim, conforme aponta Sakamoto (2007), as condições de trabalho são determinadas através dos contratos de trabalho aos quais os trabalhadores estão subordinados, estabelecendo-se a intensidade, a jornada, o salário, o controle do trabalho, os índices de produtividade e as metas a serem cumpridas, seja na esfera privada, seja na esfera pública,

Ao tratar do processo de precarização do trabalho profissional do Serviço Social, Raichelis (2011) faz a seguinte reflexão:

Essa dinâmica de flexibilização/precarização atinge também o trabalho do assistente social, nos diferentes espaços institucionais em que se realiza, pela insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outros [...]. No âmbito do Serviço Social, intensificam-se as formas de precarização do trabalho, subcontratação de serviços individuais dos assistentes sociais por parte de empresas de serviços ou de assessoria, de “cooperativas” de trabalhadores, na prestação de serviços aos governos e organizações não governamentais, acenando para o exercício profissional privado (autônomo), temporário, por projeto, por tarefa, em função das novas formas de gestão das políticas sociais (RAICHELIS, 2011, p. 422).

Conforme os relatos, é possível perceber como tem ocorrido esse processo de precarização do trabalho do assistente social nas políticas públicas. É nesse contexto de insegurança, com suas limitadas sob o processo de desmonte das políticas sociais, que se encontra o assistente social no âmbito da saúde mental.

Ao serem questionadas sobre como analisam as políticas de saúde mental e o que entendem por essa política e sobre os desafios, as entrevistadas apontam o seguinte:

**E1/M1:** [...] olha, a política da saúde mental é uma política muito importante, né, e eu vejo assim, que é muito esquecida, as pessoas não valorizam, não se preocupam e principalmente agora com esse desmonte que a gente tá vivendo. Hoje, pós pandemia, é o que estou vendo aqui, que os cortes públicos têm afetado bastante mesmo os CAPS. A gente tá sem fazer oficinas terapêuticas, sem material, sem alimentação para o pessoal vir e o que temos é relato de as pessoas estarem cada vez mais adoecidas, os pacientes intensivos, tempo ocioso em casa com problemas familiares. Eles tinham uma rotina de vir aqui para o CAPS passar o dia, socializar, se tratarem e também de fazer o tratamento, que é a proposta do CAPS, que é esse modelo substitutivo, né, ao hospital [...]”.

**E2/M2:** “eu acho a política de saúde mental linda e importante para as pessoas doente mental”.

Conforme aponta em seu relato, a entrevistada E1/M1 reconhece a importância no âmbito da política de saúde mental. Por outro lado, fala da desvalorização, da ausência de recursos e da falta de incentivo profissional por parte da gestão. Essa falta de incentivo e de condições de trabalho foi destacada como um fator desestimulante para a operacionalização do trabalho profissional, assim como a não visibilidade do usuário com transtorno mental, e da política de saúde mental como um todo no município, reflexo do contexto da contrarreforma do Estado.

Sob essa lógica, cabe pontuar que o Serviço Social ocupa um espaço peculiar e único na produção do conhecimento científico, para além do discurso pautado no senso comum, cujo saber configura-se inegavelmente como uma importante ferramenta de trabalho, possibilitando a percepção de diferentes realidades constituídas em suas muitas dimensões. Segundo Iamamoto (2004), o assistente social responde às demandas tanto do capital quanto do trabalho, somente podendo fortalecer um ou outro polo por meio da mediação de seu oposto. Nessa perspectiva, participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação como da mesma atividade, na resposta às necessidades existenciais da classe trabalhadora e na reprodução desses antagonismos de interesses sociais, fortalecendo os motores que constituem a história.

Considera-se que as falas da entrevistada E1/M1 materializam o sucateamento da política de saúde mental, com cortes orçamentários que resultam na sua precarização e com tendências privatizantes que têm asseverado a precarização do trabalho dos assistentes sociais com contratos temporários, rotatividade, contribuindo para a sua racionalização, instituindo nessa política novas formas de controle e gestão do trabalho que comprometem a efetivação de direitos. Além disso, impõe barreiras

ao acesso da população aos serviços de saúde, contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e se constituindo como ferramenta do não direito. Todas essas mudanças impactam sobremaneira no trabalho do assistente social, que tem enfrentado situações desafiadoras no cotidiano do serviço social. Com a reestruturação produtiva e o acirramento do desmonte pós-golpe de 2016, a precarização social do trabalho passou por uma reconfiguração e ampliação, levando a uma regressão social em todas as suas dimensões. Para Druck (2013, p. 374):

A precarização social do trabalho é um fenômeno velho e novo, é diferente e igual, é passado e presente e é um fenômeno de caráter macro e microsocial. A precarização histórica e estrutural do trabalho, nas várias fases de desenvolvimento do capitalismo, se transforma, se reconfigura, ou seja, se metamorfoseia.

Dessa forma, tornam-se indispensáveis a materialização e a ampliação das lutas tomadas pelos atores que fazem a Reforma Sanitária e Psiquiátrica, sendo necessário que os trabalhadores da saúde mental possam dialogar em conjunto e unir forças sociais frente ao avanço dessa lógica neoliberal, que se dá de forma a privilegiar a burocratização dos serviços e a dificultar os direitos dos trabalhadores atuantes no campo das políticas públicas sociais, sobretudo na saúde mental.

Em relação a E2/M2, esta limitou-se a dizer que o CAPS é importante para as pessoas que têm doença mental. Porém, os CAPS não se limitam somente às pessoas com doença mental. Diante dessa fala, verifica-se uma visão esvaziada no que concerne ao entendimento da política de saúde mental.

Ao serem questionadas sobre como observam os impactos do desmonte da política de saúde mental na vida dos usuários, declaram:

**E1/M1:** “as pessoas estão adoecendo, a cada dia mais a gente não vê nada do Governo Federal, a gente não vê uma política pública que fortaleça o direito. Realmente o que eu tenho observado é que o agravamento dos transtornos das pessoas que já tinham, e o adoecimento da população, devido a cortes, devido à pobreza, devido à miséria, devido a tantas perdas, as pessoas que não tinham absolutamente nada de problemas de saúde estão tendo crise de ansiedade, crise de pânico, depressão, tentativa de suicídio, e têm atingindo todas as idades: é criança, é adulto, é idoso, é em geral todas as classes”.

**E2/M2:** “eu vejo muita gente mais adoecida, o CAPS cada vez mais cheio”.

Diante das falas das entrevistadas, podem-se analisar aspectos referentes ao agravamento das expressões da questão social, como a pobreza, o desemprego, a

fome, que impactaram diretamente na saúde mental dos usuários dessa política, conforme relatado acima.

No momento de maior fragilidade e necessidades em razão do adoecimento, o usuário trabalhador e/ou desempregado é penalizado por adoecer ou é sentenciado pela pobreza, devido a tantas perdas. Nesse sentido, a entrevistada denuncia a gravidade do adoecimento. Entretanto, não percebe que também pode ser atingida por essas doenças, em virtude do contrato temporário, dos baixos salários, da rotatividade e do medo de perder o emprego.

Ainda a respeito dessa questão, continua a entrevistada falando sobre os desafios:

**E1/M1:** “os desafios são os maiores e é o que mais temos, pois encontro tantas dificuldades, que são limitação, pois, na verdade, quando eu vejo que as pessoas que eu venho atendendo são pessoas que tão adoecidas e aí relatam que estão tendo crise e tal, mas quando você vai a fundo percebo que a pobreza ela tem uma parcela importante no adoecimento e aí não tenho como sanar a situação, então encaminho para um ter acesso a uma cesta básica, mas são coisas paliativas, porque não tem remédio para a fome, com a miséria, o desemprego são coisas que você não tem como remediar. Então, não adianta, eu tenho casos assim que vejo que a pessoa estava doente, mas aí eu vou encaminhar para psicólogo, mas sei que o psicólogo não vai ter como dar conta daquilo, pois a questão é um desemprego, é não ter o que dar para seu filho comer sabe, então, assim, é muita coisa que foge da nossa alçada”.

**E2/M2** “O maior desafio é ter que atender a todos os pacientes para que eles fiquem satisfeitos e não reclamem”.

Isso posto, diante das falas da entrevistada E1/M1, é possível perceber que a pobreza e a exclusão social, como expressão da questão social, atravessam cotidianamente o fazer profissional do Serviço Social, o que nos leva a refletir acerca da precariedade da proteção social nas políticas públicas e, sobretudo, nas políticas sociais. Yazbek (2001, p. 35), ao discutir sobre a pobreza, indica:

A violência da pobreza é parte da nossa experiência diária. Deixam marcas sobre a população empobrecida: o aviltamento do trabalho, o desemprego, os empregados de modo precário, ou seja, os não empregáveis, supérfluos, a debilidade da saúde, o desconforto da moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, a ignorância, a revolta, a tensão e o medo são sinais que anunciam os limites da condição de vida dos excluídos e subalternizados.

