



**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

VANISSE BERNARDES BEDIM

**O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DE JUIZ DE FORA/MG**

JUIZ DE FORA

2023

VANISSE BERNARDES BEDIM

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DE JUIZ DE FORA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Área de Concentração “Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social”, Linha de Pesquisa “Serviço Social e Sujeitos Sociais”, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte.

JUIZ DE FORA

2023

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

Bedim, Vanisse Bernardes.
O trabalho da/o assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora/MG / Vanisse Bernardes Bedim.
-- 2023.
168 f. : il.

Orientador: Marco José de Oliveira Duarte
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2023.

1. Trabalho profissional. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Psicossocial. I. Duarte, Marco José de Oliveira, orient. II. Título.

Vanisse Bernardes Bedim

**O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
(CAPS) DE JUIZ DE FORA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social.

Aprovada em 29 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Marco José de Oliveira Duarte - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Sabrina Pereira Paiva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Rachel Gouveia Passos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Juiz de Fora, 28/02/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Marco Jose de Oliveira Duarte, Professor(a)**, em 31/03/2023, às 19:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rachel Gouveia Passos, Usuário Externo**, em 03/04/2023, às 11:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



eletrônica

Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)**, em 03/04/2023, às 17:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1165518** e o código CRC **E4E662CD**.

*Aos profissionais de Serviço Social que,
incansavelmente, lutam por equidade e justiça!*

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho é a concretude de uma avalanche de emoções, desde o medo, insegurança, preocupação até a satisfação, orgulho, coragem, força e persistência. Resumindo em uma palavra tudo isso: resiliência! Em meio a uma pandemia, na qual nunca havia vivenciado um período tão desgastante, um sentimento tão angustiante e voraz, mas ainda assim persistir, pesquisar, ler, entrevistar, estudar, compilar dados, analisá-los em meio a um caos externo e interno, mostrou-me que não podemos desistir tão facilmente.

Todo esse processo de construção me desafiou todos os dias, me levou à fadiga, mas me mostrou o quanto prazeroso, gratificante e recompensador é construir um trabalho tão relevante, depositando toda minha energia para um produção de intenso significado social.

Soma-se a isso, além de muito esforço pessoal, apoio dos meus familiares, que me estendem a mão nos momentos felizes e desafiadores da vida, estão comigo em todas as conquistas, torcem e vibram com os resultados.

Agradeço, com todo meu amor, à minha mãe, ao meu pai, que são meu porto seguro.

Agradeço à minha irmã, ao meu irmão, por serem meu ombro amigo, meu esteio, meu tudo!

Agradeço a Deus, que faz tudo no tempo certo!

Agradeço ao meu orientador, tão assertivo nas indagações e nos questionamentos, me trazendo reflexões para desvelar uma realidade tão necessária.

Agradeço as assistentes sociais que cederam parte de seu tempo de trabalho, de lazer, de final de semana para concederem as entrevistas, entregando o seu melhor. Obrigada por serem protagonistas desta pesquisa e por me proporcionarem tanto aprendizado!

Enfim, o sentimento que prevalece é o de gratidão! Valeu a pena chegar até aqui.

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.

Paulo Freire

RESUMO

A presente dissertação de mestrado em Serviço Social busca problematizar e compreender a concretização do trabalho profissional de assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Juiz de Fora – MG, como essas profissionais atuam e materializam seu trabalho, formalizam suas ações e sobre quais fundamentos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo estão baseadas suas intervenções. Essa pesquisa constitui em uma proposta de análise dos limites e desafios para a realização do trabalho profissional do/a assistente social no modelo de atenção psicossocial, tendo os CAPS de Juiz de Fora - MG (CAPS Leste, CAPS IJ, CAPS Casa Viva, CAPSad, CAPS Liberdade) como pano de fundo dessa atuação, no âmbito da micropolítica, numa conjuntura macrossocial na qual se situa a Política de Saúde Mental. Nesta perspectiva, sendo este espaço sócio-ocupacional do Serviço Social inserido na lógica do Sistema Único de Saúde, procurou-se identificar através da trajetória histórica da política de saúde e, especialmente, da saúde mental, como a conformação atual dos CAPS rebate no trabalho profissional cotidiano e quais os limites e desafios encontrados pelos/as assistentes sociais, bem como as estratégias que estes/as utilizam na realização de seu trabalho. Para isso, foi realizado um resgate histórico do Serviço Social enquanto profissão e sua aproximação com a política de Saúde Mental, aprofundando-se da categoria trabalho para, finalmente, identificar através dos/as próprios/as profissionais as situações limites, os desafios e as possibilidades de ação.

Palavras-chaves: Trabalho Profissional; Saúde Mental; Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This master's thesis in Social Work seeks to problematize and understand the realization of the professional work of social workers in the Psychosocial Care Centers (CAPS) in Juiz de Fora - MG, how these professionals act and materialize their work, formalize their actions and on which theoretical-methodological, ethical-political and technical-operative foundations are based on their interventions. This research constitutes a proposal to analyze the limits and challenges for carrying out the professional work of the social worker in the psychosocial care model, with the CAPS of Juiz de Fora - MG (CAPS Leste, CAPS IJ, CAPS Casa Viva, CAPSad, CAPS Liberdade) as a backdrop for this action, within the scope of micropolitics, in a macrosocial context in which the Mental Health Policy is located. In this perspective, as this socio-occupational space of Social Work is inserted in the logic of the Unified Health System, an attempt was made to identify, through the historical trajectory of health policy and, especially, mental health, how the current configuration of CAPS reflects on work professional routine and what are the limits and challenges encountered by social workers, as well as the strategies they use in carrying out their work. For this, a historical rescue of Social Work as a profession and its approach to the Mental Health policy was carried out, deepening the work category to finally identify, through the professionals themselves, the limit situations, the challenges and the possibilities for action.

Keywords: Professional Work; Mental health; Psychosocial Care.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AC	Análise de Conteúdo
AFDM	Associação de Familiares de Doentes Mentais
AIH	Autorização para Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial Infância e Juventude
CASM	Centro de Atenção à Saúde Mental
CESM	Comissão Executiva de Saúde Mental
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLIS-JF	Comissão Local Interinstitucional de Saúde de Juiz de Fora
CMSM-JF	Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CnR	Consultório na Rua
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COI	Centros de Orientação Infantil
COJ	Centros de Orientação Juvenil
COMPID	Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas
CONAD	Conselho Nacional de Política sobre Drogas
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social

CRRESAM Centros Regionais de Referência em Saúde Mental

CSM	Centros de Saúde Mental
CT	Comunidade Terapêutica
CTT	Composição Técnica do Trabalho
DESM	Departamento de Saúde Mental
DRS-JF	Diretoria Regional de Saúde de Juiz de Fora
EAPS	Estratégia de Atenção Psicossocial
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GEDAE	Grupo Espírita de Assistência aos Enfermos
GT	Grupo de Trabalho
HPS	Hospital de Pronto Socorro
HRJP	Hospital Regional Dr. João Penido
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISM	Instituto de Saúde Mental
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PADQ	Programa de Atenção a Dependência Química
PAP	Programa de Atenção ao Psicótico
PASMC	Programa de Assistência à Saúde Mental da Criança
PJ	Partido Jovem
PJF	Prefeitura de Juiz de Fora
PMSM	Plano Municipal de Saúde Mental
PNAD	Política Nacional de Drogas
PNASH/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares no âmbito dos Hospitais Psiquiátricos
PROESAM	Programas Especiais em Saúde Mental
PVC	Programa de Volta para Casa
RAESM	Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria do Estado de Saúde
SINSERPU/JF	Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Juiz de Fora
SOSINTRA	Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Trabalho Morto
TV	Trabalho Vivo
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	29
Quadro 2 - Comparativo entre as Portarias 3.088/11 e 3.508/17.....	33
Quadro 3 - Abrangência territorial dos dispositivos assistenciais pesquisados.....	107
Quadro 4 – Esquemático entre Portaria GM/MS nº 3088/2011 e a realidade dos CAPS de Juiz de Fora/MG.....	107
Quadro 5 - Composição da equipe e suas formas de contratação.....	111
Tabela 1 - Identificação das entrevistadas.....	98
Tabela 2 – Idade x tempo de formação x tempo de atuação na saúde mental.....	100
Tabela 3 - Renda das entrevistadas.....	104
Tabela 4 - Sindicalização e/ou participação em movimentos sociais, conselhos de direitos e de políticas.....	106
Gráfico 1 - Número total de Centros de Atenção Psicossocial por ano, de 2003 a 2018.....	109
Gráfico 2 - Incremento anual de Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, de 2004 a 2018..	109
Gráfico 3 - Taxa de crescimento médio anual composta de Centros de Atenção Psicossocial no Brasil por triênios, de 2003 a 2018.....	110

SUMÁRIO

1. Introdução.....	15
2. Sobre a construção da Política de Saúde Mental: pressupostos para o debate	19
2.1. A institucionalização da “loucura” no contexto mundial	19
2.2. Do insano ao sujeito de direitos: particularidades do Brasil ante à Reforma Psiquiátrica.....	22
2.3. Os desafios contemporâneos do cuidado em saúde mental: a remanicomialização...	27
3. Metamorfoses do mundo do trabalho.....	38
3.1. O trabalho como categoria fundante do ser social	38
3.2. Formas de organização do trabalho sob a ótica da reestruturação produtiva do capital: seus reflexos no mundo do trabalho	44
3.3. Os impactos neoliberais no contexto brasileiro	55
3.4. Alguns apontamentos sobre o Serviço Social na reestruturação produtiva.....	60
3.5. A particularidade do processo de trabalho no campo da saúde	68
4. Para uma analítica do trabalho do/a assistente social na Política de Saúde Mental do município de Juiz de Fora/MG.....	78
4.1. Serviço Social e Saúde Mental: uma retrospectiva.....	78
4.2. O panorama da Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora/MG: um processo incipiente	85
4.3. O caminho metodológico: métodos e técnicas de análise.....	95
4.4. Traçando o perfil das entrevistadas	98
4.5. Caracterizando os dispositivos socioassistenciais: sobre os CAPS de Juiz de Fora/MG	106
4.6. O cotidiano do processo de trabalho: as tecnologias em saúde utilizadas nos CAPS.	114
5. Considerações finais.....	138
Referências	142
APÊNDICE A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEP/UFJF).....	157
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	162
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	164
ANEXO 1 – MATÉRIA DE JORNAL - CAPSad III.....	165

1. Introdução

O interesse pelo tema, o trabalho do/a assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora/MG, relaciona-se à minha inserção enquanto assistente social residente, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), entre 2017-2019, o que me instigou a problematizar o trabalho profissional do Serviço Social na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Juiz de Fora/MG, em especial, em um dos pontos de atenção dessa rede, os CAPS. Nesse contexto, a aproximação teórica de um tema até então pouco abordado durante a graduação culminou em corriqueiras inquietações sobre o campo da saúde mental e atenção psicossocial, no qual o Serviço Social é requisitado, historicamente, a atuar.

Entendendo, ainda, que o campo de atenção psicossocial tem como cerne os centros de atenção psicossocial – os CAPS, e também que há clivagens na atuação destes/as profissionais de Serviço Social, na medida em que se observa vários modelos de gestão política e de trabalho nos CAPS, e muitos destes reproduzem uma lógica ainda hospitalocêntrica de cuidado, que rebatem diretamente neste fazer profissional da categoria de assistentes sociais.

Nessa direção, a presente dissertação do curso de mestrado do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (PPGSS/UFJF) pretendeu situar a saúde mental em seu contexto macrossocietário, para, posteriormente, elucidar, em sua dinâmica micropolítica, desvelando a realidade da política de saúde mental que se atravessa, bem como as possibilidades e limitações de atuação dentro dos dispositivos técnico-assistenciais dessa política, em específico, os CAPS. Compreendendo, ainda, o momento de radical ofensiva neoliberal, desmantelamento de direitos, num terreno de correlação de forças e disputas, que vigora ou sobrevive a rede de saúde mental pública e estatal.

Por conseguinte, ao problematizar a temática Serviço Social e Política de Saúde Mental, busca-se contribuir para a discussão sobre o trabalho dos/as assistentes sociais nos CAPS, fortalecendo suas ações, norteadas pelo Projeto Ético-Político Profissional¹, apresentando as

¹ As/os assistentes sociais vinculados à intenção de ruptura com o conservadorismo na profissão, constituíram um projeto ético-político para o Serviço Social, nos marcos da tradição marxista, baseado no enfrentamento da ordem do capital, tendo como horizonte a transformação dessa sociedade. Esse projeto gestado em meio à categoria profissional desde a década de 1970, consolida-se no Serviço Social brasileiro nos anos de 1990, dando o tom à formação e ao exercício profissional por meio da nova Lei de Regulamentação da profissão e do novo Código de Ética profissional, em 1993 e através das Diretrizes Curriculares elaboradas pela Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social - ABESS, em 1996.

condições de trabalho dos/as assistentes sociais inseridos nos CAPS e as possibilidades e desafios que esses profissionais estão sujeitos no exercício profissional.

No tocante a apresentação deste estudo, este é dividido em três capítulos. Assim, no Capítulo I, apresenta-se um resgate histórico da saúde mental, o tratamento da loucura, os seus desdobramentos para que se compreenda a atual Política de Saúde Mental brasileira, que se consolidou nos últimos tempos, contemplando as discussões e disputas, assim como os avanços e retrocessos, a partir de um cenário de conquistas nos anos de 1980, através da Constituição Federal de 1988, a criação Sistema Único de Saúde (SUS), a agenda da Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização dos sujeitos com transtornos mentais. Em vista disso, busca-se nesse capítulo traçar os elementos da Reforma Psiquiátrica em suas particularidades no Brasil, elencando os elementos centrais a estes processos e seus pontos de interseção.

A partir da década de 1990, através da implantação do neoliberalismo temos uma conjuntura completamente desfavorável para a implementação dos direitos até então conquistados, sendo interesses divergentes em disputa no que tange a concretização do SUS por meio de dois projetos antagônicos: a defesa de um sistema de saúde universal com a participação da população e a defesa da saúde como mercadoria, segundo a orientação dos organismos internacionais que a consideram como mercadoria e propõem a diminuição dos gastos do Estado com as políticas sociais.

Destarte, será evidenciada as contrarreformas vivenciadas nestas políticas, que atacam e desfragmentam o SUS. Estas direcionam para o fim deste e, particularmente, no campo da saúde mental, direcionam para o retorno dos manicômios no Brasil, como as comunidades terapêuticas, principalmente, devido a transferência de recursos públicos para estas instituições de assistência de cunho religioso e moralista.

No capítulo II, é realizada em primeiro momento uma discussão sobre a categoria trabalho, sendo esta fundante do ser social, bem como o que compõem genericamente o processo de trabalho, tendo como ponto de partida a perspectiva analítica marxista, que discorre sobre o que envolve o mundo do trabalho em termos de valoração no sistema capitalista vigente, como também a alienação do trabalhador diante da peça chave que se torna sua força de trabalho para o mais-valor e riqueza produzida socialmente.

Abarca-se, ainda, o processo de reestruturação produtiva em seu contexto mundial, com toda sua conformação histórica, suas nuances políticas, o ideário neoliberal, contrarreforma do Estado, em particular o brasileiro. Posteriormente, adentra-se no Serviço Social enquanto parte do processo de reestruturação produtiva, enquanto profissão necessária na divisão sociotécnica

do trabalho, inserida no setor de serviços, apontando que sua profissionalização se deu em razão das necessidades da sociedade capitalista. Nesse momento, o/a assistente social se situa como um participante da reprodução das relações sociais, no âmbito da contradição entre capital e trabalho. Ainda nesse contingente, será abordado o processo de trabalho na particularidade do campo da saúde, sendo este de extrema importância para compreendermos o trabalho em sua densidade nessa área.

No capítulo III, discorre-se em primeiro momento sobre a historicidade do trabalho dos/as assistentes sociais nos serviços de saúde mental na sociedade brasileira, a fim de reconstruir historicamente o processo de inserção da profissão no grande campo da saúde, especificando sua trajetória na área da saúde mental.

Assim, o cenário ao qual estão inseridos os/as profissionais de Serviço Social - a política de saúde mental - retrata como denominador comum aos diferentes dispositivos da rede, o baixo investimento no SUS, crescentes privatizações, retração de direitos, precarização dos serviços dentre outros, que rebatem diretamente no trabalho profissional dos/as assistentes sociais.

Portanto, é imperativo problematizar o trabalho profissional do/a assistente social na saúde mental, observando o conceito ampliado de saúde, sendo esse determinado por distintos fatores que a englobam, como alimentação, habitação, emprego, dentre outros, o que também justifica a inserção desse/a profissional e de outros na referida área.

Ainda nesse capítulo, fez-se necessário situar o cenário de Juiz de Fora/MG, a construção da Política de Saúde Mental nesse espaço, bem como seus dispositivos e particularidades políticas, já que o referido município é nosso objeto de estudo e pesquisa. Na atualidade, o/a assistente social na saúde mental ainda está em um espaço em construção, principalmente, quando tratamos do contexto juiz-forano, sendo esta uma cidade que integrou junto com Barbacena – MG e Belo Horizonte – MG, o “Corredor da Loucura”, onde estavam localizados 90% dos leitos psiquiátricos do estado de Minas Gerais na década de 1980.

O cenário se torna ainda mais alarmante quando identificamos que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a estimativa de população em Juiz de Fora é de 568.873 habitantes², contando, atualmente, com apenas 5 (cinco) CAPS, sendo um deles de gestão federal. São dois CAPSII, um CAPSIII, um CAPSad III (álcool e outras drogas)

²O IBGE divulgou os dados com estimativas das populações residentes nos 5.570 municípios brasileiros, com data de referência em 1º de julho de 2019 (IBGE, 2021).

e um CAPSij (infanto-juvenil), todos específicos no atendimento para toda a população juiz-forana, excluindo totalmente a lógica territorial/por região de abrangência.

Assim, tendo em vista todo esse panorama, evidenciamos, nesse capítulo, os dados coletados e produzidos que se propôs essa pesquisa, de caráter qualitativo, com o fim de traçar o perfil destes/as profissionais de Serviço Social, e de conhecer quais suas condições técnicas de trabalho de acordo com sua inserção nos CAPS de Juiz de Fora/MG e a postura ético-política diante desta realidade.

Metodologicamente, foram realizadas entrevistas com assistentes sociais de todos os CAPS como referenciamos acima: Infância e Juventude, Casa Viva, Leste, Álcool e outras Drogas e CAPS Liberdade, buscando realizar uma análise dos impactos e mecanismos que a conjuntura atual aponta para as práticas dos/as assistentes sociais nesses dispositivos de saúde mental.

A partir desta pesquisa, então, identifica-se que as mudanças no mundo do trabalho impactam diretamente no exercício profissional dos/as assistentes sociais inseridos nos serviços de saúde mental, em particular os CAPS. Com base neste objetivo central, outros objetivos se apresentam, como adquirir novos conhecimentos em torno da temática, contribuir para que profissionais da área, estudantes, usuários e a sociedade em geral possam refletir e analisar a atual configuração da Política de Saúde Mental e seu rebatimento concreto na realidade do trabalhador brasileiro.

2. Sobre a construção da Política de Saúde Mental: pressupostos para o debate

No presente capítulo, é realizada a recuperação histórica em torno da trajetória da saúde mental no Brasil e no mundo, o tratamento da loucura, bem como os campos de disputa referente à sua gestão, organização e ações para chegarmos na construção da Política de Saúde Mental como direito e os desafios recorrentes para manutenção do processo de desinstitucionalização. Faz-se necessário, no entanto, situar o campo da saúde mental enquanto uma área da política de saúde em geral, destacando a forma como os loucos e a loucura foram tratados pelos modelos assistenciais na saúde mental instituídos histórica e socialmente.

2.1. A institucionalização da “loucura” no contexto mundial

Como ponto de partida, para uma posterior contextualização histórica acerca da saúde mental, é pertinente pontuar sobre “o que é a loucura?” de acordo com as considerações de Duarte (2010):

A loucura tem sido associada à articulação de um *ethos* próprio, ocupando a esfera da privacidade de um lado, na sua forma de enclausuramento da diferença, da segregação, da vergonha, dos estigmas e, por outro, na construção de respostas por parte do poder público, através da velha ordem manicomial e dos serviços públicos de saúde mental. No entanto, a loucura tem começado a ganhar força na esfera pública, articulando discursos políticos referentes aos direitos dos usuários. Desse modo, a relação entre Estado e loucura se coloca no debate sobre novas identidades e noções de sujeito presentes na contenda pelos direitos sociais, civis e políticos (DUARTE, 2010, p. 133).

No entanto, é desse caminho histórico que vamos tratar a seguir, desde a loucura associada à privação da liberdade como tratamento, ou seja, seu isolamento social, até chegarmos aos dias atuais, com direitos duramente conquistados no âmbito social, político e civil para as pessoas com transtorno mental.

De acordo com Resende (2001), na transição do século XV para o XVI, presencia-se na Europa a emergência do louco enquanto um “problema social”, bem como o surgimento de instituições para controlá-los. Este período é marcado pelo fim do campesinato enquanto classe e início da manufatura; pela substituição do “trabalhar para viver” pelo “viver para trabalhar”; pela emergência do trabalho racionalizado; e pela repressão à mendicância, a ociosidade e a punição pela “vagabundagem”.

É válido destacar que, conforme abordado por Amarante (2011), o que denominamos hoje de “transtornos mentais” tem sua origem na ciência do “alienismo”, sendo este um período marcante e antecedente à psiquiatria pineliana. Philippe Pinel, médico conhecido como pai da psiquiatria, fundou os primeiros hospitais psiquiátricos, sendo o isolamento social como a estratégia do emergente tratamento moral para os ditos “alienados”.

Até o final do século XVII, segundo Foucault (2005), loucura e razão não estavam ainda separadas. Loucura e não-loucura, razão e “des-razão” estariam implicadas intrinsecamente. Para o autor, durante a Época Moderna, o renascimento científico buscou progressivamente cercar a loucura. Assim ocorreu a passagem da experiência medieval da loucura para a atual, que a confina com o estatuto de doença mental. Ainda conforme o autor, no século XVIII ocorre a experiência-limite entre a razão e a “des-razão”. Desde então, o homem contemporâneo deixou de se comunicar com o louco. Com o estabelecimento desta divisão originária, a ciência transformou a loucura em um acidente patológico, assim, “para o filósofo Michel Foucault o advento do Hospital Geral foi de fundamental importância para a definição de um novo ‘lugar social’ para o louco e a loucura na sociedade ocidental” (AMARANTE, 2011, p. 23).

Segundo Amarante (2011), até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade médica. Eram grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados “indesejáveis” à sociedade, como os leprosos, sifilíticos, aleijados, mendigos e loucos. Portanto, eram lugares de exclusão social da pobreza e da miséria produzidas pelos regimes absolutistas da época, os pobres que traziam desconforto para o regime absolutista e que eram ditos como indigentes eram asilados em instituições.

Esses elementos são germinais da questão social, que vai se configurar enquanto tal na transição do século XVIII para o XIX. Com isso, tem-se a criação de instituições, como as casas de correção, chamadas de hospitais gerais, que tinham a função de punir e reeducar os ditos loucos.

A necessidade de criação de hospitais psiquiátricos no século XVIII elucida a não reflexão de graves problemas do ser humano e da sociedade, esta última que como resposta aos inúmeros “incivilizáveis”, cria instituições de violência que tinham como procedimentos usuais a inflição de sofrimentos físicos e morais àqueles que não se ajustavam ao modelo de modo de produção e sociedade impostas, os mais alterados sofriam torturas e eram imobilizados com lençóis úmidos e choques.

No final do século XVIII, na França, “para Pinel o isolamento propiciado pela hospitalização permitiria isolar a “alienação em seu estado puro” para conhecê-la livre de

quaisquer interferências” (Amarante, 2011, p. 31). Assim, o hospital pineliano se tornava o próprio laboratório onde as pessoas seriam estudadas.

Era um contexto marcado pelo Iluminismo, pela Revolução Francesa, pela promulgação da Declaração dos Direitos do Homem dos Estados Unidos, em que se presenciava um movimento em prol de um “tratamento mais humano” dos insanos, para cuidar dos pacientes incuráveis através da utilização conveniente da disciplina, da vigilância e a substituição das correntes pela camisa-de-força, o que podemos sinalizar como a “1ª Reforma Psiquiátrica”. Em particular, o contexto da Revolução Francesa foi um palco importante para mudanças econômicas, sociais, que, conforme apontamentos de Amarante (2011), deram sustentação para o debate acerca dos direitos humanos, sociais e políticos, que eram incipientes no Antigo Regime.

Após a Revolução Francesa, em consonância com seu lema de “Igualdade, Liberdade e Fraternidade”, os hospitais passaram a ser objeto de mudanças significativas, onde o médico assume papel central, o que se denomina de “medicalização do hospital” teve duas faces, são elas:

o hospital se tornou a principal instituição médica, ou seja, foi apropriado pela medicina, absorvido por sua natureza; em contrapartida, a medicina se tornou um saber e uma prática predominantemente hospitalares. O que isto significa? Que, se por um lado o hospital sofria transformações fundamentais com o processo de medicalização, por outro, o modelo científico da medicina sofria transformações que possibilitariam o nascimento da anátomo-clínica. Para Foucault, este processo de medicalização do hospital ocorreu em fins do século XVIII e foi operado, essencialmente, a partir de uma tecnologia política, que é a disciplina (AMARANTE, 2011, p. 25-26).

É com o advento da Segunda Guerra Mundial, frente a um grande número de homens economicamente ativos mortos devido ao confronto, intensificou-se a demanda por forças produtivas. Amarante (2011) enfatiza que há a necessidade de reabilitação do louco para serem úteis enquanto sujeitos de produção, por isso lança-se mão de modalidades de terapias sistêmicas para atingir esse fim.

Após a Segunda Guerra, com um cenário de reconstrução social em evidência, maior tolerância e sensibilidade às diferenças, a sociedade chegou à conclusão, por diferentes vias, que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido (DESVIAT, 2015).

A sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos pouco diferenciavam dos campos de concentração (AMARANTE, 2011). O período pós-guerra tornou-se então cenário para projetos de reforma psiquiátrica contemporâneos, atualizando críticas e propondo reformulações nas instituições

asilares. Muitas foram as propostas para mudança deste modelo assistencial prestado pela psiquiatria até então, em todo o mundo: Comunidade Terapêutica, na Inglaterra; Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor, na França; Psiquiatria Preventiva e Comunitária, nos Estados Unidos da América (EUA); Psiquiatria Democrática, na Itália (AMARANTE, 2011). Estas foram algumas das mais diversas iniciativas que, com critérios, práticas e embasamento e perspectivas teóricas distintos, buscavam novas possibilidades à assistência psiquiátrica até então preconizadas.

Sendo assim, iremos abordar no item a seguir com maior ênfase o contexto brasileiro e toda sua densidade histórica, bem como a influência macrossocietária para modificar o olhar diante da loucura, e, assim, chegarmos ao que temos hoje: a Reforma Psiquiátrica brasileira.

2.2. Do insano ao sujeito de direitos: particularidades do Brasil ante à Reforma Psiquiátrica

No contexto brasileiro, o alienismo se tornou alvo de inúmeras críticas, tendo em vista a ciência positivista que o fomentou. Tal crítica é expressa e estruturada pela obra literária de Machado de Assis, *O Alienista*³. O modelo de intervenção pineliano reitera a marginalização de determinados segmentos sociais, além de várias denúncias de violência e maus-tratos, que culminaram em interpretações negativas sobre hospitais psiquiátricos.

No século XIX, no entanto, os loucos foram jogados nos porões das Santas Casas de Misericórdia sem nenhum tratamento médico, sendo objetos de violência e falta de assistência, engrossando as filas de “inadaptados sociais, desordeiros, vagabundos” reclusos nesses hospitais. Conforme salientado por Amarante (2011), os alienistas brasileiros, a exemplo de Waldemar de Almeida, eram apoiadores do método pineliano de tratamento da loucura, como alternativa terapêutica eficaz.

Vê-se que tanto na Europa, quanto no Brasil, presenciou-se a utilização das instituições hospitalares para o “sequestro” e “assistência” aos loucos, o uso da violência, bem como o

³ “O Alienista”, de Machado de Assis, foi publicado em 1882. Narrado em terceira pessoa, o livro revela a dedicação do Doutor Simão Bacamarte – protagonista da obra e psiquiatra - que fica obcecado com seus estudos na área de psiquiatria. A crítica social e a análise psicológica das personagens revelam a fase realista de Machado de Assis. O comportamento, as atitudes, os interesses, as relações sociais e o egoísmo humano são colocados em pauta. A loucura e a sanidade apresentam uma linha tênue na visão do autor, com o debate acerca da normalidade e anormalidade.

abandono, a clausura, a exclusão do meio social e a marginalização; além do uso do trabalho como imposição terapêutica, como bem analisado por Amarante (2011). Para o tratamento da pessoa com sofrimento mental, historicamente, a tecnologia perpassava intervenções médico-psiquiátricas de diferentes formas no corpo do sujeito em sofrimento mental, como a química (injeções de terebentina), as físicas (eletrochoque e lobotomia) e os psicofármacos, a privilegiada até os dias de hoje.

Resende (2001) sinaliza que em 1852 tem-se um marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira com a criação do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, inicialmente, com capacidade para 350 pacientes, em menos de um ano atingiu sua máxima lotação, e, posteriormente, sua superlotação. A partir daí foram criados vários hospitais psiquiátricos pelo Brasil, isolados e afastados dos centros urbanos, com a função de remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e “tratar” as pessoas com sofrimento mental e tais apresentavam um alto índice de mortalidade de seus internos.

A hegemonia sobre estes hospitais era administrativa em detrimento do saber médico, que passa a reivindicar o lugar de saber e de tratar a loucura. Foi a partir da Proclamação da República, em 1889, que a psiquiatria científica submete à psiquiatria empírica, com a ascensão dos médicos ao controle das instituições hospitalares e como porta-vozes do Estado. A Saúde Pública e a Psiquiatria unem-se na tarefa de limpar as cidades e coube à Psiquiatria o asilamento dos loucos, uma vez que a função do hospital era de excluir, tão somente.

As primeiras colônias brasileiras foram criadas logo após a Proclamação da República e chamavam-se Colônia São Bento e Colônia Conde de Mesquita, ambas na Ilha do Galeão, atual Ilha de Governador, no Rio de Janeiro. Com a gestão de Juliano Moreira [...] foram criadas dezenas de colônias por todo país, tendência radicalizada ainda mais na gestão de Adauto Botelho nas décadas de 40 e 50. Para se ter uma dimensão da imensidão e alcance do projeto, a Colônia de Juquery, em São Paulo, chegou a ter 16 mil internos (AMARANTE, 2011, p. 39-40).

Assim, é em torno desse cenário de “depósito de loucos”, numa perspectiva asilar-hospitalocêntrica tradicional, que muitos questionamentos são colocados em pauta, como acerca da dignidade humana, sendo esta impossível de se concretizar diante de inúmeras violações de direitos, violência e mortes.

Amarante (2011) evidencia, como sinalizado acima, que algumas alternativas à esse modelo assistencial psiquiátrico, foram experimentadas, com o objetivo de buscar mudanças relevantes. A Psicoterapia Institucional, de origem francesa, por exemplo, salientava a perspectiva da “transversalidade”, com o intuito de realizar reformas institucionais e de gestão.

A Psiquiatria Preventiva e Comunitária, desenvolvida nos EUA, conhecida como Saúde Mental Comunitária, aborda pela primeira vez a regionalização, com a necessidade de trabalho externo ao manicômio e a criação dos Centros de Saúde Mental (CSM).

Nesse interim, também temos a necessidade de profissionais para acompanhar esses usuários, sendo demandado desde então equipes multiprofissionais para o tratamento terapêutico e acompanhamento sistemático, pois começava-se a identificar que os hospitais e demais instituições de saúde não eram um meio exclusivo da categoria médica, como elucidamos a seguir:

Enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais passariam a ter, a partir de então, um novo protagonismo, no contexto das políticas de saúde mental. A equipe que acompanhava o paciente internado passaria a acompanhá-lo quando o mesmo recebesse alta, dando continuidade ao tratamento e explorando o fator positivo do vínculo já estabelecido no espaço hospitalar. Isso era particularmente importante quando o caminho era o inverso, isto é, quando o paciente, que estava em tratamento no CSM, precisasse ser internado. Ao contrário da situação de impacto certamente negativo de ser recebido por profissionais “estranhos”, algumas vezes amarrados e contido de forma brusca, a situação recebia um tratamento sensível e inovador (AMARANTE, 2011, p. 46-47).

Assim, é válido destacar que a Psiquiatria Preventiva e Comunitária contribuiu significativamente para uma (re)modelação da atenção psicossocial, retirando a saúde mental de sua ênfase exclusivamente biologicista e psiquiátrica. Como também o foco de cunho comunitário, externo aos hospitais psiquiátricos, o que naturalmente humaniza o cuidado em saúde mental.

Caminhando para um novo olhar no cuidado com diferentes perspectivas, mas com abordagens menos excludentes, é imperioso destacar o grande nome de Franco Basaglia, protagonista e pioneiro da Psiquiatria Democrática italiana, que propõe a reforma dos hospitais psiquiátricos no início dos anos de 1960, acompanhado de Antonio Slavich e outros jovens psiquiatras.

À época, apresentava objetivos de superação do aparato manicomial de forma a desconstruir os manicômios, tanto em sua estrutura física de hospício, como nos saberes em suas diversas áreas, sejam elas científicas, sociais, legislativas e jurídicas. Esse cenário se torna referência para outros contextos, como por exemplo, na cidade de Santos (SP) nos anos de 1980 e 1990 (AMARANTE, 2011).

Com efeito, a década de 1970 é um importante marco histórico brasileiro, devido a influência de Franco Basaglia⁴, a partir da Itália e sua experiência paradigmática para a área da assistência psiquiátrica, que se caracteriza por ser, portanto,

Inovador, esse modelo traz uma ruptura com o paradigma psiquiátrico clássico, questionando as bases científicas, culturais e políticas que o alicerçam. Assim, Basaglia propõe uma nova forma de compreender e lidar com a loucura. (...) o paradigma da desinstitucionalização prevê a substituição do hospital psiquiátrico por serviços de base comunitária ou serviços substitutivos (ROBAINA, 2010, p. 143).

Assim, nesta mesma década, Duarte (2010) nos aponta que ocorreram denúncias dos trabalhadores que operavam com os cuidados dos “loucos” nas instituições psiquiátricas, da precarização das condições e relações de trabalho e de maus-tratos e violência institucional.

Em 1979 é realizado o I Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo, organizado pelo protagonismo desses mesmos trabalhadores, oriundos do movimento sanitário brasileiro. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) constitui-se, assim, como espaço de luta não institucional. Acontece, ainda nesse mesmo período a criação da Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), sendo esta a primeira associação de saúde mental externa a qualquer tipo de serviço de saúde mental, organizada por familiares de pessoas com sofrimento mental, fundada no Rio de Janeiro (DUARTE, 2010). Sobre o MTSM cabe ressaltar os objetivos deste:

Ao entrar em cena, MTSM organizou suas ideias e propôs objetivos relacionados à melhoria da rede ambulatorial e de saúde mental tais como: extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos; regionalização do atendimento e nas ações em saúde mental; controle das internações na rede dos hospitais e nos serviços privados e públicos; expansão de rede ambulatorial em saúde com equipes multiprofissionais de saúde mental. Nesse último objetivo, a proposta indicou a necessidade de atuação de profissionais como Psiquiatras, Psicólogos e Assistentes Sociais; se necessário também Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais e Fonoaudiólogos. O último objetivo proposto foi a humanização social dentro dos asilos públicos e privados, com uma equipe multiprofissional nos mesmos moldes já citados no objetivo anterior (SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 368-369).

É válido destacar a heterogeneidade no bojo do MTSM que, conforme Duarte (2010), apresenta duas vertentes majoritárias: a vertente crítica, que radicaliza a luta pela extinção da

⁴ “As vindas de Franco Basaglia contribuíram decisivamente para a constituição do movimento de transformação no país, seja em 1978, quando veio juntamente com Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, Thomaz Szasz ao I Congresso Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, ou em 1979, quando veio para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte, e realizou uma visita histórica ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena, que expôs para a sociedade brasileira a crueldade e violência da assistência psiquiátrica que era prestada às pessoas com sofrimento mental” (AMARANTE, 2011, p. 77-78).

estrutura asilar, sendo só a partir dos espaços extra-hospitalares que pode ser criada uma nova cidadania para a pessoa com sofrimento mental; e vertente reformista, que defende a inserção nos espaços asilares, com a implementação de mudanças no modelo assistencial.

Na década de 1980 é realizado o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru-SP, com o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”. O MTSM torna-se, então, Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), referindo-se a um processo de transformação dos serviços psiquiátricos, colocando em questão os macroasilos e o modelo hospitalocêntrico-manicomial de assistência em saúde mental, adotando a experiência e a perspectiva da desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica italiana (DUARTE, 2010). Cabe sinalizar, portanto, que nesse mesmo ano, 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), no Rio de Janeiro, que acontece antes do SUS constitucional e, posterior à VIII Conferência Nacional de Saúde (1986).

No plano político-legislativo, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial ganha apoio parlamentar resultando na formulação do Projeto de Lei nº 3657, de setembro de 1989, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, que:

prevê a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e reordena a assistência em saúde mental no país; proíbe a construção em todo o território nacional de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico (BRASIL, 1989).

Entre esses novos dispositivos destacam-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Entende-se por CAPS, uma “rede assistencial externa intermediária, não-cronificante e não-burocratizada, ligada à sociedade e à comunidade, quando é ressaltada a cronificação do hospital e a burocratização dos serviços externos” (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 29). E o NAPS, baseado nas concepções de Franco Basaglia se apresenta como “um novo projeto de Saúde Mental que se constitua numa instituição que não segregue e não exclua. Tendo o manicômio como lugar de violência, sua desconstrução implica uma ética que permeia o trabalho” (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 30).

Em pouco tempo passa a ter visibilidade a rede de dispositivos substitutivos criados em vários municípios do país, e regulamentados pelas portarias 189, em 1991, que introduziu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS e pela 224, de 1992, que os define como unidades de saúde locais/regionalizadas responsável pela cobertura de uma população definida pelo nível local a oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar. Muitos outros dispositivos são criados, tais como hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas, dentre outros. Este crescimento revela a riqueza e a criatividade dos atores da RP no âmbito do SUS. É importante destacar que, ao mesmo tempo em

que as portarias propiciaram o aumento da rede, por outro limitaram sua autonomia em termos de inovação e resolubilidade (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071).

Com o surgimento desses dispositivos, propostas são desenvolvidas para um melhor tratamento das pessoas com sofrimento mental, entre estas, apresenta-se o trabalho multiprofissional nos dispositivos. O objetivo do trabalho multiprofissional nesses espaços é possibilitar um atendimento integrado aos usuários da política de saúde mental. Assim, as duas Portarias do Ministério da Saúde, a de nº 189, de 19/11/1991 e a de nº 224, de 29/01/1992, que além de introduzirem o código NAPS/CAPS na tabela SUS, também tratam do aumento da quantidade de recursos humanos, com isso o maior número de profissionais de diferentes categorias.

Podemos considerar, ainda, que um evento de enorme relevância para a saúde mental foi a Conferência de Caracas em 1990, na qual originou na Declaração de Caracas, sistematizando e justificando a criação de uma Política de Saúde Mental, além de sancionar critérios e diretrizes para a reestruturação da assistência psiquiátrica, pois a prática do cuidado não se restringe ao aparelho hospitalar (DUARTE, 2010).

Contudo, no próximo item iremos adentrar nos desdobramentos acerca da Política de Saúde Mental, bem como apontar os desafios e limites para sua consolidação no Brasil com o advento de um contexto neoliberal, de refração de direitos.

2.3. Os desafios contemporâneos do cuidado em saúde mental: a remanicomialização

Paradoxalmente, a Política de Saúde Mental tem seu ápice após os anos de 1990 no Brasil, mesmo período que ocorreu a implantação do ideário neoliberal no país. Para a Política de Saúde Mental foi o momento que se visualizou a reconstrução da cidadania da pessoa com transtorno mental.

Podemos destacar nesse bojo, conforme apontado por Duarte (2010), que os primeiros modelos de atenção psicossocial são criados no final dos anos de 1980 e início de 1990⁵, são

⁵ Em 1991, tendo em vista a heterogeneidade das lutas e movimentos sociais no âmbito da saúde mental, tem-se a criação da Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), de caráter conservador, em oposição ao movimento da luta antimanicomial e sua Reforma Psiquiátrica que defenderia a desassistência. Representa entidades como FBH (Federação Brasileira de Hospitais), indústrias farmacêuticas e setores da corporação dos médicos psiquiatras. Mas, persiste durante a década de 1990, a criação de associações (exemplo da APACOJUM na Colônia Juliano Moreira/RJ), criação de fóruns (a exemplo o Encontro Nacional de Usuários e Familiares), que representam o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. (DUARTE, 2010).

eles: CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo, SP; CAPS de São Lourenço do Sul, RS; o NAPS em Santos, SP; e o CAIS (Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental), atual CAPSII, Angra dos Reis, RJ. Em 1992 tem-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM), evento que se expressou devido à mobilização e participação de diversos segmentos da saúde mental nas conferências municipais e estaduais.

No âmbito legislativo, é aprovada a Lei nº 10.216/2001⁶ (BRASIL, 2001), após onze anos de tramitação no Congresso Nacional, a partir de um projeto substitutivo ao inicial. Esta lei *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*, mas não estabelece o fim dos manicômios, como proposto pelo seu projeto de lei de 1989, mas define os tipos de internação - voluntária, involuntária e compulsória -, como propõe a proibição de novos leitos psiquiátricos e o aparecimento de novos estabelecimentos desse nível hospitalocêntrico e manicomial. Também é válido salientar que no ano de 2001, mesmo ano que a referida lei foi sancionada, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o que contribuiu para desenhar um cenário muito favorável e promissor para o campo da saúde mental no SUS.

Apesar de outras leis estaduais e municipais terem sido aprovadas ao longo desses onze anos de tramitação, o que possibilitou a abertura de serviços substitutivos ao hospital e o início da Reforma Psiquiátrica brasileira, é apenas a partir de 2001 que o Brasil tem regulamentado em lei uma Política Nacional de Saúde Mental, como política de Estado. Como exemplo de leis aprovadas nesse período de mais de uma década, podemos destacar a constituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT - que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia, dentre outros (Portarias GM/MS nº. 106/2000 e nº. 1.220/2000), sendo a construção de uma rede de SRT amplamente favorecida com o advento do Programa de Volta Para Casa (Lei nº 10.708, de 31/07/2003). O PVC conta com o estabelecimento de um auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas (BRASIL, 2003). Corrobora-se, assim, mesmo que lentamente, para a superação do modelo psiquiátrico asilar que predominava e ainda era hegemônico.

⁶ Dois eventos marcaram o debate da Lei 10.216/2001. Em 1990, a Conferência de Caracas, sistematizando e justificando a criação de uma política de saúde mental, de forma a não limitar o hospital como única modalidade assistencial, para garantir e promover a defesa dos direitos humanos de pessoas com transtorno mental; em 1991, a Carta da ONU, que definiu princípios e melhoria da atenção em saúde mental, baseando-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUARTE, 2010).

Em 2002, foi instituído o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, que deu início a um processo regular de avaliação dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados conveniados ao SUS. Como resultado houve o fechamento de centenas de hospitais e alguns milhares de leitos absolutamente inadequados para a assistência à saúde (AMARANTE; NUNES, 2018).

Conforme Assis *et al.* (2014) a Política Nacional de Saúde Mental, de forma a superar o modelo asilar e promover direitos, destaca a contínua expansão dos CAPS, em suas diferentes modalidades, consubstanciados pela Portaria do Ministério da Saúde nº 336/2002 que dispõe sobre as especificidades dos CAPS, sendo definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, como um modelo técnico-assistencial e estratégico (BRASIL, 2002).

Assim, temos distintas modalidades de CAPS:

- CAPSI – Transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias, municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionamento das 8h às 18h, de segunda-feira à sexta-feira;
- CAPSII – Transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionamento de 8h às 18h, de segunda-feira à sexta-feira. Pode ter terceiro período de funcionamento até às 21h.;
- CAPSIII – Transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, funcionamento 24h, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad, municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionamento 24h, diariamente, incluindo finais de semana e feriados;
- CAPSi – Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, municípios com população superior à 200.000 habitantes, de segunda-feira à sexta-feira, podendo ter terceiro período até às 21h;
- CAPSad – Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, municípios com população superior à

100.000 habitantes, com funcionamento de 8h às 18h, de segunda-feira à sexta-feira, podendo ter terceiro período até às 21h.

No entanto, como apresentado acima, os CAPS são distribuídos em todo território nacional, segundo o número de habitantes de determinada região/município e sua função de atendimento ao público em saúde mental tem regimes de tratamentos como intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

É também um marco a Portaria GM/MS nº 154 de 2008 que estabeleceu a constituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de propiciar “apoio matricial” às equipes de Saúde da Família, cumprindo um importante papel de dar suporte tanto técnico quanto institucional na atenção básica.

Com o advento da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, em 2010, tem-se a participação de usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde mental e demais setores, sendo a pauta da intersetorialidade como central, como afirma Duarte (2018):

De forma inédita, inaugural e estratégica, o chamado para as mesmas ocorreu com um adicional político, com desenho da intersetorialidade. Portanto, apesar de ser a quarta, na história das sucessivas conferências, que teve como marco a primeira, no ano de 1987, no Rio de Janeiro -antes, porém, do SUS constitucional, mas, depois da paradigmática e política VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986-, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) só pode se realizar com o conjunto de incentivos de outras pastas setoriais, na medida em que tanto o Ministério da Saúde como o Conselho Nacional de Saúde não queriam realizar mais tipo de formato, as conferências setoriais, mas foi em decorrência da Marcha dos usuários, em Brasília, em 2009, que houve um comprometimento intersetorial para que a histórica e última conferencia fosse convocada (DUARTE, 2018, p. 230).

Em 2011, temos a Portaria GM/MS nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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), pautada nos princípios do respeito aos direitos humanos, pela garantia de autonomia e liberdade, além da promoção da equidade, da cidadania e inclusão social, pelo enfrentamento de estigmas e preconceitos (BRASIL, 2011).

Dentre os dispositivos técnico-assistenciais, das modalidades de CAPS, destacamos o CAPSad III, novidade nessa Portaria, que diferente da Portaria GM/MS nº 336/2002, sinalizada anteriormente, os CAPSad e CAPSi evidenciam alteração em seu parâmetro populacional, devendo ser instituídos em municípios com população acima de 70 mil e 150 mil habitantes,

respectivamente. São componentes da RAPS: atenção básica em saúde; atenção psicossocial estratégica; atenção de urgência e emergência, formada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e; reabilitação psicossocial. A seguir, o Quadro 1 expõe de forma sistematizada os componentes da RAPS, seus respectivos pontos de atenção, o objetivo dos serviços e seu parâmetro legislativo. É valido salientar que enfatizamos no referido quadro, de forma explicativa, aqueles serviços que são novos pontos de atenção e/ou aqueles que não foram citados anteriormente ao longo deste trabalho.

Quadro 1 – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

<u>COMPONENTES</u>	<u>Ponto de Atenção</u>	<u>Serviços</u>	<u>Parâmetro</u>
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	Abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde;	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	<i>Equipe de Consultório na Rua:</i> profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da RAPS, ofertar cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua em geral; pessoas com transtornos mentais; usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como UBS, CAPS, Prontos-Socorros, entre outros;	Consultório na Rua - Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
		Equipe de apoio aos serviços do componente <i>Atenção Residencial de Caráter Transitório</i> ⁷ : oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde	Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório 1- Municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs. 2- Municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral fica por conta das equipes de AB do município.

⁷ São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços: I - Unidade de Acolhimento (UA): oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os性os, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas (CTs): serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

		de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede;	
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)		Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	Unidade pública onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade;	
II. Atenção Psicossocial Especializada			Centro de Atenção Psicossocial
	CAPSI		Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPSII		Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPSIII		Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab.
	CAPSad		Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPSad III	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos, leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24h;	Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab.
	CAPSi		Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU	Acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;	Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA adulto	Destinados às pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de 18 anos;	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA infanto-juvenil	Destinadas à adolescentes e jovens (de 12 até 18 anos completos);	Municípios com mais de 100 mil hab. e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas. Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.

			Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	COMUNIDADE TERAPÊUTCA		
V. Atenção Hospitalar	LEITOS		1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;	
VI. Estratégias de Desinstitucionalização.	SRT		
	PVC		
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS	Caráter intersetorial destinada à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.	