No âmbito da saúde mental, os desafios trazidos são os mais variados, por exemplo, a questão da fome, que está inserida em uma perspectiva mais ampla, uma

vez que esta nunca ocorre de maneira isolada, mas vem acompanhada de outros fatores de risco, que são os fatores biopsicossociais. Infelizmente, o cerne da questão de forma global ainda é a fome, um problema extremo que merece atenção imediata, pois priorizar o combate à fome de modo pontual diante de um cenário mais complexo de desigualdade social pode não parecer suficiente, porém ainda se faz urgente e necessário.

Nesse sentido, o profissional de Serviço Social da saúde deve pensar na saúde mental não apenas de um ponto de vista biológico, mas de um ponto de vista biopsicossocial, buscando a intersetorialidade com a finalidade de encontrar programas sociais e outras medidas cabíveis pertinentes para a garantia de direitos fundamentais básicos.

Destaca-se que, desde o golpe institucional de 2016, acirraram-se a fragmentação e o desinvestimento nas políticas públicas, o desmonte de direitos sociais através da reforma trabalhista e previdenciária, ampliando a precarização dos direitos sociais dos trabalhadores, assim como sua inserção precarizada no mercado de trabalho, ao passo que a pobreza e a desigualdade social também cresceram de forma exponencial.

Desse modo, é possível perceber cada vez mais o fortalecimento da concepção neoliberal de Estado, no sentido de naturalizar a pobreza, na medida em que as políticas sociais continuam com seu caráter focalizado e excludente, oferecendo garantias mínimas de sobrevivência, a exemplo da proposta de auxílio emergencial de caráter temporário e sem garantias de continuidade, concebido pelo governo Bolsonaro.

Fica explícito pelas falas das entrevistadas que há uma intensificação do adoecimento da população no contexto ultraneoliberal, pois é no amontoado de atividades aligeiradas, de forma precária, que o trabalhador passa a desenvolver transtornos de ordem psíquica, tais como fobias, transtornos de ansiedade e depressão. Com esse raciocínio, Raichelis (2011, p. 01) complementa:

Em um contexto societário de transformações no trabalho de tal monta, marcado pela retração e, mesmo, pela erosão do trabalho contratado e regulamentado, bem como dos direitos sociais e trabalhistas, ampliam-se também as relações entre trabalho e adoecimento, repercutindo na saúde física e mental dos trabalhadores, nas formas de objetivação e subjetivação do trabalho.

Nessa linha de entendimento, a saúde mental também faz parte das expressões da questão social, sendo dentro da relação capital x trabalho que o profissional de Serviço Social é convocado a responder as requisições e demandas advindas do cotidiano da profissão.

Quando questionadas sobre o corte do orçamento do governo federal na política de saúde mental e de que forma fazem a análise dessa política, as entrevistadas declaram:

**E1/M1:** “Com certeza em todo mundo, de todo modo de todas as formas. Mudou com para pior, né na verdade, o que o governo quer é que volte àquele modelo do hospital psiquiátrico, né então, todo o todo o corte que está sendo feito é justamente para mostrar que o CAPS não precisa, não é necessário, então que volte, né aos manicômios, que é o que eles, o governo Bolsonaro, ele sempre quis. Aí redução de alguns medicamentos né o corte dos recursos públicos para as oficinas para ver muitas ações para públicos de profissionais, mal pagamento dos profissionais aqui.”

**E2/M2:** “não percebi esse corte, não atingiu aqui. Às vezes faltava medicamentos, mas passava pouco tempo, uma semana, mais ou menos, vejo que falta articulação das redes de serviços”.

Foram mencionadas as dificuldades enfrentadas cotidianamente, por exemplo, a falta investimentos, que recai na ausência de medicamentos para os usuários da saúde mental. Além das dificuldades enfrentadas na Política de Saúde Mental, as entrevistadas relatam passar por dificuldades com a falta de apoio da rede<sup>19</sup> de serviços, que não se articula para promover a efetivação dos direitos no campo da saúde mental. Como percebemos, trata-se de investimento precário e insuficiente na política de saúde mental, que impacta não somente a vida do usuário, mas também o fazer profissional. Pode-se compreender que o processo de formação precarizado implica também a precarização do trabalho e do trabalhador, especialmente do Serviço Social.

No contexto da realização das entrevistas, percebe-se o receio das entrevistadas de não se sentirem à vontade para falar sobre os cortes na saúde mental ou expor a situação dos municípios no contexto de desmonte, uma contradição no que

---

19 Sobre o conceito de redes: definem-se como organizações poliárquicas, de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral para determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2010, p. 2300).

concerne aos impactos da contrarreforma na Política de Saúde Mental. Isso posto, é possível compreender que essas contradições são inerentes às transformações do mundo de trabalho a partir da reestruturação produtiva. Esses impactos perpassam o receio que as trabalhadoras e trabalhadores têm de perder seus empregos, por não possuírem vínculos estáveis, pois, no que tange às políticas sociais no contexto neoliberal, é importante ressaltar que o tipo de vínculo ao qual os profissionais estão submetidos, a exemplo do que está citado acima, além de causar rotatividade nos serviços, fragiliza a prática interdisciplinar dos trabalhadores. A esse respeito, Vasconcelos (2009, p. 43) esclarece:

O impacto do neoliberalismo no Brasil, em nível das políticas sociais, está sendo o desmonte da assistência pública nas áreas de saúde, educação, previdência, segurança, justiça, cultura, entre outras. Na área da saúde mental, nesse quadro, o neoliberalismo incentiva a busca da medicalização, através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa.

Como é possível perceber, as falas apontam para o processo de esvaziamento da política de saúde mental, na qual os CAPS, que deveriam atender às demandas da população usuária, não conseguem dar respostas efetivas, não rompendo com o modelo tradicional, que consiste apenas no tratamento medicamentoso e na internação hospitalar, deixando os usuários da política de saúde desassistidos em seus direitos básicos. Para Bisneto (2007, p. 44), “o Serviço Social está inserido nessa trama cheia de armadilhas que é o neoliberalismo simultâneo ao Movimento da Reforma Psiquiátrica, e apenas com muita análise é possível delinear uma emancipatória para os assistentes sociais”. Nessa perspectiva, a saúde mental não tem sido priorizada, não havendo programas de prevenção, em que os CAPS aparecem como serviço desprestigiado para atender à população “pobre”.

Nesse sentido, de acordo com Antunes (2018, p. 159), a flexibilização do trabalho está na base do adoecimento:

A flexibilidade ou flexibilização constitui hoje uma espécie de síntese ordenadora dos múltiplos fatores que fundamentam as alterações na sociabilidade do capitalismo contemporâneo. Do ponto de vista de seu impacto nas relações de trabalho, a flexibilização se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural.

Portanto, a partir da pesquisa realizada, pode-se observar como essas transformações no mundo do trabalho têm se materializado, alterando demasiadamente a configuração do serviço social nos CAPS, bem como a capacidade propositiva profissional no atendimento das demandas da população. Nota-se que as barreiras criadas a partir do novo modelo de gestão do trabalho limitam as possibilidades de atuação do assistente social, como também o acesso da população a direitos sociais básicos, o que tem sido uma preocupação mencionada pelas entrevistadas.

Questionadas em relação à Educação Permanente, as entrevistadas responderam:

**Com relação à formação continuada no M1, espaço sócio-ocupacional, a entrevistada E1 respondeu:** “não há investimentos para os profissionais se capacitarem, quando a gente vem saber das coisas já é através do povo”.  
**Com relação à formação continuada, a entrevista E2 do M2 respondeu:** “as reuniões para tratar sobre o processo de trabalho e referências utilizadas no cotidiano da profissão acontecem de forma gradual, existe um núcleo de educação permanente para ofertar essa capacitação e que geralmente **faz uso das portarias e leis como base para seu fazer profissional**”.