Fonte: Brasil (2011)

Sobre a instituição da RAPS, cabe destacar:

Apesar da importância da RAPS e da organização articulada da rede que ela instituiu, é importante destacar que, para as atividades de cultura e trabalho e geração de renda, não foram definidos recursos orçamentários, revelando assim o pouco significado estratégico atribuído a tais iniciativas que poderiam ser melhor utilizadas, tendo em mente a regulamentação do Programa de Geração de Renda e Trabalho (Resolução CODEFAT nº 59/1994) e dos Pontos de Cultura (Lei nº 12.343/2010) (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2072).

Em decorrência da heterogeneidade dos movimentos, o que não é diferente no cenário da saúde mental, em meios às disputas internas na base governista no ano de 2013, acontece o I Encontro Nacional da RAPS, na cidade de Pinhais/PR. Diversos segmentos do campo da saúde mental participaram, como usuários, trabalhadores, gestores, tendo em vista as alianças conservadoras que disseminavam na época. Tal evento produziu a Carta de Pinhais, que

expunha a insatisfação com os encaminhamentos dados ao campo da saúde mental, como reiterado a seguir:

O evento produziu a Carta de Pinhais, a contragosto da gestão federal da pasta, que defendia as comunidades terapêuticas e as internações compulsórias. Essa Carta juntamente com as Recomendações ao Ministério da Saúde (VVAA, 2013), mesmo aclamada pela plenária final, também garantida pela mobilização dos descontentes, nunca foram acatadas pela gestão, o que demonstrou a sua negativa as críticas realizadas de forma contundente pelos presentes. Em suma, o conteúdo da Carta, como das Recomendações, advertia sobre os rumos da política de saúde mental, cujas normatizações estavam engessando a rede, endurecendo os financiamentos, realinhando com forças conservadoras e investindo recursos públicos nas comunidades terapêuticas, para o cuidado das pessoas em uso prejudicial de álcool de outras drogas, com lógica manicomial e proibicionista, contrária a política de redução de danos (DUARTE, 2018, p. 234).

Portanto, é relevante pontuar que houveram movimentos de resistências à onda conservadora até então instaurada. A Reforma Psiquiátrica brasileira trouxe avanços no que tange a desinstitucionalização, porém o cenário real de dispositivos disponíveis da RAPS está muito aquém do necessário, com coberturas de atendimento em um número muito mais simbólico e pouco resolutivo diante da demanda populacional.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental trouxe para esse período a participação efetiva do usuário dos serviços em transformação. No quinquênio seguinte, embora com uma diminuição da intensidade anterior, houve – pela primeira vez – uma inversão nos gastos entre os novos dispositivos da Reforma e os hospitais psiquiátricos tradicionais. Em 2010, chegamos a ter mais de 1.600 CAPS implantados com uma cobertura média no Brasil de 0,66 por 100 mil habitantes. Em um país continental e desigual, o Nordeste e o Sul chegam a uma cobertura excepcional de mais de 0,8 por 100 mil habitantes – os dados podem ser conferidos nos documentos oficiais do Ministério da Saúde publicados à época. [...] Onde a Reforma produziu os melhores resultados, ela conseguiu, de fato, substituir os leitos manicomiais por internações curtas nos serviços comunitários que funcionam 24 horas ou em leitos nos hospitais gerais. Entretanto, como a implantação dos serviços se fez de forma desigual, existem regiões nas quais os dispositivos da Reforma não se fizeram substitutivos e a convivência com o manicomio ainda permanece. Contudo, são estas discrepâncias que atestam a possibilidade do modelo exitoso ser uma referência para a experiência que ainda não alcançou o objetivo da proposta reformista (OLIVEIRA; SZAPIRO, 2020, p. 16-17).

No entanto, encontramos desafios consistentes para concretização da RAPS, como o necessário aumento da cobertura dos CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, uma maior interlocução entre saúde mental e atenção primária, ampliação do número de SRT, dentre outros. Consagra-se a esses desafios, caminhando numa lógica retrocedente, a promulgação da Emenda Constitucional Nº 95/2016 (BRASIL, 2016), que congela os gastos públicos por vinte anos.

Como se não bastasse um cenário tão adverso, em 2017 é imposta uma “nova” política de saúde mental no Brasil, a partir articulações políticas reacionárias, junto a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aprovando a Resolução CIT nº 32 (BRASIL, 2017a) que reformula a RAPS e, baseando-se única e exclusivamente nessa instância, institui a Portaria GM/MS nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017b).

Como mudanças impactantes nesse novo modelo, podemos elucidar o financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos, o aumento do número de leitos em hospitais gerais, reiterando a lógica da internação, a retirada da ênfase na reabilitação psicossocial, como as propostas de economia solidária, tutelando e não promovendo a autonomia do usuário. A seguir temos um quadro demonstrativo elaborado por Duarte (2018), que sinaliza as mudanças significativas do conteúdo entre as Portarias GM/MS nº. 3.088/2011 e nº. 3.508/2017:

Quadro 2 – Comparativo entre as Portarias 3.088/11 e 3.508/17

PORATARIA 3.088/11	PORATARIA 3.508/17
I – Atenção Básica:	A) Nível Primário:
UBS, Equipe de Apoio/NASF, CCC e CR;	• Unidade Básica de Saúde
II – Atenção Estratégica:	B) Nível Secundário:
CAPS I, II e III (CAPS, CAPSi e CAPSad);	• <i>Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (AMENT) – Apoio ao NASF/eSF e HD</i>
III – Atenção às Urgências e Emergências: SAMU e UPA;	• Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – <i>CAPS IV/R</i>
IV – Atenção Hospitalar:	• Serviços de Urgência e Emergência
Leitos HG;	C) Nível Terciário:
V – Atenção Residencial de Caráter Transitório: CAT, UA, CT;	• Hospitais Gerais
VI – Estratégias de Desinstitucionalização: SRT;	• <i>Hospitais Psiquiátricos Especializados</i>
VII) Reabilitação Psicossocial.	D) Serviços com Fins à Saúde:
	• Unidade de Acolhimento (UA)
	• Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
	• Comunidade Terapêutica (CT)

Fonte: Duarte (2018)

Assim, como evidenciado acima, no governo Temer temos traços perversos de retrocesso à revelia do que objetiva a Reforma Psiquiátrica brasileira e a Luta Antimanicomial, Propõe-se, dessa forma, a desestruturação da lógica organizativa da Rede de Atenção Psicossocial, alterando, entre outros pontos: a) A inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS; b) O aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos; c) O não fechamento do

leito com a desinstitucionalização do usuário cronificado ferindo o disposto nas Portarias 106/2000, 3090/2011 e 2840/2014; d) O aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%; e) O aumento do número mínimo de 04 para 08 leitos de saúde mental em hospital geral para recebimento de custeio; f) Exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral, como condicionante para recebimento de recursos de custeio; g) O retorno de serviços obsoletos, como as unidades ambulatoriais especializadas, quando as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda (BRASIL, 2018).

Ainda nesse lógica, a Resolução nº 32 incluiu um novo dispositivo assistencial para o campo das drogas, o CAPSad IV, com o intuito de funcionamento 24 horas, com equipes multiprofissionais e localizados em regiões metropolitanas (acima de 500 mil habitantes) próximos às “cracolândias”.

O ano de 2018, no entanto, continua na contramão da Reforma Psiquiátrica quanto à Política de Drogas, pois foi estabelecida a Resolução do Conselho Nacional de Política sobre Drogas - CONAD nº 1/2018 -, que provocou modificações para a nova Política brasileira sobre drogas, agregando a ela caráter proibicionista de promoção a abstinência ao invés da redução de danos, bem como o incentivo ao “tratamento” nas comunidades terapêuticas (CT).

Ocorreu nesse mesmo momento a criação de uma Frente Parlamentar Mista em defesa da nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica. Os gestores das CTs foram convidados a uma reunião com a equipe de transição do novo governo Bolsonaro (2019-2022), visando “fortalecer” à Política Nacional sobre Drogas e as ações em parceria com as comunidades terapêuticas, além da pesquisa, prevenção e reinserção social” (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 128).

No que se refere ao governo Bolsonaro, percebemos que veio numa conjectura absolutamente desfavorável no âmbito da Política de Saúde Mental, pautado em ideias conservadoras. Portanto, temos mais elementos desafiadores para analisar criticamente nesse campo, como o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 (BRASIL, 2019), assinado pelo até então Presidente da República, que substituiu a meta de redução de danos pela meta da abstinência, justificando assim a necessidade de criação das Comunidades Terapêuticas, promovendo graves retrocessos no âmbito das práticas relacionadas ao cuidado ao usuário de drogas. Os CAPSad e os Consultórios de Rua, dispositivos criados para oferecer um cuidado singular, tinham como principal instrumento terapêutico a convivência entre os usuários, sendo esta política completamente alterada.

Bravo e Pelaez (2020, p. 202) apontam que a “nova” Política Nacional de Drogas (PNAD) “desconsidera a Política de Redução de Danos e o modelo de atenção em saúde que privilegia serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da saúde pública e estatal consubstanciada no SUS”. Ou seja, são impactos avessos à Reforma Psiquiátrica reacendendo debates e preocupações em torno desta política, a qual reduz a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e fortalece as “comunidades terapêuticas”, que pouco tem de comunidade e menos ainda de terapêutica, se configurando como espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados.

Ainda persistimos nesse caminho quando temos um aparelho estatal retrocedente que transforma as garantias constitucionais em incertezas e insegurança, e é o que as autoras nos mostram a seguir:

Face à esta conjuntura conservadora, o campo opositor à Reforma Psiquiátrica se fortaleceu de tal monta que ensaiou, no final de 2020, o desmonte das bases da Reforma Psiquiátrica brasileira por meio da tentativa de revogação de noventa e nove Portarias que estruturavam a base material da política de saúde mental no país. Chama-se ainda atenção para o fato de que a retomada de práticas conservadoras implica, direta ou indiretamente, na reestruturação de serviços manicomiais. Isto, no entanto, não sugere necessariamente a construção de novos hospitais psiquiátricos, ainda que seja potencialmente possível. (...) as regressividades no campo da saúde mental vem se dando, até o momento, por dentro do próprio campo, por meio de alterações legislativas e a incorporação de instituições, a rigor, alheias às diretrizes de cuidado defendidas pela Reforma Psiquiátrica, tal como as comunidades terapêuticas. Conclui-se a existência de um movimento de (re)manicomialização na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do qual a expansão das internações psiquiátricas, das comunidades terapêuticas e o incentivo ao uso de eletrochoque são expressões (PASSOS, et al., 2021, p. 58-59).

São esses desafios cotidianos acompanhados das modificações do cenário da Política de Saúde Mental que rebatem diretamente na organização do processo de trabalho e dos sujeitos que a executam. Essas mudanças impactam também no trabalhador de saúde mental, que na maioria dos casos torna-se mero executor das ações. Salientando, ainda, que os profissionais são reprodutores das relações sociais.

3. Metamorfose do mundo do trabalho

Neste capítulo será apresentada a discussão em torno do mundo do trabalho, sendo pertinente qualificarmos essa categoria, sua noção clássica que perpassa os campos da Economia Política e Ciências Sociais, para, posteriormente, contemplarmos o processo de trabalho em saúde e suas nuances na micropolítica do trabalho e como base a noção de “*cuidado*”, contemplando suas transformações e características adquiridas à medida que o capital estabelece suas metas de acumulação, ou seja, a partir de suas crises cíclicas o capital qualifica suas formas de acumulação.

É relevante, ainda, evidenciar todo esse movimento de ideário neoliberal, trazendo uma reflexão em torno dos impactos deste contexto de crise vivenciados no mundo do trabalho, na classe trabalhadora brasileira, em específico os/as assistentes sociais.

3.1. O trabalho como categoria fundante do ser social

O conceito de trabalho passou por diversas evoluções/modificações ao longo do tempo histórico, em que Marx já o considerava um elemento impulsionador do desenvolvimento humano.

Dessa forma, para localizarmos o objeto de análise aqui proposto é preciso retomar as categorias primordiais e seus fundamentos teóricos. Nesse interim, será apresentado alguns conceitos do trabalho a partir de Marx e outros autores que circundam e exploram a temática.

Os autores Marx e Engels demarcam que o primeiro pressuposto de toda a história humana é a própria existência dos indivíduos. É na organização corporal desses sujeitos e por meio dela que se estabelece a relação com a natureza. Ou seja, “toda historiografia deve partir desses fundamentos naturais e de sua modificação pela ação dos homens no decorrer da história” (Marx e Engels, 2007, p. 87).

Inicialmente, Marx (2004) define o trabalho como uma interação entre o homem e o mundo natural, sendo condição básica e fundamental de toda vida humana como atividade racional do homem, momento em que ele atua sobre a natureza, transformando-a para satisfazer suas necessidades vitais (alimentação, vestuário, moradia). É claro que esse modo de produção não pode ser reduzido apenas ao aspecto da reprodução física, mas antes de tudo é “uma forma determinada de sua atividade, uma forma determinada de exteriorizar a vida, um determinado *modo de vida* desses indivíduos” (MARX; ENGELS, 2007, p. 87). Ao trabalhar, o homem

transforma a si mesmo, e desenvolve sua cultura material e espiritual, bem como suas aptidões mentais e intelectuais.

Assim, homens e mulheres que trabalham são dotados de consciência, porque conseguem, de maneira prévia, conceber desenho e forma ao objeto de seu trabalho (MARX, 2004). É em razão dessa premissa que Lukács afirmou que “trabalho é um ato de pôr consciente e, portanto, pressupõe conhecimento concreto, ainda que jamais perfeito, de determinadas finalidades e determinados meios” (LUKÁCS, 1978, p. 8).

No entanto, é por meio desse processo consciente e de transformação externa da natureza, consequentemente temos a natureza humana sendo modificada e alterada, como mudanças que acontecem de forma mútua e recíproca, convertendo o trabalho social num elemento central do desenvolvimento da sociabilidade humana (MARX, 2004).

É esse trabalho consciente que difere o homem do animal irracional, pois a atividade daquele tem uma práxis teleológica (prévia ideação), já esse último age por instinto, como exemplo é válido citar Antunes (2004) que introduz o pensamento de Marx e Engels sobre o significado do trabalho:

Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e portanto idealmente. Ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem de subordinar sua vontade. (...) é exigida a vontade orientada a um fim (...) (MARX, 2004, p. 30).

Podemos afirmar então que o homem modifica a natureza e a obriga a servir-lhe, tendo domínio sobre ela justamente por ter ser ato pensado e planejado, que advém de sua racionalidade e consciência. Já os animais utilizam da natureza e a modificam pelo simples fato de sua presença nela. Essa diferença resulta do trabalho.

Destarte, como basilares para o processo de trabalho temos a atividade-fim, seu objeto e seus meios. Caracterizamos como meio de trabalho o que serve para o trabalhador como condutor de sua atividade sobre seu objeto. Como exemplo dessa afirmativa podemos citar a terra como fonte original de víveres e meios já prontos para subsistência do homem, sendo esta um objeto geral do trabalho humano (MARX, 2004). Também podemos denominar como

objeto de trabalho toda a matéria-prima⁸, como por exemplo, o minério já arrancado que agora vai ser lavado.

Nesse interim, sendo o processo de trabalho a atividade que o homem efetua mediante o meio de trabalho, esse processo em si quando atinge sua finalidade, ou seja, seu produto, o trabalho está objetivado (MARX, 2004). O seu produto tem um valor de uso⁹, e todo o conjunto (meio, objeto, produto) aparece como meio de produção e o trabalho como produtivo.

O trabalho do homem, ao diferenciá-lo da natureza, conduz à formação de um ser distinto do ser natural: o ser social. Por isso, conforme Netto e Braz (2007), podemos afirmar que o trabalho não é apenas uma atividade específica de homens em sociedade, mas é também o processo histórico pelo qual surgiu o ser desses homens, pois, através do trabalho, a humanidade se constituiu como tal. Sendo assim, o trabalho é fundante do ser social.

O ser social irá se particularizar por possuir a capacidade de realizar atividades teleologicamente orientadas; objetivar-se material e idealmente; comunicar-se e expressar-se pela linguagem articulada; tratar suas atividades e a si mesmo de modo reflexivo, consciente e autoconsciente; escolher entre alternativas concretas; universalizar-se, e sociabilizar-se (NETTO; BRAZ, 2006, p. 41).

Ainda conforme as considerações de Netto e Braz (2006), o trabalho compõem o caráter social e acontece sempre de forma coletiva, inserido no conjunto, o que implica em realizar as atividades, distribuir tarefas, responsabilidades e afins para que atinjam de forma satisfatória o objetivo, a finalidade. Dessa forma, toda essa trajetória articula as fases do processo de trabalho, que por meio da cooperação entre os indivíduos se tem a própria realização da atividade.

E, se por um lado temos e consideramos o trabalho como fundante da vida humana, por outro, a sociedade capitalista o transforma em trabalho assalariado. O que inicialmente era a objetividade e sua finalidade central do ser social converte-se em meio de subsistência, valor

⁸ “Toda matéria-prima é objeto de trabalho, mas nem todo objeto de trabalho é matéria-prima. O objeto de trabalho apenas é matéria-prima depois de já ter experimentado uma modificação mediada por trabalho” (MARX, 2004, p. 31). Para Marx “Os elementos componentes do processo de trabalho são: 1) a atividade adequada a um fim, ou seja, o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o seu objeto do trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (MARX, 2004).

⁹ Deve-se considerar a diferenciação que Marx (2004) discrimina quanto às categorias de “valor de uso” e “valor de troca” e entre trabalho e força de trabalho no capitalismo. O trabalhador assume um novo lugar na atividade laborativa, submetendo-se ao mercado de trabalho e se coloca como quem vende sua força de trabalho, não mais para atender somente suas próprias necessidades, mas como parte do sistema capitalista. A força de trabalho é propriedade do capitalismo, e não mais do trabalhador. É o consumo dessa força de trabalho que implica valor às mercadorias. Deste modo, o trabalho criador de valor é denominado de trabalho abstrato. Assim, o processo de trabalho é compreendido como aquele em que o trabalho é concretizado em valor de uso (trabalho concreto), mas também em valor de troca (trabalho abstrato), na medida em que se insere nas relações estabelecidas por este modo de produção capitalista vigente.

de uso e de troca do produto; a “força de trabalho” (conceito-chave em Marx) torna-se mercadoria, objetivando criar novas mercadorias (novos produtos) e valorizar o capital (MARX, 2004).

Assim, para compreendermos a significação ontológica do envolvimento do trabalho sob a produção capitalista torna-se imperioso compreender o conceito de *subsunção*, que Marx utiliza no “Capítulo VI Inédito” de *O Capital*. Portanto, o termo “subsunção” indica e caracteriza a relação entre o trabalho e o capital. À primeira vista, poderia parecer mais oportuno denominá-lo “submissão”, já que se trata de expressar a relação que surge quando o trabalhador vende sua força de trabalho ao capital, a ele se submetendo. Porém, *subsunção* expressa que a força de trabalho vem a ser incluída e transformada em capital: o trabalho constitui o capital. Constitui-o negativamente, pois é nele integrado no ato de venda da força de trabalho, pelo qual o capital adquire, com essa força, o uso dela; uso que constitui o próprio processo capitalista de produção.

No entanto, nas relações trabalho/capital, além e apesar de o trabalho “subordinar-se” ao capital, ele é um elemento vivo, em permanente medição de forças, gerando conflitos e oposições ao outro polo formador da unidade que é a relação e o processo social capitalista. Dessa forma, podemos interpretar e considerar que é neste processo que o capital visa superar uma subordinação (*subsunção*) meramente formal, transformando-a em real (*subsunção real*), sendo a transformação da força de trabalho em capital consolidada socialmente.

Para tanto, ainda podemos aprofundar mais por intermédio dos entendimentos de Marx (2004) acerca da categoria trabalho, sendo este denominado como produtivo ou improdutivo, o primeiro apresenta um produto - a mercadoria -, além disso, a partir do processo de produção capitalista, é produtivo o trabalho que valoriza diretamente o capital, que produz mais-valia¹⁰. Ou seja, “o trabalho continua sendo produtivo na medida em que se objetiva em mercadorias como unidade de valor de uso e de valor de troca” (MARX, 2004, p. 126). O segundo, assim como o primeiro, é trabalhador assalariado, mas não é produtivo, pois o trabalho não cria diretamente mais-valia, uma vez que são utilizados como serviço, seja para uso público, como os serviços públicos, seja para uso capitalista, acontecendo a troca de seus serviços (trabalho

¹⁰ “Mais-valia ou mais-valor se trata de um incremento excedente de mercadoria para o monopolizador dos meios de trabalho, o capitalista, sem equivalente para o operário. Trata-se de trabalho que serve diretamente ao capital como instrumento de sua autovalorização, como meio para produção de mais-valia” (MARX, 2004, p. 126). É através da geração do excedente não remunerado que a exploração viabiliza o enriquecimento do capitalista. Para Marx é esse o motivo que impulsiona e a finalidade que determina o processo de produção capitalista, é a maior autovalorização possível do capital, isto é, a maior produção possível de mais-valor e, portanto, a máxima exploração possível da força de trabalho pelo capitalista.

enquanto valor de uso) por dinheiro, cujo único instrumento a ele incorporado é o trabalho vivo¹¹ (sua própria mão de obra). Como exemplo colocado por Marx (2004), um soldado é trabalhador assalariado, recebe soldo, mas nem por isso é trabalhador produtivo. Assim sendo, podemos constatar e interpretar que todo trabalhador produtivo é assalariado, mas nem todo assalariado é trabalhador produtivo (a exemplo do soldado).

Quando se compra o trabalho para consumi-lo como valor de uso, como serviço – e não para colocá-lo como fator vivo em lugar do valor do capital variável¹² (mão de obra) e incorporá-lo ao processo capitalista de produção - o trabalho não é trabalho produtivo e o trabalhador assalariado não é trabalhador produtivo. Seu trabalho é consumido por causa de seu valor de uso, não como trabalho que gera valores de troca; consome-se-o improdutiva, não produtivamente. O capitalista, pois, não se defronta com o trabalho como capitalista, como representante do capital; troca seu dinheiro por esse trabalho na condição de renda, não como capital. (...). O dinheiro funciona como meio de circulação, não como capital (MARX, 2004, p.128-129).

É essa distinção que particulariza o operariado frente aos demais assalariados: os operários são os trabalhadores assalariados que, ao converterem a natureza, fundam a sociabilidade burguesa/capitalista. São eles os produtores do capital. De um lado da balança estão os proprietários – que propõe formas de organização do trabalho e definem as suas condições visando ao lucro -, de outro estão os trabalhadores – que vivenciam seu agir nesse contexto já organizado por outros e constroem significações para o trabalho que lhes é atribuído. Temos, assim, a formação da sociedade como produto dessa dualidade do processo que constitui a dimensão dessa atividade.

O trabalho desenvolve constantes alterações no ser social. De acordo com Lukács (2009), podemos destacar três aspectos fundamentais. O primeiro deles evidencia que há uma tendência geral incontestável de diminuição do tempo de trabalho necessário à reprodução social. Em segundo lugar, todo o processo de reprodução torna-se cada vez mais social, diminuindo de forma constante o papel dos elementos puramente naturais. Por fim, temos que o desenvolvimento da reprodução cria laços cada vez mais amplos e intensos entre as diferentes comunidades humanas, rompendo o seu isolamento mútuo e indicando a tendência a uma unificação da humanidade. Ainda que o autor não explore em detalhes cada uma dessas

¹¹ Vale ressaltar dois conceitos importantes. Na realização do trabalho encontra-se presente o *trabalho vivo* - que é o trabalho racional, em ato, criador, empregado na criação de bens materiais - e o *trabalho materializado (morto)*, que é o trabalho despendido no passado para a produção de meios de produção (edifícios, maquinaria, matérias-primas etc.), resultado de um trabalho humano anterior, podendo ser considerado uma cristalização do trabalho vivo já realizado, refere-se a todos os produtos-meios (ferramentas, matérias primas) (MARX, 2004).

¹² Capital variável é um conceito utilizado por Karl Marx em *O capital*. Corresponde à fração do capital que é despendida na compra da força de trabalho, sendo responsável pela reprodução ampliada do capital. O capital constante é a parte do valor do capital que é empregada na compra de meios de produção (MARX, 2004).

transformações, ele aponta a sua importância no processo social (LUKÁCS, 2009). O processo de trabalho não só resulta na criação de produtos, mas também em um modo determinado de consumi-los.

Sendo assim, é por meio do trabalho que o homem torna-se ser social na medida em que se insere na divisão social do trabalho, dado o caráter coletivo do mesmo transformando a natureza e a si; adquire a condição de um ser real, dinâmico e social.

Nesse contexto, como já enfatizado anteriormente, o trabalho configura-se como o núcleo fundante da sociabilidade humana, devendo assim reconhecer que as relações sociais e de reprodução da vida foram estabelecidas pela humanidade, desde os primórdios, tendo o trabalho como centralidade (GRANEMANN, 2009).

No capitalismo, o trabalho é estranho, alheio aos homens, um sacrifício necessário para a vida em sociedade. Em consonância com o pensamento marxista (MARX, 2004), a sociedade capitalista transforma o trabalho em assalariado e alienado¹³. “O trabalho como atividade vital, se configura como trabalho alienado, expressão de uma relação social fundada na propriedade privada, no capital e no dinheiro” (MARX, 2004, p. 09). É sob o modo de produção capitalista vigente que o trabalhador não se reconhece nem se satisfaz no trabalho, mas se degrada.

Para sobreviver, os seres humanos são constrangidos a se submeter às exigências impostas por ela, distanciam-se de si mesmos. O trabalho, nessa sociedade, possui um sentido determinado, a produção incessante do lucro. O ser humano não proprietário dos meios de produção, para sobreviver, se sujeita às exigências da burguesia, oferecendo a sua única propriedade, sua única mercadoria, a sua força de trabalho em troca do assalariamento.

A busca pela sobrevivência torna-se mais evidente, como um retorno às relações mais instintivas, menos humanizadas. Portanto, para garantir trabalhadores obedientes a essa ordem, que, claramente explora, submete os seres humanos a trabalhos alheios aos seus anseios,

¹³ Os indivíduos deixam de se preocupar com a natureza das atividades para centrar a sua atenção no salário a ser recebido ao final do mês, e em que medida esse dinheiro garante a sua sobrevivência/subsistência. Em contrapartida, não se ocupa com a natureza de seu labor e o quanto de fato ele vale, centrando sua atenção nas mercadorias que podem ser adquiridas com o salário, o sentido do trabalho se transmuta, tornando o trabalhador *alienado*. Os trabalhadores estão preocupados em quanto seu trabalho irá gerar financeiramente, assim eles não se sentem explorados. É neste diapasão que Marx (2004) problematiza como, na sociedade moderna, os trabalhadores se tornam simples mercadorias no processo capitalista de produção, o que levaria à desumanização do trabalhador em detrimento do sentido que o labor possuía anteriormente. Para que o trabalhador continue a vender a sua força de trabalho sem questionar a razão de ser desta submissão, o trabalho tem que se tornar *alienado*, vazio de sentido para o trabalhador. Assim, a alienação decorre não apenas da preocupação com a remuneração, mas também do produto do trabalho de um dado sujeito se tornar propriedade de outro indivíduo (MARX, 2004). Afinal, “o dinheiro é a forma alienada de todas as coisas” (MARX, 2004). Porém, sem a alienação não haveria o lucro por parte do proprietário/capitalista, não haveria a expansão das indústrias e a acentuação das desigualdades sociais, o que a transforma em instrumento do próprio sistema capitalista vigente.

desejos, prazeres, etc., e que degrada também a sua saúde física e mental, há todo um aparato coercitivo e ideológico. É nesse âmbito que o trabalhador não se enxerga nem se identifica com sua própria classe, sendo um completo alienado frente ao produto que ele mesmo produziu com sua força de trabalho e alienado frente ao ato de produção, à construção coletiva: “o homem estranha-se em relação ao próprio homem, tornando-se estranho em relação ao gênero humano” (MARX, 2004, p. 9).

Através das relações de trabalho estabelecidas na sociedade capitalista é possível compreender as determinações sócio históricas de saúde/doença nesse modo de produção que claramente degrada a vida dos trabalhadores.

Para trazer maior concretude à categoria trabalho, é válido compreender essa lógica através de sua inserção histórica na sociedade capitalista, ou seja, através da reestruturação produtiva, elencando todo esse movimento do capital para chegarmos aos dias atuais, com ênfase no contexto brasileiro. Nesse intuito, no próximo item iremos contemplar esses pontos e seus respectivos desdobramentos.

3.2. Formas de organização do trabalho sob a ótica da reestruturação produtiva do capital: seus reflexos no mundo do trabalho

Para contemplarmos o processo de reestruturação produtiva do capital, cabe analisar criticamente a transformação da organização dos processos de trabalho, tendo em vista que são fundamentais os aspectos apresentados pelo modo de produção capitalista para compreender o desenvolvimento dos processos, avaliando a forma de organização da sociedade, as relações humanas e seus determinantes econômicos.

Braverman (1987) discute que a divisão social do trabalho existe desde que o homem começou a viver em sociedades, sendo que desde as sociedades primitivas ocorria essa divisão. A divisão social do trabalho divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção. “A divisão social do trabalho é aparentemente inerente característica do trabalho humano tão logo ele se converte em trabalho social, isto é, trabalho executado na sociedade e através dela” (Braverman, 1987, p. 71-72).

Com o surgimento da manufatura¹⁴ e da indústria acontece esse parcelamento do trabalho, ou seja, a divisão manufatureira do trabalho. O produto, em seu processo de produção,

¹⁴ A manufatura sucedeu o artesanato como forma de produção e organização de trabalho. Assim, é a partir dos séculos XV e XVI, com a valorização do trabalho e, enquanto parte do desenvolvimento histórico do capitalismo,

passou a ser decomposto em numerosas operações executadas por diferentes trabalhadores, assim temos a divisão técnica do trabalho. Segundo Braverman (1987), a divisão social do trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem.

A predominância do trabalho assalariado e a introdução da maquinaria na produção constituem, ao longo do século XVIII, inicialmente na Inglaterra e daí progressivamente espalhando-se pelo mundo, as bases fundamentais das relações sociais capitalistas de produção.

Nesta direção podemos destacar a Revolução Industrial¹⁵ (1776-1830), que marca a emergência dessas relações, a indústria se tornou o polo mais dinâmico da reprodução do capital e do lucro comercial, sendo a principal característica o avanço da tecnologia associada à produção, o que, consequentemente trouxe modificações para os processos de produção e nas próprias relações sociais.

Assim, como pontuado por Netto (2011), essas transformações aconteceram de maneira substancial, com inovações tecnológicas no interior das fábricas, tendo como objetivo maior produtividade, o que ocasionou a redução dos postos de trabalho.

Com o surgimento do trabalho assalariado temos a generalização da produção para a troca, expansão da diferenciação da divisão social do trabalho, separação definitiva dos produtores diretos de mercadoria dos seus meios de produção. Com estas experiências o trabalhador possui uma única mercadoria, sua força de trabalho, que será vendida para o dono dos meios de produção: o capitalista (TEIXEIRA; SOUZA, 1985).

Podemos enfatizar categoricamente que o que realmente marcou a Revolução Industrial, em termos analíticos acerca da categoria trabalho, não foi a maquinaria e sim a sua generalização em termos de submissão do trabalhador a uma atividade não mais de subsistência direta, mas indireta, dada a geração de riqueza para a aquisição de mercadorias. Com a produção em massa, o capitalista mantinha o controle da exploração da mão de obra do trabalhador. Este,

que algumas mudanças são notórias das relações entre a filosofia e a ciência, do trabalho manual e o intelectual, da teoria e a técnica, resultando com o abandono da concepção de ciência como verdade desinteressada em prol de sua acepção de conhecimento que nasce para o atendimento das coisas necessárias à vida, o que desencadeia, no século XIX, na enorme importância do trabalho para a conformação da vida econômica e social. Ao passo que, os saberes técnicos são apropriados como conhecimento basilar e suficiente até que, nos séculos XVIII e XIX, a ciência moderna separa e rejeita o saber prático, restando o trabalhador manual da grande indústria (Schraiber et al., 1999).

¹⁵ A Revolução Industrial e a grande indústria baseada na maquinaria traz consigo o ingresso da ciência como conhecimento sistematizado no processo de produção, tornando-se elemento material e intelectual do desenvolvimento das forças produtivas. No entanto, sob a hegemonia deste modo de produção, a união que se dá entre ciência e processo produtivo tem seu correspondente antagônico na separação ou divisão social do trabalho, mediante a qual estão cindidas a concepção e a execução do trabalho, ou seja, a própria separação entre a ciência (e os que a dominam) e os trabalhadores diretos, ocorrendo a subordinação destes àqueles (MAGALHÃES, 1977).

por sua vez, não se preocupava com o que produziria e sim com o valor da remuneração da força de trabalho e o que poderia comprar para suprir sua subsistência.

É no fim do século XIX¹⁶ que temos uma remodelação dessas roupagens, mas com objetivo de otimizar a produção, explorar e alienar mais a força de trabalho e, consequentemente, obter mais lucro. Mas isso, naturalmente, não se deu de forma pacífica sem resistência e lutas dos trabalhadores, o que veremos mais adiante.

Temos, assim, a figura de Frederick Winslow Taylor, que foi o fundador da “ciência do trabalho”, se destacou por sistematizar princípios que repaginaram as empresas capitalistas modernas. Os “princípios da gerência científica” tiveram como objetivo estabelecer norteadores de uma organização científica nas usinas para assegurar o máximo de rentabilidade.

Taylor ocupava-se dos fundamentos da organização do processo de trabalho e do controle sobre eles. Através de estudos de tempos e movimentos exercidos pelos operários para executarem as tarefas necessárias à produção, concluiu que era necessário separar o processo de planejamento da execução, transferindo o pensar para o administrador e, parcelando em etapas o trabalho operário, retirando-lhe o conhecimento global do processo produtivo. Através desses princípios, Taylor imprimiu ao trabalho rapidez, maior produtividade e maior extração de mais-valia, resultando em alienação dos trabalhadores (MALTA; MERHY, 2003).

Assim, esse processo cada vez mais contribui e fomenta para um trabalho alienado, no qual o operário da fábrica exerce sua prática, seu labor, sem ao menos ter o conhecimento de todo o seu processo produtivo, porque se torna uma “peça” do sistema, é alheio ao próprio produto que cria ao longo de sua jornada de trabalho, de modo que a gerência tem maior (ou total) controle de cada fase do processo e seu método de execução, buscando obter maior produtividade.

Dando segmento a esta estruturação do trabalho, Henry Ford criou, em 1903, uma indústria automobilística que até hoje leva o seu nome, baseando a sua produção em um sistema que se denominou fordismo. Esse sistema visava à produção de veículos a serem vendidos por preços relativamente baixos. Em 1914 criou a "esteira rolante", sendo através dela eram transportados os carros, na medida em que passavam com paradas periódicas, os homens iam

¹⁶ Até o final do século XIX e início do século XX, o que se teve foi um capitalismo denominado concorrencial, ou seja, regido pela livre concorrência. A partir de então, a fim de viabilizar um dos objetivos primários do capitalismo, que é o acréscimo dos lucros capitalistas pelo controle dos mercados (NETTO, 2005, p.26), ocorre um processo de concentração de produção e de capital nas mãos de grandes corporações e a livre concorrência é substituída pelos monopólios capitalistas. Portanto, se no capitalismo concorrencial o Estado intervinha pontualmente nas questões sociais, em sua fase monopolista, assume outras funções, com uma intervenção permanente na reprodução da força de trabalho.

executando operações simples. Esse modelo resultou na mudança da organização do trabalho, no aceleramento da produção, no controle da gerência em todas as etapas do trabalho e no achatamento do salário dos operários. O modelo fordista foi incorporado em larga escala não só pela indústria automobilística, como também pela indústria em geral (MALTA; MERHY, 2003).

A cronometragem taylorista e a produção em ritmo acelerado fordista imprimiam a característica peculiar desse processo de trabalho. Enquanto no taylorismo o trabalhador era adequado à máquina, tendo sua produção cronometrada e programada para agir de modo repetitivo, o fordismo fez ao contrário, adaptando as máquinas ao trabalhador, através da “esteira rolante” e do trabalho especializado. O binômio fordismo/taylorismo estruturava-se na fabricação em massa de mercadorias, baseando-se no trabalho parcelar e fragmentado, fundado na produção homogeneizada e verticalizada (ANTUNES, 2003). É por meio disso que o capitalismo alcança grandes taxas de lucro, pela exploração sistemática da força de trabalho, conforme exemplificado a seguir em proporções numéricas:

Graças à nova organização da produção e ao afluxo de operários, atraídos pela diária de 5 dólares, Ford conquista o mercado norte-americano e, em seguida, mundial. Apesar do aumento dos custos salariais, ele consegue baixar o preço dos veículos, seu objetivo para alcançar o consumo das massas. Aquilo que perde na produção de um veículo, recupera na massa de carros vendidos. Em 1921, pouco mais da metade dos automóveis do mundo (53%) vem das fábricas Ford. O capital da empresa, que era de 2 milhões de dólares em 1907, passa a 250 milhões em 1919 graças aos lucros incessantes (GOUNET, 2002, p. 20).

No entanto, como é inerente ao capital suas crises¹⁷ cíclicas, sendo esta um momento ineliminável do capitalismo e constitutiva desse modo de produção, em 1929 uma grande crise atingiu todo o mundo capitalista que, segundo Niveau (1969), era essencialmente norte-americana, mas seus efeitos se estenderam para todo o mundo através do comércio internacional, em razão do peso dessa economia no âmbito mundial. No início, era uma crise financeira que poderia ter permanecido no campo do capital financeiro, mas ela se desdobrou

¹⁷ Para Rubin, as crises são “hiatos dentro do processo de reprodução social” (1980, p. 31). Assim, a partir delas o capital se recicla, reorganizando suas estratégias de produção e reprodução social. A crise sempre será, para a economia política clássica, uma crise material, que irá se reproduzir também no plano espiritual, seja essa crise por excesso de trabalho ou capital. Assim, afeta não só a taxa de lucro como também a política, a ciência, a filosofia, a arte, a psicologia, a vida pessoal e familiar.

Netto e Braz (2006, p. 162) afirmam que “as crises são funcionais ao modo de produção capitalista, constituindo-se num mecanismo que determina a restauração das condições de acumulação, sempre em níveis mais complexos e instáveis, assegurando, assim, a sua continuidade”.

e atingiu todo o sistema produtivo e começou a afrontar a qualidade tão explicitada da economia capitalista, revelando um caráter cada vez mais irracional.

Diante de todo esse contexto de exploração da força de trabalho, produção em massa, lucros capitalistas, as lutas sociais e políticas eram fatores presentes com as transformações insanas do mundo do trabalho, claramente evidenciando a incapacidade do mercado de sustentar o crescimento econômico sem crises, havendo um descrédito das concepções liberais e uma mudança de rumos em direção ao Estado social, baseado nas proposições de Keynes (TOLEDO, 2002). Segundo Keynes, esta intervenção deveria se dar através de investimentos no setor produtivo a fim de ativar a economia e, com isso, recompor a equação demanda-emprego-aumento de renda. A economia capitalista se reergueria por meio do Estado. A doutrina Keynesiana:

[...] estimulou a criação de medidas macroeconômicas, que incluíam: a regulação do mercado; a formação e controle dos preços; a emissão de moedas; a imposição de condições contratuais; a distribuição de renda; o investimento público; o combate à pobreza. E tudo isso visava não exatamente à socialização da produção, rumo à instituição de uma sociedade socialmente igualitária, mas à socialização do consumo, a qual foi concebida como um contraponto à socialização da produção (PEREIRA, 2002, p. 32-33).

Assim, são agregados ao binômio taylorismo/fordismo as políticas keynesianas, as quais a defesa era da intervenção estatal na regulação das esferas do mercado e da economia e que buscavam assegurar o pleno emprego. Assim, era possível garantir o consumo simultaneamente com a produção, promovendo justamente o que era necessário naquele momento ao capital.

A partir de 1945, no pós Segunda Guerra Mundial, o fordismo adquire maior consistência, se mantendo durante quase 30 anos em expansão. O capitalismo viveu uma fase denominada de anos dourados da economia, quando houve elevados índices de crescimento econômico em todo o mundo (HOBSBAWM, 1995). Ao longo desses anos, os países capitalistas centrais alcançaram taxas fortes e estáveis de crescimento, mantendo os padrões de vida dos trabalhadores de forma geral elevados.

Esta expansão teve como pilares a associação dos postulados do keynesianismo e do fordismo, ou seja, a combinação da produção em massa com o consumo também em massa. Sobre esta associação Behring e Boschetti (2007, p. 86) colocam: “Ao keynesianismo agregou-se o pacto fordista – da produção em massa para o consumo de massa e de acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho”. O Estado capitalista regulador e intervencionista envolveu-se com a administração e o

financiamento do seguro social e de atividades afins, ou seja, com a ascensão da proteção social na perspectiva do direito.

Para a realização plena desse compromisso, os representantes dos trabalhadores (sindicatos) atuavam na busca de melhores condições de trabalho, aumentos de salários e seguridade social, e, em troca, controlavam as bases operárias a fim de evitar o conflito com o capital (ANTUNES, 2003, p. 39). Nesse contexto, os ganhos sociais obtidos pelos trabalhadores no âmbito estatal, o movimento operário deveria se tornar menos ofensivo, optando sempre pela via pacífica e de acordos. Desse modo, os organismos sindicais e políticos da classe trabalhadora no período fordista se transformaram em mediadores entre capital e trabalhadores, buscando atender as reivindicações dos trabalhadores através de alternativas que fossem compatíveis com o que previa o tal “compromisso”. Além disso, toda e qualquer demanda que fugisse ao que era proposto pelo “pacto” social-democrata¹⁸ era combatida repressiva e coercitivamente.

Desse modo, ainda em conformidade com Antunes (2003), era possível controlar e delimitar o campo da luta de classes, no qual eram obtidas as conquistas que compunham o *Welfare State*¹⁹, e em troca os trabalhadores tinham que relegar a um futuro bem distante seu projeto histórico-societal. Nessa conjuntura, o Welfare State se tornou um dos principais pilares de sustentação institucional daquela fase expansiva do capitalismo, ao integrar à sua dinâmica econômica parte das demandas operárias por melhores condições de vida e trabalho.

A incorporação dessas demandas se fez através da alocação de fundos públicos na conformação de políticas econômicas e sociais, o que favoreceu a ampliação do consumo pelos trabalhadores: ao tempo em que desmercantilizava o atendimento de algumas da necessidades sociais através de salários indiretos, via políticas sociais públicas, a ação estatal permitia a liberação de salários reais e o consequente aumento da demanda por consumo de mercadorias, criando as condições para o surgimento da produção e do consumo em massa, típicos do regime fordista de produção.

No entanto, o objetivo era bem claro, que, segundo Maranhão (2006), se deram da seguinte forma: respostas às reivindicações dos fortes movimentos operários que se insurgiam na época; necessidade em assumir os custos de reprodução da força de trabalho antes pagos

¹⁸ São os partidos social democratas que vão conduzir essas alianças com compromisso com uma política reformista, protegendo o capitalismo de um socialismo revolucionário (PASTOR; BREVILHERI, 2009).

¹⁹ Welfare State ou Estado de Bem-Estar Social foi um pacto em que os partidos social-democratas abdicaram de fazer a revolução socialista para obter o atendimento de reivindicações mínimas, de reformas imediatas, viabilizado pelas políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

exclusivamente com salários dos próprios trabalhadores; oferecimento de alternativas de fundos públicos disponíveis para serem investidos em empreendimentos privados dos capitalistas (principalmente na produção e compra de bens de capital que impulsionaram várias inovações tecnológicas); liberação de parte do salário dos trabalhadores para serem gastos com bens duráveis, principalmente automóveis, que nesta época se transformaram no mecanismo de expansão da acumulação do capital; e, por fim, oferecimento de barreiras ideológicas à expansão do socialismo que, neste período, se coloca como grande ameaça à sociedade capitalista.

Portanto, através desse “compromisso” que garantia benefícios de seguridade social, saúde e educação para os trabalhadores dos países centrais, a ideia de transformação social deveria ficar cada vez mais esquecida. Enquanto isso nos países periféricos, em que os trabalhadores não possuíam a efetivação desse “pacto” social-democrata, acontecia a defesa do desenvolvimentismo como meio de integração desses países à ordem econômica mundial, e consequentemente a exploração do trabalho aumentava radicalmente.

Essa cooptação do movimento operário se tornou um braço e engrenagem do poder capitalista. São essas as estratégias necessárias para a manutenção do modo de produção capitalista, que se dão por meio do binômio coerção/consenso, de forma a evitar conflitos e continuar de forma avassaladora com a extração do lucro.

Mas, torna-se inevitável a instabilidade capitalista, pois o Welfare State - que teve seu ápice nos anos 50, caracterizando-se pela expansão dos gastos sociais e pela expressiva acumulação de capital – apresenta no final dos anos 60 um crescimento completamente desacelerado. Neste mesmo período, explodem movimentos sociais, sindicais e extra sindicais; as empresas aumentam os preços gerando inflação, questionam os compromissos estabelecidos no Welfare State, e assumem políticas que prejudicam as conquistas trabalhistas. Nesse momento, as reivindicações não se limitavam apenas às questões econômicas, mas, sobretudo, à democracia no interior das fábricas (PASTOR; BREVILHERI, 2009).

Da mesma forma, o modelo de produção taylorismo/fordismo que foi hegemonic durante quase todo o século XX, no final dessa mesma década (1960) e início dos anos 70 esse padrão produtivo começou a dar sinais de esgotamento.

No início dos anos 70, a crise recessiva²⁰ capitalista força uma nova reestruturação produtiva do capitalismo, sendo esta uma crise financeira e do comércio internacional, com uma inflação crônica associada ao baixo crescimento econômico, assim o objetivo era de redução de custos, aumento da produtividade e da taxa de lucros. O Welfare State, eleito como um dos principais responsáveis, começou a ser visado pelos economistas denominados neoclássicos, neoliberais ou mesmo de liberais, em um movimento chamado de “retorno à ortodoxia”. As medidas neoliberais traziam consigo a ideia da neutralidade, já que o livre jogo do mercado permitiria uma melhor utilização dos fatores produtivos em benefício de toda a coletividade (SOARES, 2002).

Um novo modelo de organização e gestão da produção se torna necessário para contornar essa crise estrutural e cíclica. Portanto, tendo em vista que o Welfare State foi apontado como ponto crucial para a crise, esse foi justamente o alvo para sofrer o desmonte em suas políticas, para que o Estado²¹ - o principal mediador-civilizador - fosse “enxugado” em seu papel social, ou seja, a intervenção do aparelho estatal deveria ocorrer somente para aliviar a pobreza e para suprir as lacunas dos serviços privados e para aqueles de apropriação coletiva. Foram propostas políticas de caráter assistencialista, cujo grau de imposição tinha como objetivo evitar a geração de direitos (LAURELL, 2002).

Tem-se o advento do paradigma neoliberal²², que conduz políticas de privatização, de desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal. Pode-se citar, conforme Antunes (2003), em nível mundial, a era Thatcher-Reagan²³ a expressão mais forte desse paradigma, onde aconteceu de forma mais efetiva a perspectiva neoliberal. E no

²⁰ De acordo com Giovanni Alves (2012) a crise do capital da década de 1970 inaugurou uma nova temporalidade histórica que segue até os nossos dias, e, ainda destaca que nesses “trinta anos perversos” (1970-2010), “[...] o capitalismo financeirizado, toyotista, neoliberal levou a cabo uma das maiores revoluções culturais da história” (ALVES, 2012, s. p).

²¹ Behring (2008) denomina esse processo como contrarreforma do Estado. Enquanto no Estado Social, este deveria ser central na complementação de salários, após a crise da década de 1970, ele passa agora apenas a possibilitar o mercado financeiro em investimentos e isentar as empresas para a acumulação de capital. Portanto, a base ideológica da contrarreforma do Estado é o neoliberalismo.

²² Rizzotto (2008) evidencia em seu texto *Neoliberalismo e Saúde* sobre a emergência do neoliberalismo e sua definição a partir de alguns teóricos do período. Assim, conforme as explanações da autora “o neoliberalismo consiste em uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista, opondo-se fortemente a qualquer forma de planejamento da economia. Condena toda ação do Estado que limite os mecanismos de mercado, denunciando-as como ameaças à liberdade, não somente econômica, mas também política. Para os teóricos neoliberais, tanto os vinculados à escola econômica austriaca que emergiu no final do século XIX e teve como principal discípulo, no século XX, Frederich Hayek, como os vinculados à escola de Chicago, cujo representante mais emblemático é Milton Friedman, a razão é incapaz de reconstruir a ordem social, portanto, o uso de qualquer forma de planejamento, na economia, seria consequência de um equívoco teórico, devendo-se permitir que a ordem espontânea do mercado se manifeste livremente” (RIZZOTTO, 2008, p. 275-276).

²³ Respectivamente as lideranças da Inglaterra e EUA.

âmbito da produção, insurge também como resposta à crise, a necessidade de reestruturação da produção e do trabalho, que terá como objetivo retomar a expansão capitalista.