Sobre o processo de educação permanente dos CAPS, nos municípios pesquisados, foi possível perceber, através das falas das entrevistadas, que em um dos municípios esse processo de formação continuada não acontece. Nota-se a insatisfação na fala da E1/M1, ao relatar a falta de investimentos em capacitação profissional. Porém, constata-se que, apesar de E2/M2 relatar que possui capacitação na Política de Saúde do município, observa-se que há fragilidade na consistência teórica acerca do que seja a Educação Permanente em Saúde. Nesse sentido, fica nítida a falta de investimento na Política de Saúde, sobretudo na Política de Saúde Mental. A esse respeito, Pinheiro, Hypólito e Kantorski (2019, p. 05) ressaltam:

A EPS é um dispositivo potente para qualificar a gestão e o trabalho em saúde, quando se propõe a construir um SUS pautado pela necessidade de mudar o modo de cuidar e o processo de governar na saúde. Antes de uma opção restrita ao técnico-administrativo, a gestão em saúde precisa ser concebida como processo pedagógico e inventivo; consiste em modos de estar nos serviços, de se relacionar, de se conectar e de se constituir em alteridade.

É importante destacar que a formação profissional é uma ferramenta de grande relevância e impõe a necessidade constante de qualificação, exigindo que o profissional esteja sempre se atualizando, para que, no cotidiano do espaço sócio-

ocupacional, possa decifrar a realidade social para além das expressões do imediato, especialmente no cenário em que foi desmantelada a Política de Saúde Mental. “A EPS, como uma estratégia de transformação do trabalho em espaço de ação crítica e reflexiva, necessita a compreensão de que é no cotidiano dos serviços que a produção de conhecimento se materializa como produção de vida” (PINHEIRO; HYPÓLITO; KANTORSKI, 2019, p. 05). Fica notório que cada vez mais é desafiador desempenhar o trabalho profissional de Serviço Social na saúde mental, na medida em que esse profissional, para dar respostas qualificadas, necessita ter acesso a uma formação contínua.

Desse modo, uma das provocações no processo de formação em Serviço Social é a de sempre estar estimulando não somente os profissionais, mas também os estudantes, a fim de que estejam alicerçados numa perspectiva crítica. Nessa direção, é imprescindível, no contexto adverso de reprodução ampliada do capital sobre o trabalho, alcançar esforços para analisar a realidade social, de maneira crítica, uma vez que esta se modifica constantemente, assim:

[...] decifrar as novas mediações por meio das quais se expressa a questão social hoje é de fundamental importância para o serviço social em uma dupla perspectiva: para que se possa tanto apreender as várias Políticas de Educação Permanente do Conjunto CFESS-CRESS expressões que assumem, na atualidade, as desigualdades sociais – sua produção e reprodução ampliada –, quanto projetar e forjar formas de resistência e defesa da vida (IAMAMOTO, 2007, p. 161).

A crise em curso na saúde mental não ocorre somente na esfera local, mas também na esfera nacional, demonstrada por escolhas políticas para a operacionalização dos serviços de saúde, pela crise econômica do Estado e pelo avanço da ingerência no âmbito das políticas sociais. Nessa direção, a sustentabilidade dos serviços nos CAPS dos municípios pesquisados sofre os limites impostos pelo modelo de gestão adotado, com vínculos trabalhistas frágeis, sucateamento de unidades e desmonte de equipes de saúde num contexto de desfinanciamento para a política de saúde mental.

A análise das informações coletadas aponta para a compreensão do trabalho dos assistentes sociais nos CAPS na dinâmica da contrarreforma do Estado, evidenciando os efeitos perversos da “modernização” e as novas formas de precarização do trabalho e desmonte da política social brasileira. No contexto de desmonte da saúde mental, está posta no serviço social a necessidade de refletir

sobre as implicações da precarização do trabalho profissional e do acesso aos direitos da população, buscando construir estratégias coletivas para o enfrentamento e superação das dificuldades presentes no processo de trabalho.

#### **4.3 Os desafios do trabalho do/a assistente social na Política de Saúde Mental**

Fazendo a análise da contrarreforma na Política de Saúde Mental, torna-se imprescindível destacar que foi no processo de redemocratização do país, na década de 1980, que as lutas se tornaram constantes em busca de um modelo de assistência psiquiátrica com dignidade humana, não apenas para as pessoas com transtornos mentais, mas também para os trabalhadores. Em capítulos anteriores desta dissertação, pôde-se observar os avanços e os retrocessos ocorridos nessa política. Desse modo, cabe pontuar que somente foi possível a efetivação de forma concreta com o advento da Lei 10.216 de 2001.

Concomitantemente aos avanços na Política de Saúde Mental, as investidas ultraconservadoras, com seu viés privatista, de desmonte, do não investimento, impactam no trabalho do assistente social dessa política. No que concerne aos desafios do trabalho do assistente social, têm sido constantes, sobretudo por precisar enfrentar e responder às demandas da questão social nesse contexto de desmontes das políticas públicas, em especial na de saúde mental. “As políticas neoliberais não estão realmente interessadas em diminuir os custos, mas sim, em garantir o lucro do empresariado e a manutenção do poder e da hegemonia” (BISNETO, 2007, p. 43).

Como consequência desse contexto neoliberal, o profissional de Serviço Social encontra dificuldades de se articular com a equipe multiprofissional e interdisciplinar, o que se apresenta como um dos desafios da profissão, pois esses impactos alcançam as equipes de trabalho, levando cada profissional a atuar individualmente, fragilizando assim as ações que deveriam ser realizadas de forma coletiva, conforme foi possível observar nos relatos dos profissionais pesquisados. Para Bisneto (2007, p. 44), “o Serviço Social em Saúde Mental está inserido nesta trama cheia de armadilhas que é o neoliberalismo simultâneo ao Movimento da Reforma Psiquiátrica, e só com muita análise é possível delinear uma prática emancipadora para os assistentes sociais”.

Entende-se que se configura um cenário que ocasiona modificações no trabalho do assistente social, posto que

[...] é esse contexto que altera a demanda de trabalho do assistente social, modifica o mercado de trabalho, altera os processos de trabalho e as condições em que se realizam, nos quais os assistentes sociais ingressam enquanto profissionais assalariados. As relações de trabalho tendem a ser desregulamentadas e flexibilizadas. Verifica-se, também, uma ampla retração dos recursos institucionais para acionar a defesa dos direitos e dos meios de acessá-los. Enfim, tem-se um redimensionamento das condições do nosso exercício profissional efetivado em condições de assalariamento (IAMAMOTO, 2010, p. 233).

Essa conjuntura evidencia a importância de refletir e compreender cada vez mais os fundamentos do Serviço Social, fazendo-se urgente e necessário estudar essa profissão com vistas a entender o mundo capitalista, sobretudo nessa conjuntura de desmontes e retrocessos sem precedentes, na busca de fortalecer a perspectiva histórico-crítica, que é resultante das relações sociais e, nesse sentido, o Projeto Ético-Político da profissão.

A esse respeito, Bisneto (2007, p. 61) ratifica que “o assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para a intervenção no campo psiquiátrico”. Nesse movimento, o profissional de Serviço Social na Política de Saúde Mental não deve se deter apenas ao “cuidado” em si, mas também buscar eleger sempre um discurso alçado na criticidade.

Conforme Iamamoto (2010), o assistente social é tido como um agente especializado dotado de privilégios, pois, à medida que decifra a realidade da classe trabalhadora através de suas ações, passa a compreender com profundidade de que forma esses sujeitos tentam ser protagonistas de suas próprias histórias de vida, de suas lutas cotidianas, enquanto classe social trabalhadora. No entanto, a autora afirma que se configura uma potencialidade da qual não se costuma tirar um vasto proveito, uma vez que há carências na formação acadêmica.

Faz-se necessário ressaltar também a relevância do trabalho multidisciplinar junto à equipe multiprofissional, posto que é no cotidiano do trabalho profissional do Serviço Social que há a possibilidade da dimensão plural de observar e se deparar com a necessidade de compreender a complexidade que está presente na vida dos usuários da Política de Saúde Mental. É nesse espaço sócio-ocupacional que se passa a entender o usuário em sua totalidade, pois é compreendendo a realidade do contexto familiar dos usuários dessa política que se identifica a presença de preconceito, negligência, falta de acesso aos direitos trabalhistas, previdenciários,

ente outros aspectos. Nessa perspectiva, cabe mencionar que o assistente social, nesse espaço de ocupação, detém conhecimentos teórico-metodológicos, políticos e técnico-operativos da profissão para realizar intervenções efetivas.