Para Harvey (2008), o ciclo capitalista que se iniciava sobre as bases da acumulação flexível, irá trazer diversas formas de organizar a gestão do processo de trabalho, como as experiências do Toyotismo (Japão), do Volvismo (Suécia) e da Terceira Itália.

Aqui nos cabe vislumbrar com mais detalhes o novo modelo Toyotista²⁴ devido ao seu alcance em escala mundial e os reflexos causados no mundo do trabalho em decorrência desse modo de acumulação flexível, sistema esse que opera com menos trabalhadores estáveis e força de trabalho mais barata, menores estoques e com capacidade de se adaptar as flutuações de mercado.

Isso significa, no entanto, que têm como principais características: produção visando atender um mercado consumidor mais exigente, mais individualizado, o que difere da produção em série do taylorismo/fordismo; fundamenta-se no trabalho em equipe, com multitarefas e multifuncionalidade, rompendo o caráter parcelar típico do fordismo; se trata de um processo produtivo extremamente mais flexível, pois um trabalhador opera em várias máquinas; melhor aproveitamento da produção, sistema de produção *just in time*²⁵ e *kanban*²⁶; estrutura das empresas horizontalizada, reduzindo gerências intermediárias; organização de círculos de controle de qualidade, no qual grupos de trabalhadores são estimulados a discutir seu desempenho e estímulos (MALTA; MERHY, 2003).

Nesse modelo, o trabalho vivo sofre uma captura menor do que no modelo taylorismo/fordismo, ele se impõe para atender ao novo formato do mercado consumidor. Paralelamente a este processo, houve uma maciça incorporação de novas tecnologias, uma grande substituição de trabalho vivo por trabalho morto nos processos produtivos, além disso manteve-se o objetivo de aumentar o ritmo de trabalho e a consequente produtividade.

Esses pressupostos foram amplamente praticados e difundidos, sendo um novo processo de trabalho que realiza uma desconcentração das indústrias, buscando novos padrões de gestão

²⁴ Toyotismo ou Ohnismo (por ter sido idealizado por Taichi Ohno) se inspira nas mudanças do processo de trabalho desenvolvidas na Toyota, no Japão pós guerra e que rapidamente se propagaram pelo país e outras partes do planeta (MALTA; MERHY, 2003, p. 63). O toyotismo, por ter menos investimentos, apresentava menos riscos e, portanto, tinha uma forte competição sobre os altos riscos de investimento do fordismo.

²⁵ De acordo com Antunes (1995, p. 26) o *just in time* busca realizar a produção no melhor tempo possível, propondo uma lógica de potencialização do tempo de produção e operando conforme o sistema *kanban*.

²⁶ O *kanban*, sistema de gestão dos supermercados norte-americanos, é formado por placas ou senhas que avisam quando o produto deve ser reposto. Pode-se dizer que nesse sistema não há desperdícios nem produção em massa, ocorrendo a produção e a reposição do produto somente após sua venda (ANTUNES, 1995, p. 26).

da força de trabalho, através da instituição dos Círculos de Controle de Qualidade CCQ²⁷, na CTQ - *Total Quality Control*, no Gerenciamento de Diretrizes e a Administração por objetivos.

Todas essas propostas avançaram no sentido de repensar a administração capitalista, seja por estimular a participação, a criatividade, estimular a adoção da visão estratégica da alta direção, a participação nos lucros, controle do processo, a cogestão (como determinação do capital-trabalho, ou gestão partilhada entre atores distintos) e autogestão (gestão dos envolvidos) (MALTA; MERHY, 2003).

A empresa mantém apenas o que é central e terceiriza parte do seu processo de produção. Deste modo, o trabalho não é desenvolvido apenas pelo trabalhador assalariado e protegido pelos benefícios do Estado de Bem-Estar Social. A flexibilização/terceirização possibilita que os trabalhadores sejam submetidos a diversas formas de contratação, recebendo salários diferenciados para a realização de trabalhos semelhantes e sem os mesmos benefícios que os trabalhadores da empresa-mãe. Assim, um produto pode resultar do trabalho desenvolvido de diversas formas: prestação de serviço, trabalho por tempo determinado, trabalho part-time (ou tempo parcial), assalariados de empresas terceirizadas, dentre outras (PIORE; SABEL, 1984).

Temos, assim, um contexto marcado pela principal característica das mudanças no modo de acumulação e produção capitalista - a flexibilização - no que tange garantias trabalhistas e formas de contratação dos trabalhadores. No entanto, em sua maior parte, implica em perdas de direitos e, consequentemente, precarização do trabalho devido a múltiplas relações contratuais, o que contribui para aumentar as dificuldades de representação e atuação sindical, deixando os trabalhadores desprotegidos e mais vulneráveis às exigências gerenciais e patronais (MATTOSO, 1995; PIRES, 1998).

Ou seja, o toyotismo proporcionou uma completa mudança no modo de ser, pensar e agir da sociedade, impactando diretamente na consciência dos trabalhadores e na luta de classes. Esse modelo representa uma crítica à rigidez fordista da produção/linha de montagem e altos salários (autossuficiente). Entretanto, o trabalhador especializado é substituído pelo trabalhador polivalente.

²⁷ Conforme Antunes (1995), os CCQ são formados por grupos de funcionários, fomentados pela própria empresa e em muitos casos compostos voluntariamente pelos trabalhadores, visando melhorar o desempenho no trabalho, minimizando os custos e maximizando a eficiência, objetivando aperfeiçoar o trabalho e a qualidade dos produtos. Assim, estes grupos são constituídos de modo que os próprios trabalhadores apresentem novas ideias à empresa a fim de obter melhores resultados na produção. Enquanto no fordismo não havia participação dos trabalhadores, o toyotismo consegue acentuar a alienação e aumentar a produtividade ao incentivar essa “participação” no processo produtivo. Nesse bojo, o toyotismo se apropria não somente da força de trabalho, mas também da capacidade intelectual e cognitiva dos trabalhadores.

Assim, identificamos que essa nova roupagem de acumulação flexível reforça toda a natureza capitalista de superar suas crises cíclicas desqualificando/desvalorizando a força de trabalho, a substituindo pelo trabalho morto, retirando direitos até então conquistados, aumentando o nível de desemprego, direcionando os investimentos do setor produtivo para o setor financeiro, o que naturalmente pressiona os salários para baixo e oferta à classe trabalhadora o mínimo necessário para sua reprodução e sobrevivência, além de formas de contratação com vínculos absolutamente fragilizados como a terceirização ou subcontratação de pequenas empresas, a flexibilização, com a criação de postos de trabalho em tempo parcial, mas mal remunerados. Destarte, podemos concordar com as autoras Pastor e Brevilheri quando fazem uma análise desse momento reconfigurado do capitalismo:

Conduzida em nível global pelos Estados Unidos da América e pelas instituições financeiras por eles controladas, como o Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, a economia baseada no livre mercado global do pós 1970 trouxe crescimento e prosperidade para o capitalismo, mas gerou, sobretudo, desigualdades e injustiça social, já que os sistemas de proteção social se tornaram o alvo da ofensiva neoliberal. O crescimento da pobreza e da desigualdade social foram as maiores consequências da aplicação deste ideário e, apesar destes resultados no campo social, o neoliberalismo não conseguiu revitalizar o capitalismo (PASTOR; BREVILHERI, 2009, p. 144).

É diante dessa análise social e econômica que podemos constatar que implantou-se um modelo para responder à crise estrutural do capital, que, no entanto, não tornou o sistema imune a crises. Dessa forma, sabe-se que tanto o modelo fordista quanto o toyotista são implementados no sentido da preservação do sistema capitalista de produção. Nos dois casos, a implantação se deu como resposta a crises estruturais do padrão de acumulação capitalista.

Podemos apontar nessa direção que somente a queda da inflação apresentou um sinal satisfatório para o capital naquele momento, já a classe trabalhadora estava em constante intensificação de sua exploração pelo sistema vigente, com uma postura sindical cada vez mais defensiva, retração de direitos, contratos trabalhistas flexibilizados, ou seja, um completo afastamento de seu ideário revolucionário.

Sendo assim, Antunes (1995) ressalta que com o processo de acumulação flexível tem-se uma desproletarização do trabalho industrial e fabril, principalmente nos países centrais. Inversamente a essa diminuição do operariado industrial tradicional, nota-se um significativo aumento do trabalho assalariado demandado pelo setor de serviços, da incorporação do trabalho feminino e uma subproletarização desses trabalhadores, os quais serão incorporados a empregos subalternos e de baixa remuneração, de modo instável e com alta rotatividade.

Nesse interim, a classe trabalhadora do século XXI, segundo o autor, é mais fragmentada, heterogênea e diversificada, na qual os capitais transnacionais implementam alternativas de trabalho crescentemente desregulamentadas, “informais”, de que são exemplos as distintas formas de terceirização (ANTUNES, 2003).

No contexto brasileiro isso não acontece de forma descolada da escala mundial, mas cabe destacar as particularidades dessa processualidade no Brasil, sendo este um dos países da América Latina subordinado de industrialização intermediária que, depois de uma enorme expansão de seu proletariado industrial nas décadas passadas, evidenciou significativos processos de desindustrialização, tendo como resultante a expansão do trabalho precarizado, parcial, temporário, terceirizado, informalizado, além de altos níveis de desemprego.

No próximo item vamos abordar mais elementos para um maior panorama brasileiro acerca do mundo do trabalho.

3.3. Os impactos neoliberais no contexto brasileiro

Essa concepção neoliberal, formalizada no Consenso de Washington, que, conforme Rizzotto (2008), é uma expressão que emergiu a partir do encontro realizado em novembro de 1989, na cidade de Washington, como fruto de uma reunião com funcionários do governo americano, especialistas em assuntos latino-americanos, representantes dos organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e alguns economistas liberais, com o intuito de realizar uma avaliação das reformas econômicas empreendidas, nas décadas anteriores, nos países da América Latina.

Neste encontro definiu-se algumas diretrizes da política macroeconômica as quais sofreriam modificações reformistas, que são de cunho neoliberal e foram implementadas nos países periféricos nas décadas de 1980 e 1990, como o Brasil. As propostas giraram em torno da liberalização do comércio, privatização das empresas públicas, a estabilização monetária e o equilíbrio fiscal.

A proposta nada mais era do que um enxugamento da responsabilidade estatal no que tange o setor social e sua intervenção, restrita, no aspecto econômico como um braço do capitalismo para operar de forma a superar ou reorganizar o contexto em momentos de crise. Na prática, se traduz em medidas de ajuste econômico e retração das políticas públicas de proteção social, numa conjuntura de crescimento da pobreza, do desemprego e do

enfraquecimento do movimento sindical, neutralizando, em grande medida, os avanços e conquistas sociais alcançadas pela classe trabalhadora nos anos 80.

É nesse marco que se dá a integração do Brasil à ordem econômica mundial, nos anos iniciais da década de 90 sob os imperativos do capital financeiro e do neoliberalismo, responsáveis pela redefinição das estratégias de acumulação e pela reforma do Estado. O governo Collor (1990-1992), então, assumiu o ideário neoliberal e dois fatores foram determinantes para a busca por competitividade mundial, que, de acordo com Druck (1999, p. 104) foram:

- a abertura da economia feita pelo governo de Fernando Collor de Mello, em que foram reduzidas as alíquotas de importação, exigindo mudanças na gestão das empresas para enfrentar a concorrência de produtos importados no mercado interno; e
- a política de recessão da economia colocada em prática no início da década de 1990 a fim de conter o processo inflacionário.

Especialmente a partir de 1995, no governo Fernando Henrique Cardoso²⁸ foram implementadas reformas ancoradas na necessidade de limitação do Estado. Nesse momento, o documento norteador se tratou do Plano Diretor da Reforma do Estado do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), liderado e formulado pelo ministro Bresser Pereira, o referido Plano se tratou de uma contrarreforma de caráter regressista para forjar a necessidade de uma eficiência administrativa estatal. O modelo de gestão pública preconizado nesse contexto reformista foi a administração pública gerencial, ou seja, aquela que busca o controle dos resultados e na qual o interesse público não pode ser confundido com o interesse do próprio Estado (BATISTA, 1999).

Para compreendermos melhor as particularidades e os impactos da administração gerencial do Estado, o Plano Diretor reconfigura o aparelho estatal da seguinte forma em nível de prioridade: a) núcleo estratégico, no qual se encontram o Ministério Público, os três poderes - Executivo, Legislativo e Judiciário -; b) atividades exclusivas de Estado, na qual estão aqueles

²⁸ Fernando Henrique Cardoso, em 1994 ocupava o cargo de Ministro da Fazenda, e nesse período lança um plano de estabilização econômica a partir da adesão a nova moeda, que seria “o real”. A partir do Plano Real as políticas universais inscritas na Constituição Federal de 1988 – como a Previdência Social de caráter contributivo; a assistência social gratuita e não-contributiva; e o SUS gratuito e universal – sofrem um golpe com a criação de mecanismos que desvinculam receitas e despesas, que passa a vigorar nesse mesmo ano de 1994.

serviços que somente o Estado tem a permissão de executar, como trânsito, polícia, previdência social básica, controle do meio ambiente, compra de serviços de saúde pelo Estado, subsídio à educação básica, etc; c) serviços não exclusivos, no qual encontram-se aqueles em que o Estado atua de forma paralela com outras organizações públicas não-estatais e privadas, como na área da educação, saúde, pesquisa e cultura; d) produção de bens e serviços para o mercado, que diz respeito as empresas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho estatal, como as do setor de infraestrutura (BRASIL, 1995, p.41-42).

Entretanto, trata-se de um exemplo claro orquestrado pela ofensiva neoliberal, ou seja, a ação sociorreguladora do Estado se retrai, dissociando os meios de atendimento às necessidades sociais dos trabalhadores entre organizações privadas mercantis e não-mercantis, limitando sua responsabilidade social à segurança pública, à fiscalidade e ao atendimento, através da assistência social, àqueles absolutamente impossibilitados de vender sua força de trabalho. A classe trabalhadora é também atingida pelos processos de privatização, inicialmente através da venda de empresas produtivas estatais, seguindo-se uma ampla ofensiva mercantil na área dos serviços sociais e de infraestrutura, tais como os de saúde, previdência, educação, saneamento, habitação etc., amparados pela liberalização da economia, sob a égide da liberdade de mercado e retração da intervenção do Estado.

Portanto, essa redefinição do aparelho do Estado seleciona estrategicamente suas ações. Esperava-se com isso reduzir as atribuições impostas ao Estado e fazer com que os cidadãos se envolvessem mais na solução dos problemas da comunidade. Dessa forma, o que está em cena é a ênfase nas reformas econômicas, na privatização das estatais e nas políticas sociais focalizadas; bem como a modificação substancial da estrutura estatal por meio de uma ampla reforma.

Rizzotto (2008) denomina esse novo Estado como social liberal, como elucidado a seguir pela autora algumas de suas características:

O novo Estado, denominado social liberal, teria como principal função a regulação, a representatividade política, a justiça e a solidariedade, devendo-se afastar do campo da produção e se concentrar na função reguladora e na oferta de alguns serviços básicos, não realizados pelo mercado, tais como os serviços de educação, saúde, saneamento, entre outros. A implementação de reformas administrativas e gerenciais permitiria a focalização da ação estatal no atendimento das necessidades sociais básicas, reduzindo a área de atuação do Estado por meio de três mecanismos: a privatização (venda de empresas públicas), a publicização (transferência da gestão de serviços e atividades para o setor público não-estatal) e a terceirização (compra de serviços de terceiros) (RIZZOTTO, 2008, p. 278).

Com isso, acentuaram-se as implementações dos Programas de Qualidade Total e a terceirização. No que concerne a terceirização – que como já vimos, é um forte traço do neoliberalismo - houve uma generalização de sua utilização por todos os setores da economia, desde a indústria até o comércio, passando pelos serviços, das grandes empresas até as de médio e pequeno porte. Além disso, houve um avanço da terceirização para atividades nucleares da empresa (tais como produção, operação, manutenção, usinagem etc.), não atingindo somente as áreas consideradas periféricas da empresa como a limpeza, o transporte, a alimentação etc. (DRUCK, 1999, p. 105).

No que tange o aspecto social, segundo Yazbek (1995), o neoliberalismo trouxe profundos dilemas uma vez que, ao mesmo tempo em que foram reconhecidos constitucionalmente os direitos sociais, por meio da Constituição de 1988, o Estado se inseriu no contexto de ajustamento a uma nova ordem capitalista internacional, provocando o desmonte das conquistas no campo social, na qual as políticas ortodoxas de estabilização econômica, especialmente com suas restrições aos gastos públicos, reduziram os investimentos sociais do Estado.

Assim, tendo em vista que a política de ajuste de Fernando Henrique Cardoso previa uma forte abertura comercial para incrementar a economia, consequentemente teve, nesse momento, um aumento exponencial do desemprego no Brasil devido à chegada de produtos estrangeiros no país que fizeram com que muitas empresas brasileiras falissem, e também em decorrência da reforma administrativa, um recuo do Estado como empregador.

Temos como resultado da crescente privatização, terceirização e reestruturação produtiva, reflexos imediatos na realidade dos trabalhadores, como bem situado por Antunes (2004, p. 338), ou seja “a enorme redução do contingente de trabalhadores bancários no Brasil dos anos de 1990, em função da reestruturação do setor, ou ainda daqueles serviços públicos que foram privatizados e que geraram enorme desemprego”. Justamente em decorrência da lógica perversa do neoliberalismo que as mutações organizacionais, tecnológicas e de gestão também afetaram fortemente o mundo do trabalho nos serviços, que cada vez mais se submetem à racionalidade do capital e à lógica dos mercados.

Diante do contexto, considera-se relevante o apontamento de Mota (2017) a seguir que traz a tônica do cenário brasileiro, neoliberal e periférico no que concerne os aspectos do trabalho:

Trata-se de construir um *novo trabalho/trabalhador coletivo* à base de uma nova divisão internacional e sociotécnica do trabalho, que mantém a parte nobre (planejamento, projetos, pesquisa em C & T, *designers* etc.) da produção nos países centrais, enquanto transfere para os países periféricos o *trabalho sujo e precário*, contando com uma mão-de-obra barata, a heterogeneidade de regimes de trabalho, a dispersão espacial e a desproteção dos riscos do trabalho (MOTA, 2017, p. 11).

A década de 1990 foi, portanto, um tempo de lutas para a efetivação dos direitos consagrados na Constituição, na contramão da defesa de um Estado mínimo e da implantação de políticas compensatórias. Assim, se vivia o contraditório, ao passo que se tentava implementar políticas sociais de caráter universalizante em um contexto de ajuste econômico restrito.

Já em 2002 temos mudanças no cenário político, mas que coadunam e reverberam as mazelas do contexto anterior. Para a presidência do país temos um líder operário e sindical, representante do maior partido de esquerda da América Latina - o Partido dos Trabalhadores. No que diz respeito às políticas macroeconômicas, de acordo com Druck e Filgueiras (2007), o governo Lula não promoveu alterações no modelo de desenvolvimento iniciadas por seu antecessor, caracterizado pela dominação da lógica financeira, com a manutenção dos juros atrelados às metas da inflação; com o esforço para a geração de superávit primário para pagamento da dívida, especialmente, por meio do estímulo ao crescimento voltado para as exportações e outras que permitiram identificar uma tendência à continuidade do modelo econômico do governo anterior (FHC).

No que tange às políticas macroeconômicas, no primeiro mandato do governo Lula (2002-2005) surgiram inúmeras críticas dos movimentos sociais, sindicais e de outros setores da sociedade, sob a alegação de que as ações do governo não vinham na contramão do neoliberalismo, sendo que isso foi proposto na campanha eleitoral e nem estavam de acordo com a tradição programática do seu partido (Partido dos Trabalhadores - PT), a exemplo dos avanços esperados relativos à reforma agrária. Mesmo diante destas e de outras críticas, Lula foi reeleito para um segundo mandato iniciado em 2006.

Destarte, podemos apontar para a mesma direção no segundo mandato do governo Lula e demais lideranças da perspectiva neoliberal, que corroboraram enfaticamente para o processo de contrarreforma do Estado, para, assim, situar o país no processo de mundialização da economia, com uma intensa privatização do patrimônio público, bem como novas direções do fundo público, redução das políticas sociais, abertura comercial e financeira ao capital internacional, desproteção ao trabalhador e mercantilização de direitos sociais.

Esse processo, que teve início no Governo Collor, consolidou-se e se aprofundou no governo de Fernando Henrique, alterando e fazendo regredir os direitos conquistados historicamente pela luta dos trabalhadores e expressos na recente Constituição Federal de 1988. Tais características, mesmo que em proporções distintas, permaneceram nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), persistindo no governo de Dilma Rousseff (2011-2016), reverberando no governo Temer (2016-2018) e no governo Bolsonaro de 2019 a 2022.

No governo Temer verifica-se a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro. No governo Bolsonaro tivemos o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior, haja vista a proposta central de Reforma da Previdência apresentada ao Congresso Nacional, em fevereiro de 2019, e as declarações de que será necessário fazer mais com os mesmos recursos, retirando verbas do orçamento para as políticas sociais. Conforme as autoras Bravo e Pelaez (2020), pode-se considerar como três características básicas deste governo: extremo liberalismo-econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques às instâncias de participação e controle social.

De fato, a falácia do discurso proferido pelos defensores da contrarreforma do Estado atingiu visceralmente nos serviços sociais, como aqueles que se referem à saúde, à medida que o caráter reformista estatal atua no sentido de sucateamento da saúde pública, com discurso de onerar o Estado e deixando seu investimento para o livre mercado. Assim, tudo que vimos anteriormente no que tange o processo de reestruturação produtiva e estatal na busca pelo falso equilíbrio das finanças públicas, faz fortemente que a saúde seja delegada para outras esferas, como a de serviços prestados pelo setor privado, com intensa terceirização e precarização dos serviços públicos.

3.4. Alguns apontamentos sobre o Serviço Social na reestruturação produtiva

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, constituindo-se em uma prática socialmente útil que contribui no processo de reprodução social. A profissão possui, desta maneira, uma “instrumentalidade vinculada à forma de inserção que a ordem burguesa lhe atribui na divisão sociotécnica do trabalho” (GUERRA, 2000, p. 06), uma vez que os processos de trabalho se estruturam a partir das exigências econômicas e sociopolíticas da organização da acumulação de capital.

A perspectiva histórico crítica, hegemônica entre os profissionais do Serviço Social, comprehende o surgimento dessa profissão organicamente articulado ao processo sócio-histórico de desenvolvimento do capitalismo, em sua fase monopolista (na passagem do século XIX para o século XX). Nessa ótica de análise, comprehende-se que o Serviço Social emerge, na sociedade capitalista, em seu estágio monopolista, em um contexto que a *questão social*, pelo seu caráter de classe, demanda do Estado mecanismos de intervenção econômicos, políticos e sociais. Desse modo, a institucionalização da profissão relaciona-se à progressiva intervenção do Estado no processo de regulação social.

Segundo Netto (2005), as manifestações da questão social tornam-se objeto de políticas sociais processando-se em um duplo movimento: seja no sentido de garantir condições adequadas ao pleno desenvolvimento capitalista e seus processos de acumulação privada em benefício do grande capital monopolista; e, simultânea e contraditoriamente, no sentido de responder, ou por vezes antecipar-se, às pressões de mobilização e organização da classe operária, que exigem o atendimento de necessidades sociais coletivas e individuais derivadas dos processos de produção e reprodução social (NETTO, 2005).

Consiste, assim, no conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, tendo como raiz a produção social coletiva que se contrapõe à apropriação privada de seus frutos, monopolizada por uma parte da sociedade. As suas mais variadas expressões revelam-se cotidianamente nas experiências vividas pelos indivíduos no trabalho, na família, na saúde etc. Entretanto, os sujeitos que vivenciam essas desigualdades também oferecem resistência a elas, por isso, a questão social é também a rebeldia, a organização, a mobilização e a luta por melhores condições de trabalho e de vida (IAMAMOTO, 2001). A questão social é, portanto, reprodução das lutas sociais, das relações de poder e dos antagonismos de classe.

Para apreender o significado social da prática profissional supõe inseri-la no conjunto das condições e relações sociais que lhe atribuem um sentido histórico e nas quais se torna possível e necessária. O Serviço Social afirma-se como um tipo de especialização do trabalho coletivo, ao se constituir em expressão de necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes sociais no ato de produzir e reproduzir seus meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada (IAMAMOTO, 2001, p. 88).