Há um entendimento de que o “social” seja contemplado apenas pelos profissionais de Serviço Social. Embora muitas vezes estes tenham uma formação generalista, conseguem acolher as demandas sociais: “formação [...] de caráter generalista, envolvendo um conjunto de conhecimentos teórico-metodológicos, necessários ao processo de inserção social” (PEREIRA, 2011, p. 68). Com essa qualidade, compreensão e embasado no aporte teórico-metodológico e técnico-operativo, o profissional de Serviço Social atravessa o cotidiano dos CAPS I.

Sabe-se que o profissional de Serviço Social é componente de fundamental importância no que diz respeito à mobilização e às inserções dos usuários dessa política, não somente como protagonista de seus direitos, mas também na participação do controle social, nos movimentos e nas lutas sociais. Sendo assim, trata-se de mais um desafio do assistente social, posto que se observa, por meio das análises, as dificuldades de trazer os usuários para participarem das ações, em face do desmonte das políticas sociais e da escassez nos investimentos.

O neoliberalismo é uma nova forma atualizada de redução de gastos com a clientela e aumento da acumulação capitalista para os donos de estabelecimentos psiquiátricos e indústrias multinacionais. Os trabalhadores de Saúde Mental estão sendo prejudicados pelo desemprego, terceirização, precarização, instabilidade no emprego etc. também em função da reestruturação produtiva que atinge até os serviços (BISNETO, 2007, p. 44).

É imprescindível mencionar que os desafios encontrados para a efetivação do trabalho do assistente social junto à política de saúde mental são produzidos pelas crises econômica e política as quais o país vem atravessando, visto que, para além dos retrocessos, os desafios também são constantes para que essa política seja de fato efetivada, conforme preconizado em leis. É nessa perspectiva neoliberal e ultraconservadora do Presidente Bolsonaro que o descuido com a saúde mental ganha corpo, com a privação de investimentos e de financiamentos nos CAPS, o que impacta diretamente na vida dos usuários que necessitam desse serviço, recaindo também sobre os trabalhadores da saúde, em especial dos CAPS.

A consolidação do projeto ético-político da profissão é um outro importante desafio que precisa ser considerado. Na análise dos princípios defendidos nesse

projeto, observa-se que passeiam na contramão da conjuntura sociopolítica, definida por influências neoliberais, o que claramente causa empecilhos para a efetivação das pautas de legitimação da profissão (IAMAMOTO, 2010). Contudo, mostra-se indispensável que o assistente social busque incessantemente a legitimidade da profissão na sociedade capitalista, para que este tenha o direcionamento das ações enquanto profissional e enquanto classe trabalhadora, mas também com vistas a alargar a efetivação do projeto societário contra-hegemônico, somado a outras forças sociais que lutam constantemente pela não opressão.

O vínculo precário do assistente social e demais profissionais na saúde mental e a recorrente mudança no quadro técnico apontam para a dificuldade de estruturar o serviço no modelo definido na Política de Saúde Mental. O Estado neoliberal alimenta uma lógica precária, sem nenhum respeito ao que está preconizado na Constituição Federal de 1988 no que se refere ao concurso efetivo, às condições de trabalho, a não rotatividade dos profissionais que compõem as equipes, visando que os usuários dessa política não percam suas referências. Nessa direção, a partir da pesquisa realizada, pode-se notar que a efetivação da política na perspectiva da garantia direitos se constitui “a letra morta da lei”, duramente rechaçada em tempos de governo ultraneoliberal.

Em relação aos dados empíricos, percebe-se que as condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito dos CAPS estão distantes do que está definido na Constituição Federal de 1988. A admissão desses profissionais não se concretizou através de concurso público, o que nos apresenta de forma aberta a desproteção desses trabalhadores, uma vez que estes não têm seus direitos trabalhistas efetivados, quais sejam: férias, décimo terceiro, carteira assinada e, sobretudo, salários dignos.

A precarização do trabalho, nesse sentido, alcança várias faces no que concerne à Saúde Mental, em que os CAPS são referência, um equipamento público estruturado em nível nacional a partir da Política de Saúde Mental. Conforme mencionado anteriormente, neste estudo identifica-se que essa precarização se revela em todo o país.

Conforme foi possível constatar mediante as entrevistas, os profissionais de Serviço Social, assim como os demais trabalhadores da Saúde Mental, possuem uma vinculação trabalhista precarizada, que se dá a partir de indicação política. Essa situação nos revelou que o quadro de servidores se torna rotativo, na medida em que,

a cada mudança de gestão, muda-se o profissional contratado, comprometendo a execução e a qualidade das políticas sociais. Sendo assim, há uma contradição no que se refere à implementação dos CAPS no âmbito da Política de Saúde Mental e da NOB/RH–SUS (BRASIL, 2005), posto que esta delimita os princípios e diretrizes da gestão do trabalho no SUS, a defesa e a garantia da não precarização dos trabalhadores desse sistema.

Porém, como garantir o trabalho não precarizado no contexto de ultraneoliberalismo, que traz como consequências a flexibilização e a desregulamentação do trabalho, bem como o desmonte na Política de Saúde Mental? Diante dessas contradições, observa-se que o profissional de Serviço Social, para garantir o que prescreve a Política de Saúde Mental, tem desempenhado seu fazer profissional de forma limitada, dando respostas frágeis, cumprindo apenas o que chamam de “arranjo institucional”. Com essas análises e reflexões, pode-se perceber que as condições de trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais, sobretudo na saúde mental, se dão a partir de condições precárias da atuação profissional, afetando ética e tecnicamente o trabalho profissional.

Apreende-se que o projeto profissional do Serviço Social é antagônico em relação à política ultraneoliberal que tem avançado no Brasil desde o golpe político e midiático de 2016, conforme mencionado anteriormente neste estudo. Os projetos em disputa sofrem constantes ameaças de se centralizarem nas mãos dos grandes empresários. O Serviço Social confronta a estrutura do capital desde sua essência da “exploração do homem pelo homem”, segundo Marx. No entanto, há as ameaças de desmontes nas políticas sociais, sobretudo na Política de Saúde Mental, com as reformas trabalhistas, ocasionando drásticas consequências, conforme tratado em capítulos anteriores. É nesse campo de disputa, posto a partir da EC n. 95/2016, que se coloca o trabalho do assistente social, sob forte ameaça de governos fascistas e ultraconservadores já referidos dos governos Temer e Bolsonaro. A esse respeito, Yazbek (2018, p. 189) coloca:

O Serviço Social, portanto, é parte integrante do processo histórico que assume as relações sociais na sociedade burguesa em seus processos de mudanças, inserindo-se no conjunto da classe trabalhadora, de suas lutas e apontando para a necessidade de um trabalho social orientado para a emancipação humana. Efetivamente, os assistentes sociais fazem parte da mudança, como gestores e operadores de políticas sociais, que se tem constituído historicamente numa das mediações fundamentais para o exercício profissional.

Nesse sentido, é preciso enfatizar que o Serviço Social, enquanto profissão e formação de profissionais, necessita ficar ancorado nas relações sociais e articular mudanças coletivas. Desse modo, a profissão é indagada e desafiada, segundo Yazbek (2018, p. 191), pela “necessidade de construir direitos e outras mediações políticas e ideológicas expressas [...] por ações de resistência e de alianças estratégicas no jogo da política em suas múltiplas dimensões, por dentro dos espaços institucionais e especialmente no contexto das lutas sociais”.

Em tempos de desmonte, essas considerações sinalizam a necessidade urgente de fortalecimento da sociedade civil organizada com os movimentos sociais, promovendo estratégias de posicionar-se frente aos desafios para atender as demandas coletivas da classe trabalhadora que se direcionam à garantia dos direitos no âmbito da política de saúde mental, buscando espaços para desempenhar nossas atribuições e competências, resistindo aos ataques do fascismo, do negacionismo, do conservadorismo, do enxugamento da máquina estatal, características do ultraneoliberalismo e da extrema direita, e não desistindo de lutar cotidianamente pela nossa sobrevivência.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Em tempos de humanidade desumanizada, de desordem sangrenta, nada deve parecer natural, porque nada deve parecer impossível de ser mudado (BRECHT, Bertolt).*

A inquietação deste estudo emergiu do cotidiano vivenciado no primeiro espaço sócio-ocupacional de trabalho do qual fiz parte e dos desafios que foi possível enfrentar enquanto profissional do Serviço Social na Saúde Mental. Em tempos de desmontes nas políticas sociais, em especial na Política de Saúde Mental, esses desafios têm sido ainda mais devastadores, pois é nesse contexto de intensas mudanças, ocorridas nesse cenário ultraneoliberal, que se conforma a Política de Saúde Mental brasileira.