Desse modo, era inevitável que o Estado e o grande capital realizassem intervenções e, de uma forma ou de outra teriam que dar respostas as demandas e necessidades reivindicadas pela classe trabalhadora. Assim, as lutas sociais trouxeram para a esfera pública as expressões da questão social, rompendo, assim, com o domínio privado nas relações entre capital e

trabalho. Nessa conjuntura, “os conflitos sociais passam a exigir a interferência do Estado no reconhecimento e na legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos, consubstanciados nas políticas e serviços sociais” (IAMAMOTO, 2007, p.160). É nesse cenário de disputa, conflito de interesses e necessidade de respostas que o Serviço Social é demandado e os autores Iamamoto e Carvalho (2005) afirmam na assertiva a seguir:

O Serviço Social surge como um dos mecanismos utilizados pelas classes dominantes como meio de exercício de seu poder na sociedade, instrumento esse que deve modificar-se, constantemente, em função das características diferenciadas da luta de classes e/ou das formas como são percebidas as sequelas derivadas do aprofundamento do capitalismo (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, p. 19).

O Estado impulsionou a profissionalização do Serviço Social e ampliou seu campo de trabalho em função das novas formas de enfrentamento às expressões da questão social. A partir da década de 1930, o campo das atribuições profissionais constituiu-se de modo bastante amplo. A fragmentação das políticas sociais e a expansão setorizada de ações voltadas para os mais diversos campos da atuação profissional (como saúde, previdência social, assistência social, habitação, dentre outros), oferecem ao/a assistente social um mercado de trabalho multifacetado, que lhe apresenta uma variada gama de requisições.

A partir de 1940 o Estado criou instituições assistenciais (estatais) para intervir no processo de reprodução das relações sociais, atuando tanto na viabilização do processo de acumulação capitalista, quanto no atendimento às necessidades sociais da classe trabalhadora (YAZBEK, 2009). Percebemos que este novo tipo de modalidade de atendimento às necessidades sociais delimita um claro corte de classe do Estado, assumindo pequenas demandas sociais para garantir grandes demandas capitalistas.

O Serviço Social só pode afirmar-se como prática institucionalizada e legitimada na sociedade ao responder a necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes sociais na produção e reprodução dos meios de vida e de trabalho de forma determinada (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, p. 16).

No entanto, a profissão será demandada e legitimada para a execução de um amplo leque de atribuições profissionais, notadamente no âmbito das diferentes políticas sociais setoriais implementadas pelo Estado.

Assim como Guerra *et al* (2018, p. 4), compreendemos que “as atribuições, demandas e requisições da profissão indicam a sua natureza, seu lugar na divisão social e técnica do trabalho, sua funcionalidade ao Estado e suas estratégias de responder à crise do capital”. Dessa

forma, faz-se mister o apontamento de algumas considerações em torno dos elementos que oferecem contorno ao trabalho profissional do/a assistente social: demandas, requisições, competências e atribuições.

O padrão expansionista dos anos gloriosos (1945/1970), o Estado se viu obrigado a intervir nas relações entre empresariado e trabalhadores e o fez através da prestação de serviços sociais via generalização das políticas sociais.

O desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais engendradas nesse processo determinam novas necessidades sociais e novos impasses que passam a exigir profissionais especialmente qualificados para o seu atendimento, segundo os parâmetros de racionalidade e eficiência inerentes à sociedade capitalista (IAMAMOTO, 2001, p. 77).

A existência dessas demandas institucionalizadas, que passam a ser ofertadas à população via serviços sociais, apresenta a necessidade da contratação de profissionais para atuarem diretamente na sua execução. Entre esses profissionais está o/a assistente social que, ao ser contratado, recebe da instituição uma série de requisições construídas na lógica das políticas sociais setoriais. “É nesse sentido que podemos entender que a natureza das demandas dirigidas ao Serviço Social e a funcionalidade da profissão estão atreladas à ordem socioeconômica burguesa” (AMORIM, *et al.*, 2015, p. 5).

As requisições que se apresentam aos/as assistentes sociais podem estar direcionadas à prestação de um serviço, à execução de projetos e/ou programas sócio assistenciais, ou a própria realização do trabalho profissional. Segundo Guerra *et al.* (2018, p. 4), “na linguagem jurídica, requisitar é requerer com autoridade ou exigir. Nesse sentido, a requisição é a exigência legal, emanada de autoridade competente para que se cumpra, se preste ou se faça o que está sendo ordenado”.

Nessa direção, percebemos que a requisição é, geralmente, institucionalizada, pois ela emana da instituição que contrata o/a assistente social. Entretanto, essa requisição pode ser acolhida ou não pelo profissional, a depender da sua natureza. Assim, o/a profissional do Serviço Social possui uma autonomia relativa para identificar se as requisições apresentadas pela instituição são compatíveis ou não com o seu exercício profissional, ou seja, com aquilo que compõe o conjunto de competências e atribuições dos/as assistentes sociais.

Especificamente sobre o aspecto que tange a autonomia profissional, Montaño (2007) ressalta que nem todos os/as assistentes sociais são “intelectuais orgânicos da burguesia”. A burguesia cria e/ou determina as profissões de acordo com os seus interesses, mas “não (cria

e/ou determina) para todos e cada um dos profissionais a sua razão, orientação ideológica e prática profissional” (p.160). No entanto, os profissionais dispõem de uma autonomia relativa para exercer a profissão, de acordo com a sua opção ideopolítica.

Reitera-se essa afirmação, quando, referente à análise do autor, a categoria profissional construiu um projeto ético-político, hegemônico no Serviço Social, que contempla valores e princípios que visam transcender a ordem do capital e atender prioritariamente aos interesses dos usuários.

De acordo com Iamamoto (2001) o/a assistente social possui uma autonomia relativa porque apesar de exercer uma profissão liberal que possui Lei de Regulamentação e Código de Ética (ferramentas legais que lhe asseguram determinada autonomia em seu trabalho), a sua inserção no mercado de trabalho se realiza por meio do assalariamento. Desse modo, a condição assalariada a que se submete o/a assistente social para a sua contratação, o coloca no mesmo patamar dos demais segmentos da classe trabalhadora, restringindo e tornando relativa a sua autonomia.

A relatividade da autonomia técnica se deve ao fato de que o/a assistente social não dispõe de todos os meios necessários para realizar a sua atividade profissional, sendo que parte destes são fornecidos pelas instituições empregadoras e, segundo Iamamoto (2001), caso não fosse dessa forma, ou seja, se o/a assistente social tivesse todos os meios necessários para transformar a sua força de trabalho em trabalho, não seria caracterizado como trabalhador assalariado, mas como profissional liberal, pois venderia os seus serviços e não a sua força de trabalho.

A condição de trabalhador assalariado do/a assistente social, portanto tensiona a sua autonomia, mas não inviabiliza o direito de exercer sua atividade profissional através da sua expertise ou conhecimento especializado. Contudo, o que pode inviabilizar esta autonomia ou torná-la bastante reduzida é a precarização da formação profissional e do trabalho do/a assistente social.

Netto (2011) embora não aborde diretamente o tema da autonomia profissional, faz referência à subalternidade técnica do/a assistente social. Considera que esta se radica na própria gênese da profissão, que foi determinada socialmente, sendo demandada pelo Estado para ocupar uma posição subordinada na divisão social e técnica do trabalho, como “executor terminal” das políticas sociais. A subalternidade, neste sentido, está relacionada ao fato de o/a assistente social atuar na execução das políticas sociais e não no âmbito da formulação de tais

políticas. O autor considera ainda, como elemento reforçador da subalternidade técnica, o fato de a categoria profissional apresentar-se universalmente como feminina.

Montaño (2007) segue o fio condutor da análise de Netto (2011), atribuindo o caráter de subordinação e subalternidade do Serviço Social ao seu processo de constituição como profissão, quando o/a assistente social aparece como “executor terminal das políticas sociais”. Retoma a questão de gênero apontada por Netto como um dos determinantes da subalternidade do Serviço Social e acrescenta outros à questão do gênero: o empobrecimento do estudante profissional, a condição de funcionário público, a conceituação do Serviço Social como tecnologia e a sua relação com as ciências sociais.

Porém, quando retomamos as requisições e competências profissionais, conforme a Lei de Regulamentação da profissão - que constitui o estatuto jurídico que dispõe sobre as atribuições privativas e competências dos/as assistentes sociais - a competência refere-se a “capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais” (CFESS, 2012, p. 37).

São competências do assistente social, que a Lei de Regulamentação reconhece: implementar, planejar e avaliar políticas sociais. Mais uma vez se coloca a mediação da política, donde a importância de se problematizar o modelo de política social que se configura como espaço socioprofissional dos assistentes sociais (GUERRA, *et al.*, 2016, p. 8).

Destacamos que o que hoje encontra-se exposto na Lei de Regulamentação da profissão, enquanto rol de competências dos/as assistentes sociais foi construído por meio do processo histórico que constituiu o próprio significado do Serviço Social, enquanto profissão. Portanto, são competências legalmente designadas e socialmente reconhecidas.

As competências profissionais dos assistentes sociais são, portanto, a expertise que esse/a determinado/a profissional possui (ou deve possuir) para o exercício de sua profissão. Esses elementos devem, assim, ser abordados e trabalhados no âmbito da formação acadêmica para que os/as assistentes sociais sejam capazes de planejar, implementar, executar e avaliar projetos, programas e políticas sociais.

Dessa forma, percebemos que as competências estão articuladas às habilidades que os assistentes sociais, necessariamente, precisam desenvolver para uma atuação profissional qualificada. No entanto, elas não são específicas dos/as profissionais do Serviço Social. Aquilo que é privativo dos assistentes sociais chamamos de atribuições, de acordo com a Lei de

Regulamentação da profissão.

Percebemos que é no momento da delimitação do que consiste ou não atribuição privativa do/a assistente social, que encontramos os maiores conflitos. Por vezes, algumas requisições apresentadas pela instituição ao/a profissional do Serviço Social não constituem suas atribuições e, em alguns casos, nem mesmo suas competências. Nesse sentido, comumente constata-se, nos espaços sócio ocupacionais dos/as assistentes sociais, a ocorrência de requisições equivocadas sendo apresentadas aos/as profissionais como suas atribuições.

No contexto atual de grave crise do capital, enfrentamos uma realidade de alargamento do desemprego e do subemprego, em face de um modelo produtivo que exige cada vez mais flexibilização, polivalência, desespecialização e desprofissionalização do trabalho. As tendências postas, hoje, no mercado de trabalho, apontam para a eliminação dos conteúdos concretos e específicos das formações disciplinares, buscando a diluição das particularidades profissionais em um conjunto de atividades comuns, requisições as quais todos os profissionais devem responder (GUERRA *et al.*, 2018).

Desse modo, os/as assistentes sociais vêm sofrendo, em seus ambientes de trabalho, processos de tecnicização que fragilizam a profissão, colocando o Serviço Social em patamares de equivalência junto a outras profissões e/ou ocupações. Estimula-se processos de concorrência e disputa dos espaços profissionais, no âmbito das políticas sociais, especialmente, por meio da subsunção dos objetivos, princípios e valores da profissão aos da instituição, do programa/projeto ou da política social na qual o/a assistente social se insere.

Essa tendência à diluição das especificidades profissionais se agrava na medida em que os/as assistentes sociais passam a assumir funções de gestão e formulação de políticas sociais, programas, projetos, serviços, recursos e bens no âmbito das organizações públicas e privadas. Muitas vezes, o/a próprio/a assistente social, ao ocupar cargos de planejamento e gestão, deixa de se perceber enquanto profissional do Serviço Social, esquecendo-se de que essas ações estão postas na Lei de Regulamentação da profissão como suas competências.

Resgatamos, nesse momento, a análise de Iamamoto (2001, p. 03), quando afirma “ser o trabalho profissional tanto resultante da história quanto dos agentes que a ele se dedicam”. O caráter histórico, transitório e socialmente condicionado de nossa profissão, permite a essa se reconfigurar “no âmbito das relações entre o Estado e a sociedade, fruto de determinantes macrossociais que estabelecem limites e possibilidades ao exercício profissional inscrito na divisão social e técnica do trabalho” (IAMAMOTO, 2001, p. 11). Assim, continua a autora,

se a correlação de forças entre as classes e grupos sociais cria, nas várias conjunturas, limites e possibilidades em que o profissional pode se mover, suas respostas se forjam a partir das marcas que perfilam a profissão na sua trajetória, da capacidade de análise da realidade acumulada, de sua capacitação técnica e política em sintonia com os novos tempos. Assim o espaço profissional não pode ser tratado exclusivamente na ótica das demandas já consolidadas socialmente, sendo necessário, a partir de um distanciamento crítico do panorama ocupacional, apropriar-se das demandas potenciais que se abrem historicamente à profissão no curso da realidade (IAMAMOTO, 2001, p. 3-4).

Segundo Guerra (2005) o espaço reservado ao Serviço Social enquanto um ramo de especialização do trabalho coletivo é o de dar respostas, buscar soluções à pluralidade de questões que lhes são colocadas, para o que se necessita de fundamentos teórico-metodológicos, conhecimentos e saberes interventivos, habilidades técnico-profissionais, procedimentos teórico-metodológicos e de uma perspectiva ética com clara orientação estratégica. Contudo, o padrão de política social vigente, fragmenta, segmenta e setoriza as necessidades e categorias sociais, apontando para uma intervenção profissional imediata, pontual e focalizada.

Ao analisar a dimensão técnico-operativa do exercício profissional, Guerra (2005) ressalta que as demandas com as quais trabalham os/as assistentes sociais exigem mais do que ações imediatas, instrumentais e manipulatórias. Elas exigem intervenções que emanem de escolhas, que passem pelos condutos da razão crítica e da vontade dos sujeitos, que se inscrevam no campo dos valores universais (éticos, morais e políticos); exigindo ainda ações que estejam conectadas ao projeto político-profissional que alcançou hegemonia na categoria profissional no contexto dos anos 1990 e que tem princípios éticos e compromissos coletivos.

Muitos são os desafios enfrentados pelos/as assistentes sociais que orientam sua atuação profissional no sentido de superar a imediaticidade do cotidiano dado o modelo de política social focalizada e de desmonte de direitos sociais de cunho universal. Aqui, os/as assistentes sociais vivenciam o desafio de formular estratégias - tanto no âmbito da formação, quanto no âmbito do exercício profissional - que efetivem, articuladamente, com outros profissionais, o direito à saúde. Para tanto, vamos transcorrer sobre a particularidade do processo de trabalho na saúde e na saúde mental para trazer eixos fundamentais e intrínsecos ao “fazer” profissional no âmbito da micropolítica e o quão necessário se torna compreender o núcleo desse processo para interpretar o todo, ou seja, o trabalho dos/as assistentes sociais no campo da saúde mental.

3.5. A particularidade do processo de trabalho no campo da saúde

Nos dias que correm, com o aumento do trabalho no setor terciário²⁹ da economia, que engloba o setor de serviços, autores filiados à saúde coletiva apontam que um dos maiores desafios é como utilizar o conceito de processo de trabalho nos estudos e investigações que envolvem justamente o setor terciário ou de serviços (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003) e, em particular, o trabalho em saúde. Depara-se, pois, com a necessidade de apropriar-se dos processos de trabalho do setor de serviços, até porque é neste espaço que está alocado, hoje, o maior contingente da força de trabalho no Brasil. Os serviços de saúde fazem parte das atividades imprescindíveis para a vida em sociedade. Tal apropriação será instrumental e estratégica para o maior conhecimento do que ocorre no trabalho em saúde, e portanto, é o que nos debruçaremos a seguir.

Como já explanamos anteriormente sobre a categoria “trabalho” e o processo que o envolve para dar concretude e sentido ao mesmo, podemos reiterar que é por meio da presença e ação do agente de trabalho que se torna possível o processo de trabalho, ou seja, essa dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade. Pode-se dizer que o trabalho, de forma generalista, é o conjunto de procedimentos pelos quais se atua, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto, para, transformando-o, obter-se determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade. Assim, os dispositivos podem e devem ser analisados como aparelhos de produção social.

Nessa direção, quando localizamos o processo de trabalho no campo da saúde e da saúde mental, Costa-Rosa (2000) nos apresenta três modalidades desse processo, sendo a primeira sobre a produção de mais-valia (sob forma direta na iniciativa privada e indireta na esfera pública). Posteriormente, temos a produção sob a forma da reprodução das relações sociais dominantes, através de relações verticais de hierarquia, e por fim, o autor aponta o que “corresponde a um excedente que tem que ser designado como subjetividade singularizada que é, no ato mesmo de sua produção, apropriado pelos usuários e demais beneficiários dos interesses subordinados na instituição” (COSTA-ROSA, 2000, p. 147).

Em face disso, identificamos que o processo de trabalho em saúde envolve várias facetas, que perpassam tanto o âmbito de processo produtivo, que obtém lucro, bem como as

²⁹O setor primário reúne as atividades agropecuárias e extractivas, produzindo, assim, matérias-primas e produtos in natura. O setor secundário abarca as indústrias de ramos produtivos diversos. O setor terciário é composto pelos serviços prestados e pelo comércio essencialmente.

relações que circundam e envolvem os indivíduos em suas correlações pelo sentido da correlação de forças ou hierarquia institucional, seja no que tange a relação profissional-usuário. Para tanto, esse tripé será crucial para nosso entendimento dessa modalidade de processo de trabalho.

Mendes-Gonçalves (1994) traz para análise um instrumento fundamental que, por ser eminentemente abstrato, não se torna valorativo nesse contexto: o saber. A consubstancialidade que gira em torno do trabalho e das necessidades humanas de modo que os processos de trabalho são também reprodução das necessidades, ou seja, refletem as necessidades de saúde e o modo como os serviços se organizam para atendê-las. Assim, o autor mostra que, o saber/conhecimento ao expressar a interface entre ciência e trabalho, remete à dimensão tecnológica deste. Formula, então, o *saber* como o recurso que põe em movimento os demais componentes do processo de trabalho. Será, pois, *saber* operante ou tecnológico, *saber* que tem sua origem no e através do processo de trabalho, fundamentando a intervenção em saúde.

O autor aborda pontos pertinentes sobre o que move o processo de trabalho em saúde: o saber, o conhecimento, a expertise do profissional; sendo este o sujeito protagonista de quem pratica o cuidado e, portanto, central para nossa análise.

Todavia, para situarmos o lugar desse cuidado e de quem o executa, é interessante adentrarmos nos conceitos de macropolítica e micropolítica, pois esse entendimento será significativo como um panorama teórico. Os autores Cecílio e Lacaz (2012) utilizam as nomenclaturas molecular e molar para tratar da relação entre micro/macro na perspectiva da sociedade. Baseado nessas interpretações, entende-se que o molecular é lugar das mudanças, movimentos, fluxos, processos instituintes, inovação, mudança, criação de possibilidades e transformações. Assim, o conceito de molecular se aproxima ao conceito de micro. Já o molar, é lugar das estruturas já estabilizadas, das instituições como o Estado, a instituição médica e seus dispositivos, a Igreja, o Exército, as normas instituídas, legislações. Podemos dizer que é o macro. O molar é o lugar da estabilidade, da reprodução, da conservação e do visível, daquilo que é instituído e codificado (BAREMBLITT, 1996).

A partir desses conceitos elucidados, podemos entender que a macropolítica atravessa todas as esferas da micropolítica, enquanto a primeira é mais abrangente, abstrata e ao mesmo tempo rege todo o contexto social e o organiza, a segunda se trata intrinsecamente das situações relacionais, do cotidiano, do fazer-saber, do trabalho em equipe, grupos, e principalmente com seu usuário, a quem a política se destina para atender. Não podemos confundir ou romantizar esses conceitos, pois ambos dependem de situações relacionais para se consolidarem, o que

pressupõe relações conflitivas e tensionadas. Nessa perspectiva, apontaremos a seguir com mais exemplos no que corresponde à micropolítica, já que é nesse caminho que perpassa o processo de trabalho em saúde.

Entretanto, o conceito processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde.

Assim sendo, vamos contextualizar o que vem a ser a *micropolítica*, seu conceito, sua articulação com o processo de trabalho em saúde a partir dos apontamentos de Franco (2009), sendo este um dos autores que explora tal temática e traz considerações pertinentes para nosso aprofundamento teórico nessa perspectiva do trabalho em saúde.

Para o autor, micropolítica é entendida como a ação de cada um a partir de seu lugar de trabalho, das relações do cotidiano dos trabalhadores, usuários, colegas de equipe. O trabalho em saúde apresenta essa centralidade no trabalho vivo porque se trata de um trabalho relacional, mas também temos a interferência do trabalho morto por necessitarmos de instrumentos/meios para dar concretude ao trabalho executado e atingirmos seu fim último. Desta forma, o trabalho vivo (TV) e o trabalho morto (TM) compõem uma equação dentro do processo de trabalho, equacionamento, denominado, por Franco (2009), de composição técnica do trabalho (CTT)³⁰.

Mesmo no trabalho em saúde, nós podemos ter o trabalho morto coordenando/comandando esse processo em detrimento do trabalho vivo. Exemplo disso é quando tem um processo de trabalho em saúde que predominam exames, fármacos, procedimentos no uso de uma diretriz muito instrumental no trato com o usuário. Assim, nesse exemplo simplório, mas muitas vezes cotidiano, temos um trabalho vivo subsumido, o que

³⁰ À esta correlação chama-se de Composição Técnica do Trabalho (CTT), isto é, a CTT é a razão entre Trabalho Morto (TM) e Trabalho Vivo (TV) (FRANCO, 2009). Para melhor entendimento sobre a categoria da CTT, Franco e Merhy (2021), em *Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde*, abordam que “quando favorável ao Trabalho Morto, isto é, está sob sua hegemonia, vai refletir em processos de trabalho com menores graus de liberdade, operando um cuidado mais capturado por lógicas estruturadas de desenvolvimento do trabalho, quais sejam, as normas de funcionamento das equipes de saúde, medidas rigidamente vinculadas aos protocolos, e todo arsenal que de regulação do trabalho. Ao contrário se houver predominância do Trabalho Vivo, em ato, o trabalhador conta com altos graus de liberdade, podendo exercer melhor a criatividade necessária ao cuidado em saúde, fortalecer os aspectos relacionais do seu trabalho, tendo, portanto mais possibilidade de conduzir o trabalho por diretrizes como o acolhimento, estabelecimento de vínculo, acompanhamento dos projetos terapêuticos, que são diretrizes que para se efetivarem na rede de serviços, como mudanças estruturais na produção do cuidado, são dependentes das tecnologias leves. Se isto não ocorre, o que se verifica é uma repetição de velhas formas de agir, sob novos nomes, por exemplo, quando acolhimento vira triagem, o vínculo se realiza apenas administrativamente, e o acompanhamento de Projetos Terapêuticos se dá de forma protocolar, com base nos procedimentos exclusivamente” (FRANCO; MERHY, 2021, p. 156).

prejudica intensamente o trabalho relacional, de fala, liberdade, criatividade, acolhida, sendo este justamente o espaço da micropolítica.

O tema do cuidado é fundamental porque é o definidor do campo. Afinal, o que se produz na saúde? O cuidado. As profissões da saúde têm seu modo específico de capturar o cuidado, mas ao mesmo tempo que é esse o ponto que difere uma categoria da outra, é também o aspecto que converge, ao passo que é a finalidade última de cada profissional em sua prática.

E ainda discorrendo sobre essa prática, corrobora com nossa discussão a denominação dessa prática do cuidado por meio dos processos e das tecnologias de trabalho na saúde, tendo como pressuposto o seu caráter imaterial e a centralidade do trabalho vivo nos atos produtivos, associado ao modelo tecnológico, que supõe o uso das tecnologias duras, leve-duras e leves (FRANCO; MERHY, 2012).

A base “não material” do trabalho em saúde é discutida inicialmente por Mendes-Gonçalves (1994) que identifica na sua composição as tecnologias “materiais” e “não materiais”, instituindo assim uma ideia de que há uma dimensão imaterial que compõe o ato produtivo do cuidado, os saberes, que não se limita ao conceito usualmente utilizado que associa tecnologia ao maquinário presente no processo de produção. Aqui tratamos de relações orgânicas, que superam os legítimos meios de produção ou apenas que não se restringem a eles.

Quanto às tecnologias, conforme Merhy (1997), estas são denominadas como leves e leve-duras - ou de meios intangíveis - quando se utiliza no processo de trabalho o saber, as habilidades, o conhecimento. Contemplam, assim, o caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. Às tecnologias inscritas nos instrumentos, identificamos como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde; ao conhecimento técnico, identificamos uma parte dura - estruturada e outra leve -, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado.