Fica evidente como essas mudanças têm sucedido de modo a acomodar as políticas sociais nesse ideário neoliberal. Esta dissertação teve como finalidade demonstrar o processo de desmonte e de contrarreforma na Política de Saúde Mental brasileira, assim como evidenciar os seus rebatimentos na atuação do assistente social nos CAPS, a partir de conjunturas reais que se consolidam através de leis, portarias e resoluções.

É importante mencionar que o processo da implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira não se deu da forma esperada por aqueles que lutaram incansavelmente para que houvesse sua solidificação, na medida em que é possível constatar que houve avanços, mas também recuos, sobretudo no que foi pleiteado como métodos de tratamento da saúde mental, baseados em experiências internacionais. A história nos revela que, apesar de grandes tentativas de reforma, o sistema de atenção à saúde mental se perpetuou em um modelo focado na maximização dos lucros do setor privado, modelo que se consolidou desde o período da ditadura militar, quando o tratamento se dava através de internação.

Com o avanço das políticas neoliberais na década de 1990, os direitos conquistados na Constituição de 1988 começaram a sofrer grandes impactos da mercantilização, inclusive com a privatização de órgãos públicos. Alinhada às privatizações, e com aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, logo após o golpe parlamentar midiático de 2016 se presencia a agudização da contrarreforma, que precariza ainda mais o sistema público de saúde, ao congelar por 20 anos o orçamento federal destinado a gastos com saúde. De acordo com Antunes (2018 p.

138), “[...] esse é o contexto no qual, com a vitória do neoliberalismo no Brasil nos anos 1990, se desenvolve o processo de reestruturação produtiva. Um processo desencadeado em meio a condições de exploração [...]”.

Destarte, essa contrarreforma no Estado brasileiro traz à tona não somente a desregulamentação das políticas sociais, causando a desproteção social e retirando a responsabilidade do Estado para com os usuários e trabalhadores em especial da Política de Saúde Mental, mas evidencia também o descaso com a classe trabalhadora, uma vez que esta se submete aos novos modelos de trabalho regulados na precarização, flexibilização e racionalização dos serviços.

A desregulamentação desses direitos aconteceu através de legislações perversas e pela reconfiguração do mundo do trabalho coordenada nos padrões da reestruturação produtiva. Presencia-se um período de trabalho sem quaisquer tipos de direitos e de proteção, no qual se vive uma “nova morfologia” do trabalho, em uma metamorfose que modifica a forma de ser da classe trabalhadora (ANTUNES, 2018).

No contexto de desmonte da Política de Saúde Mental, o assistente social permanece com a necessidade de fazer reflexões sobre os rebatimentos em sua atuação nos CAPS, assim como sobre as implicações dessa contrarreforma no trabalho profissional e no acesso aos direitos dos usuários dessa política, procurando construir estratégias coletivas para o enfrentamento, como maneira de amenizar as dificuldades que aparecem no cotidiano do assistente social. A esse respeito, assinala Faleiros (1993, p. 55):

A luta pelo acesso aos direitos passa também pelo cotidiano do profissional, pois às filas silenciosas, à tramitação burocrática, ao adiamento dos pedidos é preciso contrapor táticas de comunicação, de agrupamento, de expressão da insatisfação, de manifestação da palavra, de exigências de respostas claras, de prestação de contas, de explicações plausíveis.

Essas reflexões nos levam a perceber que, cada vez mais, os assistentes sociais precisam estudar a profissão para compreender, para decifrar a realidade, para saber se mover nesse mundo capitalista, como também para não cair na armadilha de responder as requisições impostas pelo mercado. Precisam compreender a relevância de se articular com a sociedade civil e com os movimentos sociais, procurando uma forma de se posicionar frente aos desafios e atender aos interesses coletivos que se direcionam à garantia dos direitos no âmbito dos CAPS. Nesse sentido, lamamoto (2012, p. 193-194) chama a atenção para duas questões:

Em primeiro lugar, a necessidade de se atribuir a maior rigor a consistência e a apropriação das matrizes teórico-metodológicas incidentes no campo da formação, especialmente por parte do quadro de docente, transitando da mera reprodução dos conceitos a apreensão da lógica de construção das explicações da vida social; condição para que possam iluminar as análises das situações cotidianas enfrentadas pelos assistentes sociais em sua prática profissional [...]. Em segundo lugar, o encaminhamento daqueles dilemas referentes à prática profissional requer a criteriosa pesquisa acerca das problemáticas sobre as quais incide o exercício profissional [...].

É necessário que o profissional de Serviço Social que atua nas políticas sociais, sobretudo nas de saúde mental, busque fazer constante análise crítica do exercício profissional, para que possa problematizar as demandas advindas dos usuários, realizar intervenções, estando sempre traçando estratégias com o objetivo de responder com qualidade e tentar com que os usuários do serviço não percam seu acesso e apresentem resultados significativos no tratamento.

Isso posto, considera-se importante acreditar em novos rumos para as políticas públicas brasileiras, traçados a partir do governo Lula, que retornou ao poder em 2023 com grandes desafios, especialmente no campo saúde. Ao assumir o Ministério da Saúde, Nísia Trindade, primeira mulher a ocupar a pasta, trouxe importantes críticas acerca do contexto no qual a política de saúde foi gerida nos últimos sete anos, apontando para a necessidade de fortalecimento do SUS. Nesse sentido, a ministra afirma que “o Ministério da Saúde resgatará a liderança junto aos demais entes e nenhuma decisão das políticas nacionais atropelará a necessidade de debate, acúmulo e maturidade das decisões tomadas no âmbito tripartite”. Também destacou a importância de reorganização da Política de Saúde Mental: “O que nós temos na pauta para revogar é toda a parte da saúde mental que contraria os preceitos que nós defendemos, como a humanização da luta antimanicomial”<sup>20</sup>.

O reconhecimento do desmonte empreendido na saúde é o primeiro passo para traçar estratégias de reconstrução e fortalecimento da política, com vistas a alcançar os direitos estabelecidos na Constituição Federal, duramente rechaçados nos últimos anos. Nesse sentido, conclui-se com a expectativa de resgate do SUS e dos direitos da população brasileira.

---

<sup>20</sup> <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2023/01/5063406-ministra-da-saude-confirma-revogaco-de-medidas-que-ferem-direitos-humanos.html>

## REFERÊNCIAS

- ABEPPS. A Política de Educação Permanente e o projeto de formação profissional do/a assistente social: contribuições da ABEPSS. *In: Política de Educação Permanente do Conjunto CFESS-CRESS*. Brasília, 2012.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, Adriano Bittencourt. **O outro lado da Baía**: a gênese de uma rede urbana colonial. Salvador: Edufba, 2013.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROCO, Maria Lucia. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. **Revista Trimestral de Serviço Social**, São Paulo, ano XXXVI, n. 124, especial nov. 2015.
- BASÁGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. (Obra original em Italiano, 1968).
- BASÁGLIA, Franco. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEZERRA, J. R. B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis. Revista Saúde Coletiva**, v. 2, n. 17, 2007.
- BISNETO, J. A. A Inserção do Serviço Social na Saúde Mental nos anos de 1970. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SERVIÇO SOCIAL*, 10. **Anais...** Rio de Janeiro, 2001.
- BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço Social**: uma análise institucional da prática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Portaria n. 1/2018**. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Pnad. Brasília, 2018.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_03.07.2019/art\\_198\\_.as](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_03.07.2019/art_198_.as) p. Acesso em: 9 mar. 2021.

BRASIL. **Lei 10.216 de 2001**. Reforma Psiquiátrica e os Direitos das Pessoas com Transtornos Mentais no Brasil. Disponível em: <https://saudedireito.org/2014/05/26/lei-10-216-de-2001-reforma-psiquiatica-e-os-direitos-das-pessoas-com-transtornos-mentais-no-brasil/> Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2017. **Centro de Atenção Psicossocial-CAPS**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n. 3.088. de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: [portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas](http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas). Acesso em: 28 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as portarias de consolidação n. 3 e n. 6, de 18 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1028, de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta portaria. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html). Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_caps.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf) Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p.: il. (Caderno Humaniza SUS; v. 5). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf) Acesso em: 20 jul. 2021

- BRASIL. Organização Mundial de Saúde. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial**. 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial> Acesso em: 5 out. 2019.
- BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.; MENEZES, J. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, v. 2, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630) Acesso em: 13 out. 2022.
- BRITO, H. B; CATRIB, A. M. Representação social e subjetividade do adoecer psíquico. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 285-296, 2004.
- CHAUÍ, Marilena. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.
- CISNE, Mirla Alváro. **Serviço Social: uma profissão de mulheres para mulheres? uma análise crítica da categoria gênero na histórica “feminização” da profissão**. 2004. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.
- COMO A PANDEMIA da Covid-19 afetou a saúde mental dos brasileiros. Disponível em: <https://www.nationalgeographicbrasil.com/ciencia/2022/10/como-a-pandemia-de-covid-19-afetou-a-saude-mental-dos-brasileiros> Acesso em: 12 out. 2022.
- ROBAINA, Conceição Maria Vaz. Trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, abr./jun. 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Código de ética profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Resolução n. 493, de 21 de agosto de 2006**. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do Assistente Social e prevê algumas condições mínimas para o exercício da profissão. Brasília: CFESS, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de Assistência Social**. Brasília: CFESS/CFP, 2009.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DA BAHIA – CREMEB. **Relatório de Avaliação da Saúde Mental no Estado da Bahia. Parecer CREMEB 13/08**. Aprovado em Sessão Plenária de 04/04/2008. Disponível em: [https://www.cremeb.org.br/wpcontent/uploads/2015/12/PARECER-CREMEB-13\\_2008.pdf](https://www.cremeb.org.br/wpcontent/uploads/2015/12/PARECER-CREMEB-13_2008.pdf) Acesso em: 13 out. 2022.
- COSTA, M. D. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 62 p. 41, mar. 2000.
- DEGRAFF, D.; ANKER, R. Gênero, mercado de trabalho e o trabalho de mulheres. *In*: **Gênero nos estudos de população**. Campinas, 2004.
- DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Acesso em: 10 out. 2022.

- DIAS, W. **Territórios de Identidade e Políticas Públicas na Bahia**: gênese, resultados, reflexões e desafios. Feira de Santana: Zarte, 2016.
- DRUCK, Graça. Precarização social do trabalho. *In: Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil II*. São Paulo: Boitempo, 2013.
- DUARTE, Marco José de Oliveira. **O processo de construção de campo psicossocial na política pública de saúde mental**: uma análise micropolítica da produção do cuidado. 2013. Tese (Doutorado Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2013.
- DUARTE, Marco José de Oliveira. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. *In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 150-164.
- FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- FIOCRUZ. Casa de Oswaldo Cruz. Fonte: **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil - 1832-1840**. 2013. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- GERSCHAMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectivas, 1987.
- GUERRA, I. Instrumentalidade no trabalho do assistente social. *In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 4*. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.
- GUERRA, Yolanda. O projeto profissional crítico: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social e Sociedade**, n. 91, 2007.
- HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira**: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Rio Grande do Sul, 2007.
- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2005.
- IAMAMOTO, M. V. Reflexões sobre atribuições privativas do(a) Assistente Social. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade. **Revista Em Questão**, Brasília, fev. 2002.
- IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994.
- IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico metodológico. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação o histórico-metodológica**. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. Trajetórias e desafios. *In: SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL*, 18., 2004, San José. La Cuestión Social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latino-americana. **Anais...** Buenos Aires: Espacio, 2004. v. 1. p. 17-50.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

KAUARK, Fabiana. **Metodologia da pesquisa: guia prático** / Fabiana Kauark, Fernanda Castro Manhães e Carlos Henrique Medeiros. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KOGA, Dirce Harue Ueno. **Subsídios para delimitação do território de Proteção Social Básica/PSB do SUAS nos diferentes portes municipais, com enfoque nos territórios intraurbanos, a partir do estudo da concepção de território para a Política Nacional de Assistência Social**, 2015.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A Construção do Saber: manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1982.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. Tradução de Carlos Eduardo Silveira Matos *et al.* Londres: Verso, 1978. (2ª impressão, 1980).

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARTINELLI, M. L. (org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINELLI, M. L. Notas sobre mediações: alguns elementos para sistematização da reflexão sobre o tema. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 14, n. 43, p. 136-141, dez. 1993.

MARTINS, José de Souza. **O massacre dos inocentes: a criança sem infância no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1991.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 10. ed. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. São Paulo: Difel, 1983. v. I, p. 8-17.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da Economia Política**. Tradução de Maria Helena Barreiro Alves; revisão da tradução de Carlos Roberto F. Nogueira. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos e filosóficos**. Terceiro manuscrito. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores).

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos filosóficos**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/7fwZ5dVP5rJq8XdCJfbjWP/?lang=pt>. Acesso em: 08 dez. 2022.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 15, n. 5, p. 2297-2306, 2010.

- MINAYO, M. C. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2017.
- MINAYO, M. C. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MIOTO, Regina Célia Tamaso; CAMPOS, Maria Silva; CARLOTO, Cássia Maria (org.). **Familismo, direito e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.
- MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- MOURA, Heline C. *et al.* (org.). *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS: a atuação do Serviço Social na política de saúde mental brasileira: desafios contemporâneos, 1. **Anais...** Londrina, de 09 a 12 de junho de 2015.
- NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.
- NETTO, José Paulo. **Economia política**: uma introdução crítica. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica de serviço social; v. 1).
- NÚCLEO DE ESTUDOS PELA SUPERAÇÃO DOS MANICÔMIOS – NESM. **Elementos para uma Análise da Situação da Reforma Psiquiátrica na Bahia**. Salvador. 2001. (Mimeo).
- NUNES, Monica *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 12, dez. 2019.
- OLIVEIRA, G. N. **O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. (Saúde em Debate; v. 183).
- ROSA, Lúcia C. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e inter-classes CAPS ONOKO CAMPOS. Rosana Teresa. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 114, p. 311-331, abr./jun. 2013.
- PASSOS, R. G. **Em tempos sombrios, vamos falar de saúde mental**. 2021. *Le Monde Diplomatique Brasil*. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/em-tempos-sombrios-vamos-falar-de-saude-mental/> Acesso em: 10 out. 2022.
- PEREIRA, R. C. **Políticas de saúde mental no Brasil**: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01). Biblioteca Virtual em Saúde, 2004.
- PINHEIRO, M. C.; HYPÓLITO, A. L.; KANTORSKI, L. P. Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. **J. Nurs. Health**. v. 9, n. 2, p. 199-203, 2019.
- PIZZANI, Luciana *et al.* A Arte da Pesquisa Bibliográfica na Busca do Conhecimento. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 53-66, jul./dez. 2012.
- PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/p26q6> Acesso em: 10 dez. 2022.
- PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

- RABELO, Antônio Reinaldo; MODESTO, Teresa N.; MODESTO NETO, Augusto. A reforma psiquiátrica na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 22, n. 1/4, jan./dez. 1996/1997.
- RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, set. 2011.
- RESENDE, H. Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. *In*: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org.). **Cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 15-73.
- RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 25 de jul. 2022.
- RIBEIRO, I. R. Fundo público e a construção da hegemonia no Brasil: as demandas das frações burguesas para as políticas econômicas e sociais. *In*: SALVADOR, E. **Estado, política social e direitos**. Embu das Artes: Alexa, 2021.
- ROSA, Lúcia C. **Atenção psicossocial e serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.
- ROSA, Lúcia C. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2010.
- ROSA, Lúcia C. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- SADER, E. *et al.* **Estado e hegemonia: o Brasil do real**. Rio de Janeiro: UERJ, 1996.
- SALVADOR, Evilásio da Silva. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serviço social e sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 426- 446, set./dez. 2017.
- SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Edusp, 2002.
- SILVA, M. O. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. *In*: SILVA, M. O. S. (coord.). **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. São Paulo: Veras; São Luís: GAEPP, 2008.
- SOARES, R. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social**. 2010. 209 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – CCSA, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
- SOUZA, Charles Toniolo. **A prática do assistente social: conhecimento instrumentalidade e intervenção profissional**. Ponta Grossa, 2008.
- SOUZA, Sílvia C. **Tessituras dos Territórios de Identidade na Bahia: gestão territorial, trajetórias e vivências coletivas de participação**. 2021. Tese (Doutorado Serviço Social) – PUC-São Paulo, 2021.
- TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org.). **Cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- TUNDIS, Silvério (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

- VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e transdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. *In*: ROSA, L. C.; VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- YAZBEK, Maria. Pobreza e Exclusão Social: expressões da Questão Social no Brasil. **Rev. Temporalis**, v. 2, n. 3, p. 88, jan./dez. 2001.
- YAZBEK, Maria. Serviço Social, Questão Social e Políticas Sociais em tempos de degradação do trabalho humano, sob o domínio do capital financeiro. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 21, n. 1, p. 183-194, jul./dez. 2018.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE I – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Os tópicos e perguntas abaixo têm o objetivo de guiar a pesquisadora no decorrer da entrevista.