Essas colocações permitem um adendo, baseado nas explanações dos autores que problematizam o tema das tecnologias leves, tecnologias duras e tecnologias leve-duras, como Merhy (1997), Mendes-Gonçalves (1994) e Franco (2009), que diz respeito ao modo como percebemos essas tecnologias duras, pois uma máquina ou um aparelho eletrônico se torna apenas um instrumento sem objetividade se não temos o “criador” dele para utilizar, ou seja, o próprio indivíduo. Nós, indivíduos, não somos apenas os usuários dessa tecnologia, nós que a conduzimos e somos indispensáveis para sua existência. Por trás de uma tecnologia dura vigora

a tecnologia leve: - o saber, o conhecimento - para transportar e dar concretude ao que antes era um pensamento abstrato.

É nesse campo de tecnologias, da produção de cuidado em ato ou do instrumento que se utiliza para tal fim que implicamos na dimensão subjetiva, pois o trabalho em saúde se dá sempre em um encontro, mediado pela ética do cuidado, envolvendo sujeitos passivos e ativos. A subjetividade é histórica, socialmente e afetivamente produzida, se produz a partir de um campo social com o qual a pessoa interage, o que forma no indivíduo esse modo de significar no mundo no qual ele vive. Então se tratando de cuidado em saúde, as experiências de vida formam certos registros, agenciamentos, o que implica e reflete nesse cuidado com o outro. Por isso, não falamos aqui de algo estático, mas sim de constante mudança e movimento, sofrendo modulações ao longo do tempo e consequentemente no modo das relações cotidianas.

Assim, quando articulamos trabalho vivo, tecnologia leve e produção subjetiva do cuidado, temos termos que se complementam e estão claramente interligados. Franco (2009) traz contribuições pertinentes sobre o lugar do subjetivo nessa interface do processo de trabalho na saúde:

Esta produção subjetiva opera em primeiro lugar, deslizando sobre o trabalho vivo, ele funciona como uma plataforma na qual os sujeitos-trabalhadores vão produzindo cuidado, nas relações com outros profissionais e os usuários. Mas esse movimento não se dá por inércia, o trabalhador sofre a força de uma energia propulsora que vem de si, a qual denominamos desejo. Este age como força, mas é uma força com leveza pois faz o trabalhador deslizar no seu trabalho de cuidado, como um surfista desliza e maneja seus instrumentos e saberes para desenhar trajetórias curvas sobre uma onda. O trabalhador atua assim, ele vai desenhando o cuidado, como trabalho artesanal, e operando seus processos de escuta, os atos de fala, a clínica analítica, ou peripatética, ou na dos afetos, impulsionado pelo desejo de fazer o cuidado, e dando-lhe características próprias, singulares, onde se inscreve sempre seu manejo de situações, que é singular (FRANCO, 2009, p. 23).

Em decorrência disso, o elemento humano é central, garante o caráter produtor do cuidado, isto é, o modelo assistencial não se configura por uma determinação, mas por atos de produção inerentes ao próprio processo, gerados pelos trabalhadores em relação, o lugar do subjetivo trata-se exatamente com essa forma como cada um significa aquilo com o qual está se relacionando. Já quando abordamos a subjetivação³¹ – a mudança permanente da subjetividade – entendemos que projetos apenas se consolidam como novas práticas quando as pessoas passam por um processo de subjetivação e mudam sua subjetividade, o que muda a

³¹ Franco (2009) afirma que o termo mais correto a ser utilizado é que o indivíduo vive processos de subjetivação já que o tempo todo estamos sendo modificados a partir de nossa experiência; agora quando somos detentores de uma subjetividade se torna um processo engessado e não mutável.

forma de significar aquilo que está sendo feito, significa e ressignifica o cuidado, (re)significa suas práticas, (re)significa o usuário.

É conduzindo essa prática na produção desse cuidado que a micropolítica está intrinsecamente ligada, sendo sua centralidade no trabalho vivo, atravessado por razoável grau de liberdade. De acordo com apontamentos de Malta e Merhy (2003) que reúnem alguns conceitos sobre a micropolítica do trabalho, quando falamos sobre o processo de trabalho em saúde, este difere do consumo de serviços em geral porque, no setor saúde, o usuário não é como um consumidor comum diante da mercadoria, pois está desprovido de conhecimentos técnicos e não detém informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir. Outras especificidades se colocam nesse mesmo processo quando tratamos de sua finalidade, ou seja, o cuidado, tendo como objeto o indivíduo ou grupos, os meios de trabalho correspondem aos saberes, instrumentos e como produto final a própria ação de assistência à saúde, produzida e consumida ao mesmo tempo, de forma paralela e conjunta. Ou seja, quando mensuramos o processo de trabalho em si, temos transformação, modificação, seja ela palpável ou não, e dependemos de meios (instrumentos), seu fim-último (objetivo) e a mão de obra que fará com que esse processo tenha concretude.

Duarte (2014) problematiza o trabalho profissional na saúde e o processo de trabalho nessa área, assim o trecho a seguir traz consigo considerações necessárias sobre o assunto:

Dessa forma, todo processo de trabalho se realiza em algum objeto, matéria, condição ou estado sobre o qual se exerce a atividade produtiva, uma ação transformadora, com o uso de meios e em condições determinadas. Elementos físicos e biológicos ou mesmo elementos simbólicos, assim como as subjetividades ou complexos sociais, podem ser objetos nos diversos processos de trabalho, principalmente no campo das políticas sociais, e, em particular, na saúde (DUARTE, 2014, p. 97).

Ainda sobre o processo de trabalho na esfera produtiva e suas similitudes com a área da saúde, podemos realizar algumas abstrações de como a saúde se torna um instrumento ou uma peça quando vivemos num sistema capitalista que rege todos os âmbitos da nossa sociedade.

Nesse contexto, ao recuperarmos elementos históricos que foram elencados anteriormente, como, por exemplo, o trabalho industrial, identificamos que o organização do trabalho no setor de serviços reúne algumas destas similitudes. Algumas dessas variáveis são apresentadas por Meirelles (2006), como a simultaneidade, a coprodução e copresença. A autora discorre que a noção de simultaneidade pode ser uma ferramenta central para o entendimento e a abordagem do trabalho em serviços, dado que ocorre o consumo do cuidado

e das ações de saúde ao mesmo tempo em que são produzidos, colocando diretamente em contato trabalhador de saúde e o consumidor/usuário, conformando aquilo que é chamado de copresença, o que pode exercer pressão no tempo de produção de tais ações e serviços, como se observa na fila dos serviços de saúde, por exemplo.

Então temos outro conceito importante para refletir acerca da relação de coprodução, já que na produção flexível o que importa não é mais a produção em escala, característica do fordismo/taylorismo, mas sim a produção acoplada às demandas e necessidades do consumidor/usuário.

Mas, quando falamos de trabalho em saúde no que se refere à autonomia do trabalho vivo, existem diferenciações ao compararmos com um operário no setor fabril. Um operário em uma fábrica tem o seu processo de autonomia controlado, pois previamente se decide o produto do seu trabalho. Já no setor saúde, mesmo que o "trabalho vivo" seja "capturado" pelas tecnologias mais estruturadas, como as duras e leve-duras, ou se estiver também submetido ao controle empresarial, no encontro entre o usuário e o consumidor dá-se o "espaço intercessor" com possibilidades de mudanças, de atos criativos. É extremamente difícil capturar o trabalho vivo em ato na saúde.

E, ainda, o que perpassa essa lógica do trabalho vivo além da possibilidade de um "fazer" criativo e autônomo, toca aspectos divergentes e conflitantes, além de jogo de interesses que envolvem os próprios agentes do cuidado, mas não de forma generalizada. Ou seja, há a disputa por transição tecnológica em saúde, que, em consonância com Merhy e Franco (2008), procura superar a lógica procedimento, dando ênfase na valorização das tecnologias leves, de fazer a gestão dos processos de cuidar, porém não tem objetivo de atuar diante da necessidade de saúde, porque a sua finalidade é gerar processos produtivos no ato do cuidado que controlam a incorporação de tecnologias duras, visando à obtenção de ganhos para o capital financeiro. É a chamada *managed care* ou atenção gerenciada, que significa, conforme os autores:

Esse modo como o capital financeiro na saúde vem intervindo para realizar o seu controle e domínio do território de construção do cuidado em saúde, contrapondo-se de um lado ao interesse do modelo médico-hegemônico e do outro ao modelo centrado na defesa da vida, individual e coletiva, para o qual a vida é em si o patrimônio de investimento social (MERHY; FRANCO, 2008, p. 351).

Assim sendo, essa dualidade gera uma disputa dentro do próprio processo de trabalho e traz em voga interesses e projetos completamente contraditórios e distintos, sendo que aquele "cuidado" em saúde que não valoriza a vida, age na contramão do que é preconizado como

primordial e basilar no processo de trabalho em saúde porque pressupõe o controle do ato prescritivo do médico, com base em protocolos técnicos e a auditoria de um administrador, ao qual, muitas vezes, é delegado o poder de autorizar procedimentos que fogem à norma previamente estabelecida.

Lamentavelmente, a saúde mental não está descolada desse viés, já que é composta por sujeitos que expressam sua prática por meio de dispositivos sociais públicos, onde há relações dominantes, um espaço que vigora a disputa, o conflito de interesses, no qual a hegemonia é refutada em sua concretude, bem como reiterado por Costa-Rosa (2000):

No caso das instituições de saúde mental como dispositivos que aqui nos ocupam, poderemos pensar que sua função positiva (explícita no discurso) é a produção de saúde, supressão de sintomas, reinserção social da sua clientela etc.; quanto à função negativa (que nos é acessível justamente por meio do método de análise, uma vez que quanto a ela o discurso é lacunar e as práticas nem sempre são transparentes) vemos que é aí que reside sua maior riqueza, sua mais preciosa produtividade, por dizer respeito aos interesses socialmente subordinados (COSTA-ROSA, 2000, p. 146).

Nessa perspectiva, o enfoque no trabalho vivo, de cunho multiprofissional, que vai além do que era estritamente médico e não-médico no modelo asilar de assistência à saúde e à saúde mental, traz maiores possibilidades de consolidarmos a Reforma Sanitária e Psiquiátrica na prática, evidenciando o modelo psicossocial pela ótica da clínica ampliada.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, decorre que se inclua no tratamento também a família e, eventualmente, um grupo mais ampliado - ainda que, no entanto, não seja apenas em referência a um indivíduo particular que se preconize a participação do grupo social mais amplo. Na realidade, é em razão da consideração de que a: loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social e 'como tal deverá ser metabolizada. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial, também como consequência da reforma sanitária, são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários. Há no modo psicossocial, quanto a este aspecto, um deslocamento fundamental das mudanças, do indivíduo para a instituição e o contexto. A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem (COSTA-ROSA, 2000, p. 154-155).

O modo psicossocial traz para nós a participação da população, o modelo horizontalizado do atendimento e no que diz respeito ao poder decisório institucional, sendo necessário incorporar além de democracia, a participação e autogestão. Portanto, é nesse espaço

de interlocução e diálogo, que os profissionais apoiam seu processo de trabalho, sendo este concretizado no âmbito da equipe e do coletivo.

Portanto, todo contexto cíclico do capital de reestruturação produtiva e transição tecnológica envolve consigo interesses divergentes e inevitavelmente conflitivos, que impactam no cotidiano do trabalhador.

O processo de trabalho, em todas as suas esferas, é atravessado por lógicas diferentes, que se apresentam como necessidades em disputa, como forças ou interesses antagônicos nas suas instituições que, por vezes, defendem o capital e não a vida. O processo de trabalho em sua micropolítica encontra-se num cenário de disputa entre forças instituídas, fixadas pelo trabalho morto, e outras que operam no trabalho vivo em ato, que se encontram nos processos imaginários e desejantes.

Como fonte de buscar alternativas, temos a criatividade permanente do trabalhador em ação que deve ser explorada na dimensão pública e coletiva para que sejam reinventados novos processos de trabalho, ou mesmo para abri-los em novas dimensões não pensadas. Somente o trabalho vivo tem esse potencial pensante que fomenta o processo da micropolítica e a faz essencial no trabalho coletivo, em equipe ou grupos, pois atuar nestes processos significa buscar novas possibilidades ou ressignificá-las.

É necessário fomentar e buscar o verdadeiro significado da produção do cuidado para que não continue tendo a hegemonia das tecnologias duras, o que torna o trabalho em saúde pouco relacional, dirimindo suas potencialidades, seu caráter criativo, seu elevado grau de liberdade e capacidade dialógica e, consequentemente a não valoração da tecnologia leve no processo produtivo.

Destarte, a autonomia e liberdade que reverbera no trabalho vivo precisa incessantemente ser lapidada, valorizada, enxergada, para que esse elemento seja central na área da saúde e não esteja à mercê do sistema vigente, pois, como sabemos, o processo de trabalho em saúde não está isento das mazelas desse sistema. Quando tratamos, por exemplo, da alienação, o trabalhador em saúde também se vê contaminado e envolto nessa realidade quando temos uma organização parcelar do trabalho, a fixação do profissional em determinada etapa de um certo projeto terapêutico e a repetição mecânica de atos parcelares.

De acordo com as colocações de Campos (1997), se o trabalhador cria um processo cíclico de repetição de suas competências cotidianas, sem um momento prévio reflexivo ou intervencivo, ele acaba por si agindo mecanicamente, de modo irrefletido. Caso esse mesmo trabalhador não se sinta sujeito ativo no processo de reabilitação, ele perderá contato com

elementos que potencialmente estimulam sua criatividade, não se responsabilizando pelo objetivo final da sua intervenção.

Então, quando o trabalhador se aproxima do resultado do seu trabalho, ele se autovaloriza e valoriza seu processo. Portanto, é fundamental abrir espaço para a liberdade criadora, para a autonomia profissional, bem como para a reinvenção de novas maneiras cotidianas de operar a instituição ou o seu local de trabalho. Malta e Merhy afirmam que:

Para assegurar a qualidade em saúde, faz-se necessário combinar a autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade dos trabalhadores com os usuários, assim como o estabelecimento de um pacto em torno de um projeto coletivo. A recuperação da prática clínica assentada no "vínculo", ou responsabilização com o usuário, é a forma de combinar autonomia e responsabilidade profissional (MALTA; MERHY, 2003, p. 65).

E, ainda, é somente o trabalho vivo que constrói fluxos-conectivos entre equipes, serviços, dispositivos das políticas, ou seja, as redes rizomáticas³², nomenclatura essa abordada por Franco e Merhy (2021) que, no âmbito da micropolítica é o que dá sentido ao cuidado e o que cria vínculos e troca de saberes entre os profissionais dos diversos serviços.

Afinal, é o trabalhador o maior protagonista da produção do cuidado, o sujeito ativo que opera com seus saberes, mas sobretudo é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho, pois se a realidade for o "trabalho vivo" capturado, de tal forma que o trabalhador não consegue exercer nenhuma ação de forma autônoma, ele se torna "trabalho morto". Então poderemos facilmente assimilar com o que ocorre, por exemplo, numa linha de montagem, na qual o capitalista controla a tal ponto o autogoverno do trabalhador, que estrutura o trabalho, definindo previamente todas as características do produto final. Assim, o trabalho vivo é capturado e domesticado.

Em suma, o processo de trabalho enquanto micropolítica pode ser o lugar estratégico da mudança, pautando-se pela qualificação da força trabalho dos profissionais, com integração dos profissionais na assistência, resgatando o sentido do trabalho multiprofissional e qualificando o produto final ofertado, pela ética do compromisso com a vida, estabelecendo vínculos, buscando a resolutividade e a criação de autonomia dos usuários.

³² Para os autores, a “constituição por fluxos de conexão entre equipes, no plano mesmo da micropolítica. Isto torna possível ao trabalhador operar linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, sendo ele próprio capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde” (FRANCO; MERHY, 2021, p. 160).

4. Para uma analítica do trabalho do/a assistente social na Política de Saúde Mental do município de Juiz de Fora/MG

O presente capítulo buscará levantar os elementos que configuram os aspectos relevantes que envolvem o trabalho do/a assistente social inscrito na Política de Saúde Mental no Brasil, bem como o recorte necessário tendo por cenário a configuração da Política de Saúde Mental no município de Juiz de Fora/MG.

Posteriormente, dedica-se à apresentação das narrativas dos/as profissionais assistentes sociais, inseridos/as nos CAPS do município de Juiz de Fora para a referida pesquisa, no intuito de que seus pontos de vista colaborem para iluminar a construção que vem sendo feita acerca das mudanças no mundo do trabalho e os impactos sobre a atuação dos profissionais na área.

4.1.Serviço Social e Saúde Mental: uma retrospectiva

Ao traçarmos o caminho histórico do Serviço Social no Brasil, deparamos com particularidades históricas da profissão permeadas por interlocuções com a medicina, quando identificamos o movimento de higiene mental, que segundo Vasconcelos (2002), teve início na França no século XIX, mas foi nos Estados Unidos no início do século XX que o movimento higienista teve terreno fértil para sua difusão. A partir de então o movimento chega ao Brasil, onde é fundado em 1918 na cidade de São Paulo a primeira Liga Eugênica latino-americana e logo em seguida, em 1923, no Rio de Janeiro tem-se a Liga Brasileira de Saúde Mental. O autor aponta que médicos psiquiátricos higienistas afirmaram que os trabalhadores sociais seriam os grandes responsáveis por difundir e “aplicar” o movimento higienista.

Bisneto (2005) coloca que nas décadas de 1920 e 1930, sobre uma densa influência europeia, o Serviço Social na saúde mental tem uma intervenção de cunho higienista. Era ainda um período em que o capitalismo monopolista iniciou seu processo de consolidação no Brasil, o tratamento da pessoa com sofrimento mental tinha um alto custo para o processo produtivo, era rentável para o sistema de saúde e seu enfrentamento evitava os “desajustes” que acompanharam a industrialização, preservando, mantendo e adestrando a força de trabalho.

Na década de 1940, os serviços de saúde num geral encontravam-se em momento de estruturação no Brasil. Naquele período, tanto o Serviço Social, quanto as demais profissões que se constituíam nesse campo pautavam-se em pressupostos conservadores, especialmente,

na perspectiva teórico-metodológica positivista. A inserção do Serviço Social nos dispositivos de saúde justificava-se pela compreensão do/a assistente social como aquele que poderia auxiliar o trabalho médico. Segundo Matos (2013), a denominação “paramédico” definia os outros profissionais não médicos que trabalhavam na área da saúde.

Conforme afirma Matos (2013, p. 57),

Na área da saúde, o Serviço Social surge nos hospitais com a demanda de construir um elo na instituição com a família e com o usuário, visando a garantir o seu tratamento após a alta, bem como para realizar um trabalho com a família para que não sofresse materialmente com a ausência do chefe.

Segundo Vasconcelos (2002), o Serviço Social vem intervir efetivamente na saúde mental nos anos de 1960, embora a literatura registre que esta relação surge em meados de 1946. As primeiras instituições a terem assistentes sociais foram os Centros de Orientação Infantil (COI) e os Centros de Orientação Juvenil (COJ). O autor ainda destaca que a ação desse/a profissional nestas instituições era reduzida e seu trabalho profissional apresentava-se de modo subalternizado em relação aos outros profissionais, onde o/a assistente social atuava de maneira totalmente acrítica, exercendo seu trabalho sob uma visão “assistencialista”.

Toda configuração acerca do trabalho profissional atrelada não só à subalternidade a categoria médica, mas também com intervenções no sentido do higienismo mental vincula-se principalmente à grade curricular deste período, que dispunha de formações acríticas, que reproduziam a dinâmica econômica aliada aos interesses do capital. As primeiras escolas de Serviço Social tinham em seus programas de ensino disciplinas como: “Higiene mental e Noções de Psiquiatria – 25 horas; Serviço Social Médico – 24 horas; Prática do Serviço Social Médico – 45 a 90 horas; Psicologia do Adolescente – 12 horas; Higiene do Trabalho – 12 horas; Higiene; Higiene Mental; Microbiologia” (VASCONCELOS 2002, p. 178-180).

É após a Segunda Guerra Mundial, em 1945, que ocorre a ampliação do Serviço Social no Brasil, configurando a formação do profissional alicerçada na ordem econômica, mas é com o período da ditadura militar (1964 – 1985) que se amplia de forma efetiva através dos serviços previdenciários institucionalizados aos manicômios.

Bisneto (2005) sinaliza que até os anos de 1950 eram péssimas condições de tratamento e assistência hospitalar. Apenas em 1955 houve a inserção no mercado das drogas antipsicóticas, até então o “tratamento” destinado aos loucos era violência, uso do trabalho forçado, tentativa de disciplinamento e adestramento dos mesmos.

O marco divisor entre assistência eminentemente destinada à pessoa com transtorno mental indigente e uma nova fase de extensão da cobertura para a massa de trabalhadores e seus dependentes se deu com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), quando houve uma ampliação dos investimentos estatais na medicina previdenciária oferecida pelos hospitais privados conveniados com o Estado. O modelo de atenção à saúde consolidado neste período, denominado de modelo médico-previdenciário, privilegiava o tratamento de doenças através de procedimentos hospitalares e medicamentosos. Esta ampliação, por meio de convênios entre o Estado e hospitais privados, provocou o que ficou conhecido posteriormente como indústria da loucura, através da mercantilização/“privatização” da assistência psiquiátrica (BISNETO, 2005).

Os desdobramentos desse modelo na assistência à saúde mental foi o virtuoso crescimento dos hospitais psiquiátricos e o aumento dos leitos daqueles já existentes, todos financiados pelo fundo público e geridos pela iniciativa privada. Como uma das consequências da “privatização” dos serviços de saúde e saúde mental tem-se a ampliação do número de assistentes sociais nessas áreas.

Os anos de 1970 e 1980 foram marcados pelo movimento pela Reforma Sanitária, que de acordo com Bravo (2006, p.32) *"consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura da sociedade"*. A partir de meados da década de 1980 o país vivia a transição política de um regime ditatorial-militar para um possível regime democrático, bem como a emergência dos novos movimentos sociais na defesa por direitos de cidadania. A base que criou as condições necessárias à construção do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, na luta pela democratização da saúde realizada por profissionais, intelectuais, movimentos sociais e estudantes que elaboraram crítica ao modelo de sociedade vigente e ao conceito de saúde em vigor até aquele momento que era restrito ao aspecto curativo, biológico e individual, não considerava o aspecto preventivo e muito menos reconhecia os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Nesse contexto, a grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 25).

A elaboração do Projeto de Reforma Sanitária, o avanço que se deu com a construção da Carta Magna (1988) e a criação do SUS, fez com que o Serviço Social brasileiro conquistasse um espaço maior na política de saúde, sendo essa pública e também na esfera privada, assim sendo a área da saúde tornou-se, historicamente, um grande empregador de assistentes sociais.

O Serviço Social tem espaço dentro do campo da saúde mental como profissão que amplia e afirma a cidadania a partir do momento em que surgem novas propostas para o tratamento para as pessoas com transtornos mentais, mais precisamente quando o processo de desinstitucionalização se coloca em pauta, ou seja, fim dos anos 1970 e início dos anos de 1980, isto não acontece não apenas com o Serviço Social, mas com todas as demais profissões que estão inseridas e intervindo no campo sócio-ocupacional dos dispositivos assistenciais da saúde mental.

Entretanto, na década de 1990, em meio a um contexto de ofensiva neoliberal, o Projeto de Reforma Sanitária passou a perder cada vez mais espaço para um projeto privatista de saúde, que privilegia os interesses do grande capital, transformando o acesso à saúde em mercadoria.

O projeto da saúde articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que tem acesso ao mercado (CFESS, 2010, p. 22).

A definição e ampliação dos direitos para as pessoas com transtornos mentais, assim como a possibilidade de acionamento de recursos e dispositivos legais implicam em um processo de articulação de novos preceitos e paradigmas que posicionam e sustentam novas frentes de trabalho para os/as assistentes sociais. A Lei 10.216/2001 redireciona o modelo da assistência psiquiátrica no sentido de promover a reabilitação psicossocial das pessoas com sofrimento mental, pela via de programas em áreas de trabalho, lazer, habitação, com vistas a estabelecer a cidadania dos usuários.

A Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, preconiza a inserção de assistentes sociais nas equipes de saúde mental em todas as suas esferas de atendimento, regulamentando equipes mínimas, ao qual profissionais de Serviço Social compõe o quadro de recursos humanos em saúde, como por exemplo, nas unidades básicas, centros de saúde, ambulatórios, dentre outros dispositivos assistenciais:

A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde). (...) No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local (BRASIL, 2002, p. 59).

A referida Portaria também elenca os dispositivos da rede de saúde mental que estão emergindo e que os/as profissionais de Serviço Social compõem a equipe multiprofissional: NAPS, CAPS, hospitais dia, urgência psiquiátrica, hospital geral com leitos psiquiátricos, dentre outros serviços, sendo parte dos recursos humanos da saúde junto com outras categorias profissionais.