### **Identificação:**

- 1. Nome (opcional)**
- 2. Idade:**
- 3. Raça/etnia**
- 4. Identidade de gênero**
- 5. Religiosidade**
- 6. Formação Profissional:**
- 7. Graduação:**
- 8. Quanto tempo de graduada?**
- 9. Especialização na área e afins ()**
- 10. Tempo de Serviço no CAPS?**
- 11. Tipo de vínculo:** () CLT por tempo determinado () CLT por tempo indeterminado () Concurso Público () outro especifique \_\_\_\_\_
- 12. Admissão:** () concurso público () processo seletivo () Indicação
- 13. Perfil da Unidade de Saúde:**

Gestão/ Nível de Atenção

### **Setor do Serviço Social:**

- 14. Número de assistentes sociais no CAPS?**
- 15. Você acha que esse número de profissionais é suficiente para atender a demanda desse CAPS? Por quê?**
- 16. Quais são as principais demandas que você atende?**
- 17. Qual o perfil dos usuários que você atende?**
- 18. Você pode descrever a rotina de trabalho do serviço social no CAPS?**
- 19. Quais são as técnicas utilizadas por vocês e como vocês materializam as dimensões da profissão?** () realiza entrevista () faz acolhimento () orientação sobre benefícios () visita domiciliar () grupos terapêuticos
- 20. Como você analisa a política de saúde mental?**
- 21. Quais os desafios vivenciados pelo cotidiano profissional e suas formas de enfrentamento no CAPS?**
- 22. Pensando nas questões de gênero, raça e sexualidade, como essas questões e suas opressões se materializam no cotidiano dos usuários do CAPS?**
- 23. O que você entende por saúde mental?**
- 24. Em sua opinião, quais as principais ações do serviço social que precisam serem adotadas na execução do CAPS?**
- 25. A Assistência à saúde mental foi atingida pelo corte de orçamento do governo federal? Se sim, de que forma?**
- 26. Nesse atual contexto, que mudanças você observa que vem acontecendo na saúde mental e como você avalia essas mudanças?**
- 27. Como você analisa a importância do assistente social frente a política de saúde mental?**
- 28. No CAPS, você tem formação continuada/educação permanente e como é realizada?**
- 29. Se sim, quais os autores de referência que são utilizados?**

**30.** Participa de reuniões regulares com a equipe para discutir a prática profissional?  
( ) Sim ( ) Não Por quê?

## APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

Prezado(a) participante você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CONTRARREFORMA DO ESTADO: uma análise sobre o trabalho do (a)s Assistentes Sociais em Centros de Atenção Psicossocial-CAPS do Recôncavo da Bahia**, sob a orientação da Professora Doutora Simone Brandão Souza, realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Territórios da UFRB.

O objetivo da pesquisa é analisar o de trabalho do(a)s Assistentes Sociais na Política de Saúde Mental no contexto da contrarreforma do Estado, em CAPS de dois Municípios denominados nesta pesquisa de **M1e M2**, ambas localizadas no Recôncavo da Bahia. Participando do estudo você está sendo convidada a responder entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, de forma presencial, as respostas serão analisadas pela pesquisadora, armazenadas em computador.

Todos os documentos relativos à pesquisa serão guardados em local restrito pelo prazo de 5 (cinco) anos pela pesquisadora, sem dados que possibilitem a identificação dos participantes. Contudo, apesar da consciência da possibilidade destes riscos existirem, esta pesquisa buscará trabalhar de forma a evitar a sua ocorrência, bem como buscará não ferir a singularidade do participante, e sim, respeitá-los em todas as suas dimensões.

Importante, salientar que os sujeitos e a instituição a ser pesquisada, preferiu pela forma presencial. A pesquisa cumpre as exigências referentes ao sigilo e aspectos éticos conforme instituído na Resolução 466/12 e Resolução 510/2016, pois esta trata das Ciências Humanas e Sociais do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos.

O convite para participar dessa pesquisa é de grande relevância, porém a sua participação será de forma voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento.

Considerando o cenário da pandemia da COVID-19, no intuito de minimizar os riscos da sua participação na pesquisa, por ser de forma presencial, inclusive acordada pelos sujeitos participantes as entrevistas, estas acontecerão acompanhando as recomendações e protocolos de segurança sanitária vigente

Informo também que o projeto de pesquisa será avaliado pelo Comitê de Ética da UFRB e que a pesquisa só será iniciada após a aprovação por este comitê.

No que se refere aos riscos relacionados à participação na pesquisa podemos destacar alguns deles: Invasão de privacidade; possibilidade de constrangimento; indisponibilidade de tempo para responder ao instrumento; alterações de comportamento; desconforto emocional relacionado a presença do pesquisador; desconfortos e constrangimentos quando a falta de cuidado na elaboração do conteúdo e no modo de aplicação.

**Como forma minimizar eventuais riscos a pesquisadora deverá:** interromper a pesquisa, sem danos e prejuízos; assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico/financeiro; garantir explicações necessárias para responder as questões; garantir uma abordagem

cautelosa ao indivíduo considerando e respeitando seus valores, cultura e crenças; promoção de privacidade em ambiente tranquilo e seguro; garantir o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes ou qualquer outra forma que permita a identificação individual. Inclusive, o não cumprimento desses riscos, poderão ocasionar pedido de indenização pelos sujeitos participante da pesquisa, no caso os entrevistados.

Os custos desta pesquisa são exclusivamente a cargo da pesquisadora. Sua participação se efetivará através de entrevista **semiestruturada** com perguntas abertas e fechadas, de forma presencial, garantidas a confidencialidade e a privacidade. Nessa entrevista todas as informações prestadas são preservadas de forma sigilosas.

Para confirmar sua participação você precisará ler todo este documento e depois e assinar. Este documento se chama TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Nele estão contidas as principais informações sobre o estudo, objetivos, metodologias, riscos e benefícios, dentre outras informações. Você também poderá solicitar uma versão deste documento a qualquer momento pelo e-mail registrado no final deste termo. Caso concorde em participar da pesquisa, é importante guardar uma cópia do documento em seus arquivos.

O tempo de duração da entrevista é cerca de 30 minutos a 01 hora. As perguntas que serão realizadas e apresentam uma síntese do conteúdo para uma tomada de decisão informada. Caso não deseje responder pergunta obrigatória, tem o direito de a não responder, encerrando a entrevista. A precisão de suas respostas é fundamental para a qualidade da pesquisa. Você não será remunerada, visto que sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Caso decida desistir da pesquisa você poderá interromper a entrevista e sair do estudo a qualquer momento, sem nenhuma restrição ou punição.

O consentimento será previamente apresentado e caso concorde em participar, será considerada anuência quando responder a entrevista da pesquisa. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Os benefícios diretos dessa pesquisa envolvem o conhecimento o trabalho do assistente social nos Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, colocando em foco o desmonte, o retrocesso na Política de Saúde Mental, podendo contribuir com as discussões acerca do tema e de forma significativa para a construção de estratégias para enfrentamento da precarização do trabalho profissional. Caso retire o consentimento de utilização dos dados da pesquisa, a pesquisadora deverá informar estar ciente da desistência, ficando obrigada a enviar a resposta de ciência ao participante da pesquisa sobre a retirada do consentimento.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. É assegurado aos participantes o acesso aos resultados da pesquisa.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora através: Rua Leonídio M Sacramento, 77, Primavera, Cruz das Almas-BA, CEP 44380-000 E-mail: jadnacosta12@hotmail.com Telefone: 84 98869-9569 23

Em caso de dúvidas sobre ética em Pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFRB. O CEP é um órgão colegiado, de natureza técnico-científica, vinculado à Reitoria da UFRB e constituído nos termos da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Endereço: Rua Ruy Barbosa, 719- Centro (Prédio da Reitoria) - Cruz das Almas/BA – 44.380-000 E-mail: [eticaempesquisa@comissao.ufrb.edu.br](mailto:eticaempesquisa@comissao.ufrb.edu.br) Telefone: (75) 3621-6850 75 99969-0502 (WhatsApp)

### **Responsabilidade do Pesquisador**

É relevante frisar que todas as folhas deste TCLE, serão rubricadas pelos participantes da pesquisa. A presente pesquisa está baseada na Resolução CNS 466/12 e na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e objetiva respeitar integralmente os seus dispositivos, relacionadas às diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa com seres humanos, levando em conta a liberdade de participação dos atores sociais envolvidos e a sua autorização para participar do trabalho investigativo – as pesquisadoras declaram expressamente que se comprometem a cumprir estas resoluções.

Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP, conforme o Parecer n. 5.804.480, perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa, bem como assegurar o acesso ao resultado da pesquisa.

### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, **aceito voluntariamente participar do presente estudo intitulado “A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CONTRARREFORMA DO ESTADO: uma análise sobre o trabalho do (a)s Assistentes Sociais em Centros de Atenção Psicossocial-CAPS do Recôncavo da Bahia”, desenvolvido pela pesquisadora Jadna Kelly da Silva, sob responsabilidade da orientadora a Professora Dr<sup>a</sup>. Simone Brandão Souza.** O pesquisador me informou sobre tudo o que vai acontecer na pesquisa, o que terei que fazer, inclusive sobre os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. O pesquisador me garantiu que eu poderei sair da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma restrição ou punição e que esta decisão não me trará nenhum tipo de penalidade.

---

Assinatura da pesquisadora  
Pesquisador Responsável

---

Assinatura do participante da pesquisa  
Nome Participante

Cruz das Almas/BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

Prezado(a) participante você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CONTRARREFORMA DO ESTADO: uma análise sobre o trabalho do (a)s Assistentes Sociais em Centros de Atenção Psicossocial-CAPS do Recôncavo da Bahia**, sob a orientação da Professora Doutora Simone Brandão Souza, realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Territórios da UFRB.

O objetivo da pesquisa é analisar o de trabalho do(a)s Assistentes Sociais na Política de Saúde Mental no contexto da contrarreforma do Estado, em CAPS de dois Municípios denominados nesta pesquisa de **M1e M2**, ambas localizadas no Recôncavo da Bahia. Participando do estudo você está sendo convidada a responder entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, de forma presencial, as respostas serão analisadas pela pesquisadora, armazenadas em computador.

Todos os documentos relativos à pesquisa serão guardados em local restrito pelo prazo de 5 (cinco) anos pela pesquisadora, sem dados que possibilitem a identificação dos participantes. Contudo, apesar da consciência da possibilidade destes riscos existirem, esta pesquisa buscará trabalhar de forma a evitar a sua ocorrência, bem como buscará não ferir a singularidade do participante, e sim, respeitá-los em todas as suas dimensões.

Importante, salientar que os sujeitos e a instituição a ser pesquisada, preferiu pela forma presencial. A pesquisa cumpre as exigências referentes ao sigilo e aspectos éticos conforme instituído na Resolução 466/12 e Resolução 510/2016, pois esta trata das Ciências Humanas e Sociais do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos.

O convite para participar dessa pesquisa é de grande relevância, porém a sua participação será de forma voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento.

Considerando o cenário da pandemia da COVID-19, no intuito de minimizar os riscos da sua participação na pesquisa, por ser de forma presencial, inclusive acordada pelos sujeitos participantes as entrevistas, estas acontecerão acompanhando as recomendações e protocolos de segurança sanitária vigente

Informo também que o projeto de pesquisa será avaliado pelo Comitê de Ética da UFRB e que a pesquisa só será iniciada após a aprovação por este comitê.

No que se refere aos riscos relacionados à participação na pesquisa podemos destacar alguns deles: Invasão de privacidade; possibilidade de constrangimento; indisponibilidade de tempo para responder ao instrumento; alterações de comportamento; desconforto emocional relacionado a presença do pesquisador; desconfortos e constrangimentos quando a falta de cuidado na elaboração do conteúdo e no modo de aplicação.

**Como forma minimizar eventuais riscos a pesquisadora deverá:** interromper a pesquisa, sem danos e prejuízos; assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico/financeiro; garantir

explicações necessárias para responder as questões; garantir uma abordagem cautelosa ao indivíduo considerando e respeitando seus valores, cultura e crenças; promoção de privacidade em ambiente tranquilo e seguro; garantir o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes ou qualquer outra forma que permita a identificação individual. Inclusive, o não cumprimento desses riscos, poderão ocasionar pedido de indenização pelos sujeitos participante da pesquisa, no caso os entrevistados.

Os custos desta pesquisa são exclusivamente a cargo da pesquisadora. Sua participação se efetivará através de entrevista **semiestruturada** com perguntas abertas e fechadas, de forma presencial, garantidas a confidencialidade e a privacidade. Nessa entrevista todas as informações prestadas são preservadas de forma sigilosas.

Para confirmar sua participação você precisará ler todo este documento e depois e assinar. Este documento se chama TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Nele estão contidas as principais informações sobre o estudo, objetivos, metodologias, riscos e benefícios, dentre outras informações. Você também poderá solicitar uma versão deste documento a qualquer momento pelo e-mail registrado no final deste termo. Caso concorde em participar da pesquisa, é importante guardar uma cópia do documento em seus arquivos.

O tempo de duração da entrevista é cerca de 30 minutos a 01 hora. As perguntas que serão realizadas e apresentam uma síntese do conteúdo para uma tomada de decisão informada. Caso não deseje responder pergunta obrigatória, tem o direito de não responder, encerrando a entrevista. A precisão de suas respostas é fundamental para a qualidade da pesquisa. Você não será remunerada, visto que sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Caso decida desistir da pesquisa você poderá interromper a entrevista e sair do estudo a qualquer momento, sem nenhuma restrição ou punição.

O consentimento será previamente apresentado e caso concorde em participar, será considerada anuência quando responder a entrevista da pesquisa. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Os benefícios diretos dessa pesquisa envolvem o conhecimento o trabalho do assistente social nos Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, colocando em foco o desmonte, o retrocesso na Política de Saúde Mental, podendo contribuir com as discussões acerca do tema e de forma significativa para a construção de estratégias para enfrentamento da precarização do trabalho profissional. Caso retire o consentimento de utilização dos dados da pesquisa, a pesquisadora deverá informar estar ciente da desistência, ficando obrigada a enviar a resposta de ciência ao participante da pesquisa sobre a retirada do consentimento.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. É assegurado aos participantes o acesso aos resultados da pesquisa.

#### **Contato:**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora através: Rua Leonídio M Sacramento, 77, Primavera, Cruz das Almas-BA, CEP 44380-000 E-mail: jadnacosta12@hotmail.com Telefone: 84 98869-9569 23

Em caso de dúvidas sobre ética em Pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFRB. O CEP é um órgão colegiado, de natureza técnico-científica, vinculado à Reitoria da UFRB e constituído nos termos da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Endereço: Rua Ruy Barbosa, 719- Centro (Prédio da Reitoria) - Cruz das Almas/BA – 44.380-000 E-mail: [eticaempesquisa@comissao.ufrb.edu.br](mailto:eticaempesquisa@comissao.ufrb.edu.br) Telefone: (75) 3621-6850 75 99969-0502 (WhatsApp)

### **Responsabilidade do Pesquisador**

É relevante frisar que todas as folhas deste TCLE, serão rubricadas pelos participantes da pesquisa. A presente pesquisa está baseada na Resolução CNS 466/12 e na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e objetiva respeitar integralmente os seus dispositivos, relacionadas às diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa com seres humanos, levando em conta a liberdade de participação dos atores sociais envolvidos e a sua autorização para participar do trabalho investigativo – as pesquisadoras declaram expressamente que se comprometem a cumprir estas resoluções.

Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP, conforme o Parecer n. 5.804.480, perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa, bem como assegurar o acesso ao resultado da pesquisa.

### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, **aceito voluntariamente participar do presente estudo intitulado “A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CONTRARREFORMA DO ESTADO: uma análise sobre o trabalho do (a)s Assistentes Sociais em Centros de Atenção Psicossocial-CAPS do Recôncavo da Bahia”, desenvolvido pela pesquisadora Jadna Kelly da Silva, sob responsabilidade da orientadora a Professora Dr<sup>a</sup>. Simone Brandão Souza.** O pesquisador me informou sobre tudo o que vai acontecer na pesquisa, o que terei que fazer, inclusive sobre os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. O pesquisador me garantiu que eu poderei sair da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma restrição ou punição e que esta decisão não me trará nenhum tipo de penalidade.

---

Assinatura da pesquisadora  
Pesquisador Responsável

---

Assinatura do participante da pesquisa  
Nome Participante

Cruz das Almas/BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.