É nesse sentido que os serviços substitutivos ao manicômio propostos pela Reforma Psiquiátrica se tornam um campo sócio ocupacional em expansão para o Serviço Social, uma vez que esta profissão construiu nas últimas décadas um Projeto Profissional ancorado em princípios fundamentais como: reconhecimento da liberdade como valor ético central, defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito.

Esta modalidade de atenção à saúde mental demanda uma intervenção qualificada e competente no campo das relações sociais das pessoas com sofrimento mental e junto à sociedade, partindo do reconhecimento destes enquanto cidadãos de direitos, que se encontram agora fora dos muros dos hospitais. O sujeito com sofrimento mental, sua família, a comunidade na qual está inserido, suas necessidades materiais e demandas por políticas públicas, sua necessidade de reproduzir-se como indivíduo social, se constituem como campo para intervenção profissional do/a assistente social.

Portanto, seja pelos pressupostos da Reforma Sanitária, seja pela Reforma Psiquiátrica brasileira, Bisneto (2005) aponta que o campo da saúde mental no Brasil coloca para o Serviço Social a necessidade de problematizar as determinações sócio históricas que fazem do usuário da saúde mental um sujeito de direitos, com necessidades de alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços, ou seja, bem-estar físico, mental e social, enquanto elementos determinantes no processo saúde-doença; bem como, a partir das particularidades dos usuários da saúde mental que trazem consigo, em sua

grande maioria, um histórico de exclusão, preconceito, discriminação, institucionalização e asilamento.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica propõe valores similares ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, tornando-se catalisador uma metodologia atual em Serviço Social e Saúde Mental. Rosa e Melo (2009) apontam que o/a assistente social, a partir de sua formação generalista, tem competência para desenvolver uma série de atividades no campo da saúde mental, e que podem contribuir para a efetivação dos princípios e das diretrizes presentes na Lei Orgânica da Saúde, bem como dos direitos previstos na Lei nº 10.216/2001, tais como a garantia de um tratamento digno, humano, desprovido de qualquer forma de abuso ou exploração, que visem sua inserção na família, no trabalho e na comunidade; ter a garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária, quando houver; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Sendo assim, Robaina (2010, p. 345) afirma que:

verificam-se na área da saúde mental duas matrizes de atuação do assistente social: uma, identificada com a atividade “clínica”, se subordina à homogeneização dos saberes psi e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético-político e deixa uma lacuna histórica no projeto da Reforma Psiquiátrica. Tal adesão parece advir de certa “crise de identidade” do assistente social numa área em que maciçamente as demais categorias profissionais são formadas para a clínica, além, é claro, dos constrangimentos objetivos e subjetivos da força hegemônica, já citados anteriormente. Assim, o Serviço Social vem privando o campo da saúde mental da riqueza de seu saber próprio, fértil de contribuições para que a Reforma Psiquiátrica alcance o seu projeto ético-político: uma sociedade igualitária, que comporte as diferenças! Não se trata aqui de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos — o que se está colocando em questão é o fato de o assistente social tomar por objeto esta subjetividade!

Porém, por mais que sejam pertinentes as observações da autora tendo em vista a formação histórica do Serviço Social enquanto profissão, bem como seu passado de subalternidade à categoria médica, precisamos problematizar e nos apropriar do campo da saúde mental, entendendo este ser um meio de atuação interprofissional, que trabalha no coletivo e não no individual, percebendo que o usuário que é acompanhado nos serviços é atendido pela equipe de profissionais, de forma multiprofissional que induz à corresponsabilidade, cada um com seu saber para compor o atendimento em sua integralidade, pois “no modo psicossocial também já não basta que se estratifiquem as ações em prevenção primária, secundária e

terciária. É necessária uma ação integral que vise ao sujeito como existência-sofrimento” (COSTA-ROSA, 2000, p. 156). Ainda conforme as considerações do autor,

o meio de trabalho característico do modo psicossocial é a equipe interprofissional, que em sua constituição atual já supera em muitos aspectos o grupo comum dos especialistas, para incluir uma série de dispositivos que vão do teatro às diferentes formas de arte e artesanato, e da qual se espera - uma vez que preconiza sua alternatividade em relação ao modo asilar - que ela encontre formas de intercâmbio das suas visões teórico-técnicas e das suas práticas, que seja capaz de superar radicalmente o modelo da 'linha de montagem', fundado na estratificação do saber dos especialismos. Pela ampliação operada pelo modo psicossocial quanto ao 'objeto' das práticas em saúde mental, entendido como existência sofrimento, e por sua ampla críticil ao paradigma doença-cura (Rotelli, 1990) produz-se uma ampliação do conceito de tratamento e do conjunto de meios a ele dedicados. Pode-se dizer que o anterior ato de tratamento sobre a doença-objeto está, no modo psicossocial, transmutando-se em um verdadeiro exercício estético em que o que é visado é a experimentação de novas possibilidades de ser (COSTA-ROSA, 2000, p. 156).

Robaina (2010), quando continuamos em sua linha de pensamento, discorre sobre mais desafios nessa área e também de possibilidades para realização do trabalho nesses espaços. Nesse sentido, portanto, como trabalho profissional nesse espaço ocupacional, aponta para o trabalho com as famílias, que não é atribuição exclusiva do assistente social, mas majoritariamente tem sido requisitado a este profissional por ter vasto conhecimento na área; com relação ao território, os/as assistentes sociais têm acúmulo teórico para realizar o mapeamento e a articulação com as tradições culturais locais, lideranças e equipamentos comunitários, relações de vizinhança, entre outros; no que se refere ao trabalho, esse profissional é capacitado para discutir questões como as relações de trabalho, as potencialidades e limitações da legislação; controle e participação social além do estímulo à organização local e no movimento de usuários e familiares, é importante articular a saúde mental às instâncias organizativas da saúde em geral (conselhos e conferências).

Mas, quando analisamos no sentido da clínica ampliada é fundamental compreendermos a proposta de cuidado interdisciplinar na saúde mental, evitando “especialismos” e reiterando o cuidado de forma integral no processo saúde-doença. É no âmbito do trabalho coletivo e multiprofissional que se localiza a saúde mental, na corresponsabilidade, no trabalho em equipe, com ações de escuta, acolhimento, vínculo e afeto.

Por isso, torna-se relevante tocarmos, de forma mais abrangente, na discussão sobre campo e núcleo, contemplados por Fernandes e Ribeiro (2016) e pertinentes para nosso objeto de estudo: o trabalho profissional. As autoras definem campo - Campo de Competência e de Responsabilidade – como saberes comuns a várias profissões ou especialidades. Já núcleo -

Núcleo de Competência e de Responsabilidade – como conjunto de saberes específicos a cada profissão ou especialidade, que denominamos de identidade profissional, sendo a particularidade de cada formação em seu saber específico. Ou seja, podemos interpretar que no campo da saúde mental estão situados vários núcleos, sendo este campo o denominador comum que marca diferentes identidades numa equipe multiprofissional, com seus respectivos núcleos.

Os conceitos de núcleo e campo foram desenvolvidos como uma proposta do trabalho para equipes multiprofissionais, tanto para os níveis de gestão e planejamento quanto para formação e práticas em saúde. Como pressuposto, cada profissional deve dispor de certa flexibilidade para desenvolver ações que não são do seu núcleo específico de conhecimento, mas que são do campo (FERNANDES; RIBEIRO, 2016, p. 57).

Para tanto, a conjugação entre campo e núcleo coloca em voga que o principal objetivo é o cuidado com o nosso usuário, de maneira à viabilizar sua reabilitação, promover sua cura, aliviar seu sofrimento e prevenir seus agravos. Assim, a clínica ampliada se torna nosso parâmetro de atuação no campo da saúde mental e fio condutor nas ações profissionais.

Nessa tônica, no campo da saúde mental, visualizam-se limites e possibilidades de atuação do/a profissional nessa área, sendo necessária desvendá-la para potencializar o trabalho profissional e dar ênfase à categoria neste campo.

4.2. O panorama da Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora/MG: um processo incipiente

Nesse item iremos abranger com maior adensamento a caracterização e particularidade que compõem a construção da Política de Saúde Mental em Juiz de Fora/MG, entendendo que esse município brasileiro é o nosso pano de fundo de análise, que se situam as nossas informantes da pesquisa - assistentes sociais -, que executam seu trabalho profissional nos dispositivos da RAPS, em específico, nos CAPS da cidade. Faz-se necessário, assim, entender o contexto em tela à priori e nos atentarmos, posteriormente, para as suas implicações no cotidiano do trabalho.

A microrregião de Juiz de Fora localiza-se, no entanto, no estado de Minas Gerais pertencendo à mesorregião da Zona da Mata, conta com uma população aproximada de praticamente 580 mil habitantes, de acordo com a estimativa do IBGE referente ao ano de 2021 (IBGE, 2021), sendo a 4^a cidade mais populosa do Estado, permanecendo atrás de Belo Horizonte, Uberlândia e Contagem. Através de um estudo realizado no ano de 2007, Juiz de

Fora foi classificada pelo IBGE como Capital Regional, sendo, ainda, influenciada econômica e socialmente pelas capitais como Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo. A sua área de influência abrange a Zona da Mata, uma parte do sul de Minas e também do centro fluminense. No total, sua região de influência compreende 106 municípios (IBGE, 2007). A microrregião juiz-forana abrange 33 municípios, se constituindo assim como importante referência às demais cidades de seu entorno (MINAS GERAIS, 2021).

Por esses motivos o município é tido como uma cidade polo. Sua influência vai desde à educação até a oferta de serviços. Sua notoriedade engloba também a prestação de serviços de saúde, de modo que no estado de Minas Gerais, segundo dados do último censo (2010), só possui menos estabelecimentos do que a capital Belo Horizonte.

No que concerne à saúde mental, o município tem em seu histórico ter sido um polo manicomial e um dos maiores parques manicomiais do país ao abrigar sete hospitais psiquiátricos credenciados pelo setor público no passado. Esse processo corresponde à ascensão do modelo assistencial hospitalocêntrico impulsionado principalmente pela privatização dos hospitais psiquiátricos no período de ditadura (1964-1985) no Brasil. O aumento vertiginoso de instituições ficou conhecido como “indústria da loucura” e fez com que as cidades de Juiz de Fora, Barbacena e Belo Horizonte protagonizassem esse quadro.

A década de 1960 foi marcada pelo questionamento e modificação do tratamento asilar no mundo, contudo, no Brasil é observado um movimento contrário, com a expansão dessa rede hospitalar. É nessa década que se tem o marco divisório entre a assistência destinada à pessoa com transtorno mental indigente e a extensão da cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Foi nesse período que foi consolidada a privatização da assistência, com contratação de leitos em hospitais e clínicas conveniadas, remunerados pelo setor público (FONTE, 2012). Concomitantemente, essa prática levou ao enriquecimento dos donos dos hospitais psiquiátricos e o saber do médico psiquiátrico consequentemente mantinha-se inquestionável (MENDES, 2007).

Cabe ressaltar que, até no início da década de 1980 a assistência psiquiátrica em Juiz de Fora era constituída por uma ampla rede de hospitais psiquiátricos privados em oposição a um número irrisório de atendimentos ofertados pelos ambulatórios de psiquiatria do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável pela emissão da Autorização para Internação Hospitalar (AIH) (MARQUES, 1996).

A partir disso, tem-se a conformação dos complexos hospitalares especializados em saúde mental no município, considerando que todos os hospitais instalados foram de grande

porte. Funcionaram na cidade as instituições Casa de Saúde Esperança, que chegou a ter 450 leitos, a Casa de Saúde Dr. Aragão Villar, com 380 leitos, a Clínica São Domingos S.A., com 240 leitos, a Clínica Psiquiátrica Pinho Maisini, com 132 leitos, o Hospital São Marcos S.A., com 220 leitos e a Clínica Vila Serro Azul que possuía 190 leitos (MARQUES, 1996). A Clínica São Domingos S.A. possuía ainda uma filial, o Hospital São Domingos Filial, que chegou ao número de 180 leitos, e que apesar de se localizar no município vizinho de Matias Barbosa, era vinculado e financiado pela prefeitura de Juiz de Fora (MARQUES, 1996). Destaca-se que o Grupo São Domingos dispunha de um ônibus contratado para levar e trazer pacientes e empregados de um município ao outro. A clínica Pinho Maisini e o Hospital São Marcos diferenciavam-se das demais instituições por receberem apenas mulheres.

No auge da “indústria da loucura” nesse mesmo período, por exemplo, a cidade possuía em seus hospícios quase dois mil leitos particulares conveniados à rede pública de saúde mental (MARQUES, 1996). Assim, à época, as três cidades mineiras denominadas de “corredor da loucura” compunham dezenove (19) dos vinte e cinco (25) hospitais psiquiátricos de Minas Gerais, onde se concentravam, dessa forma, cerca de 80% dos leitos de saúde mental do estado (ARBEX, 2013).

Porém, podemos elencar que o ano de 1983 foi marcante no que tange às mudanças no campo da saúde mental em Juiz de Fora já que temos a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) no município, com a assinatura do convênio de intenções estabelecidas entre a União, o estado e o município.

Nesse âmbito, a política de atendimento as pessoas com transtornos mentais traduzem algumas modificações devido às AIS juntamente com a criação da Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS-JF), que, por sua vez, designou um Grupo de Trabalho (GT)³³, ao qual foi responsável pela primeira proposta de reorganização dos serviços na área de saúde mental em Juiz de Fora. Tal iniciativa estendeu-se para as cidades de Bicas, Maripá de Minas e Matias Barbosa. Um fato que merece destaque foi a realização do I Seminário de Assistência em Saúde Mental no ano de 1986 organizado por esse GT, que teve como eixo central a discussão da assistência em saúde mental nas AIS. Esse seminário serviu para alavancar novas alternativas de atendimento no campo da saúde mental, buscando se diferenciar da forma tradicional de cuidado (JUIZ DE FORA, 1991).

³³ O GT de Juiz de Fora foi constituído por médicos psiquiatras das Instituições colegiadas das três esferas de governo e posteriormente agregou enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais (MENDES, 2007).

Em setembro de 1987, ocorreu a assinatura do convênio entre União e o estado, que previa a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS³⁴) no estado de Minas Gerais. Criou-se, assim, a oportunidade para efetivação, em âmbito local, da perspectiva da descentralização político-administrativa do setor saúde, e em decorrência, a sua municipalização (JUIZ DE FORA, 1992).

Através dessa descentralização, a Comissão Executiva de Saúde Mental (CESM), antigo GT, nesse mesmo ano de 1987 coordenou o II Seminário de Assistência em Saúde Mental, trazendo como eixo central a Organização Interinstitucional das Ações de Saúde Mental, que havia como principal proposta formular sugestões para a criação de uma política específica para o setor, e que, posteriormente, foi apresentada para a Secretaria do Estado de Saúde (SES) e à Diretoria Regional de Saúde de Juiz de Fora (DRS/JF). Em outubro desse mesmo ano, aconteceu o III Encontro Regional de Saúde Mental, no qual ocorreu a normatização dos critérios para as internações psiquiátricas no município de Juiz de Fora (MENDES, 2007).

Nesse interim, o que identificamos são as mudanças de cenário e de perspectivas no âmbito da saúde mental no final da década de 1980, com a importante ampliação da oferta de serviços — que inclui a instalação do SUP (Serviço de Urgência Psiquiátrica) dentro do Hospital Geral HPS (Hospital de Pronto Socorro), sendo assim das primeiras tentativas de reorientação da assistência psiquiátrica do município. Percebe-se, ainda, a disponibilização de leitos para a internação de pacientes psiquiátricos em enfermarias de Clínica Médica também de um Hospital Geral, o Hospital Regional João Penido (HRJP) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) — bem como uma relevante redução dos leitos psiquiátricos anteriormente disponíveis no município (MARQUES, 1996).

Dessa forma, o processo de municipalização da saúde teve início em 1992, competindo ao município, assim, a organização da Secretaria Municipal de Saúde, bem como o cumprimento das atribuições propostas pela descentralização político-administrativa, sendo esta um dos princípios que compõem o Sistema Único de Saúde (JUIZ DE FORA, 1997). Nesse intuito, a CESM propõe a reformulação no campo da saúde mental a nível primário, secundário e terciário, visando assim a universalização, descentralização, regionalização e hierarquização das ações aplicadas à saúde mental, seguindo as diretrizes propostas pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

³⁴ Um marco importante foi a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que, posteriormente, se engendrou como SUS.

Todavia, após a possibilidade de debates diversos, inclusive através da realização de três encontros regionais de saúde mental no município, proposta de reformulação e implementação de serviços, em março de 1988, a Comissão Executiva – CESM - foi dissolvida por órgãos municipais superiores, sem explicações ou resposta ao pedido de esclarecimentos por parte da referida Comissão (RIBEIRO, 1991).

Podemos constatar, então, que a partir da década dos anos de 1990 o governo do estado de Minas Gerais determinou várias intervenções nas instituições de assistência psiquiátrica. Em todo o estado, incluindo a cidade de Juiz de Fora, foram criadas auditorias compostas por militantes do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM - para promover a reorientação e reorganização dos serviços e recursos existentes no setor de assistência psiquiátrica do Estado, culminando com o período de estagnação nas políticas do município (MENDES, 2007).

Com base nesse contexto, como proposições para ressignificar esse quadro estavam a implantação de recursos ambulatoriais e a proibição de internação de pessoas alcoolistas em hospitais psiquiátricos, pois cabia aos hospitais gerais atender a esse público, além da inversão do modelo de assistência psiquiátrica em curto, médio e longo prazo, pois o que se pretendia era acabar de forma gradual com as internações psiquiátricas, que ainda ocorriam no município (MENDES, 2007).

O trabalho da Auditoria Especial de Saúde Mental contribuiu para que fossem implementadas ações de cunho desinstitucionalizante na cidade, em conformidade com as Portarias Ministeriais GM/MS nº 189, de 11 de dezembro de 1991, cuja intenção era a de melhorar a qualidade de atenção às pessoas com transtorno mental e a GM/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 que garantia a continuidade da atenção nos vários níveis, com diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais de saúde mental (BRASIL, 1991; 1992).

Também é necessário destacar outras duas Portarias que tiveram forte impacto no funcionamento dos hospitais, que foram a Portaria GM/MS nº 407, de 30 de junho de 1992 (BRASIL, 2004), que versava sobre mínimo de equipe técnica e auxiliar, bem como de estrutura física e funcionamento dos hospitais psiquiátricos; e a Portaria GM/MS nº 408, de 30 de dezembro de 1992 (BRASIL, 2004), sendo esta amplamente conhecida por “Psiquiatria IV” ou simplesmente “PIV”, visto que regulamentava e autorizava o grupo de procedimentos de tratamento em psiquiatria denominado “internação em Psiquiatria IV”, através da classificação por atividades prestadas e o número de leitos oferecidos, inclusive como base para a remuneração pelo SUS.

Em decorrência disso, medidas precisaram ser adotadas para abranger essas novas normas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, buscando, assim, a preservação do mínimo de direitos, além de contratação de novos profissionais, de modo a compor uma equipe mínima proporcional ao número de pessoas internadas e a proibição de celas fortes e espaços que restringissem os usuários (JUIZ DE FORA, 1992).

Como reflexo desse cenário temos, ainda, no decorrer da década de 1990 os primeiros descredenciamentos de hospitais psiquiátricos do município, como que ocorreu com a Clínica Serro Azul, e, posteriormente, a filial da Clínica São Domingos, conhecida por “São Domingos Cedofeita” ou apenas “Clínica Cedofeita”. Nesse período, o Hospital São Marcos foi vendido para o mesmo grupo do dono da Clínica São Domingos, mas pouco tempo depois também veio a fechar.

É nesse bojo de mudanças no trato da pessoa com transtorno mental que ocorre, no ano de 1992, a I Conferência Municipal de Saúde Mental na cidade (JUIZ DE FORA, 1992). Segundo consta em seu relatório, este processo se deu de forma participativa e democrática, sendo abordados importantes temas como o fortalecimento do setor público municipal, a criação de novos serviços, denominados “alternativos” e criação de leitos psiquiátricos em hospital geral, proporcionando, deste modo, redução dos leitos de hospitais psiquiátricos.

Outro ponto enfático e extremamente relevante da I CMSM-JF que perpassou a política municipal de saúde mental, diz respeito aos aspectos de descentralização, mecanismos de referência e contra-referência, nível e avaliação de serviços, recursos humanos, equipe multiprofissional, questões relativas ao financiamento, assim como o incentivo por parte do poder público à participação da sociedade, qual seja, por meio de associação de familiares e pacientes (JUIZ DE FORA, 1992). Para atender a esses preditivos e atingir sua finalidade, nesse mesmo ano foi elaborado o Plano Municipal de Saúde Mental (PMSM) (MENDES, 2007).

Em consonância com o contexto nacional e local, seus movimentos contrários ao isolamento e o anseio por serviços extra hospitalares como alternativa de cuidado, passam a funcionar dois programas do setor público de atenção à saúde mental a nível municipal: o “Programa de Atenção ao Psicótico – PAP”, e o “Programa de Atenção a Dependência Química – PADQ³⁵” (MENDES, 2007). E, como proposta de estrutura intermediária ao hospital e o

³⁵ Posteriormente, esse dispositivo se transforma em CAPSad (entre os anos de 2006 e 2007), como veremos a seguir (MENDES, 2007).

ambulatório tradicional, foi implantado a partir do PAP, em outubro de 1993, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial de Juiz de Fora, que foi credenciado ao Ministério da Saúde em 1996 como CAPS Casa Viva (MARQUES, 1996).

No que tange o aspecto político, destacamos que o governo do prefeito Alberto Bejani (1989-1993) iniciou tais ações de desinstitucionalização, eleito pelo Partido Jovem (PJ) que, pela pouca experiência política à época, procurou ajuda de técnicos para auxiliá-lo na administração pública municipal.

Já no âmbito da gestão da rede de saúde mental, a coordenação passou a ser oficialmente instituída a partir de 1994, quando da criação do Instituto de Saúde Mental – ISM. Este passou a ter a responsabilidade da política oficial desta área (MARQUES, 1996). Posteriormente esta nomenclatura foi alterada para Departamento de Saúde Mental (DESM), em uso até hoje.

Assim, naquele período, a rede de saúde mental ainda se manifestava de maneira tímida, com um número muito simbólico de dispositivos, mas que podemos elencar a seguir conforme disposições do Plano Municipal (1997):

- Atenção primária, caracterizada pelos serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Atenção secundária, compreendida pelos Centros Regionais de Referência em Saúde Mental (CRRESAM) e os Programas Especiais em Saúde Mental (PROESAM) e;
- Atenção terciária, relativa ao SUP; o hospital público geral vinculado à FHEMIG; HRJP; HU/UFJF, e os demais hospitais privados conveniados ao serviço público. Consta ainda a proposta de desospitalização progressiva, com o planejamento do que se denominou à época de “pensões protegidas”, bem como da possibilidade de expansão da rede de CAPS (JUIZ DE FORA, 1997).

Mesmo com esse fluxo de atendimento e uma tentativa incipiente de rede de saúde mental, ainda se percebia a prevalência da lógica hospitalocêntrica, com a existência persistente de cinco hospitais privados apesar da redução de leitos, não sendo criada, até então, uma rede ampla e eficaz de atendimento extra hospitalar capaz de atender a pessoa com transtorno mental nos momentos de crise ou de urgência (RIBEIRO *et al.*, 2003).

Para tanto e com o intuito de buscar novas possibilidades extramuros, em agosto de 1999 aconteceu a II Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora, com o tema central “Ética e cidadania na construção de uma Rede de Assistência em Saúde Mental” (JUIZ DE FORA, 1999a). Dentre os assuntos debatidos na II CMSM-JF, podemos enfatizar a equipe mínima de atendimento nos CREESAM, que deveria ser composta por psiquiatra, enfermeiro,

assistente social e psicólogo. Também teve ênfase a gestão compartilhada dos três níveis de governo, e tocou-se, ainda, na alocação de recursos advindos da redução das AIH psiquiátricas, com a intencionalidade e necessidade de criação de dispositivos substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, como “Lar Abrigado”, e de novos quatro CAPS, propostos para “Cidade Alta, Região Leste, Região Norte, Região Sul”, se adequando assim a proporcionalidade de um CAPS para cada 100 mil habitantes, como sugerido pelo Ministério da Saúde (JUIZ DE FORA, 1997). Porém, as discussões dispostas continuaram apenas em nível dialógico, sem nenhuma concretude ou mudança na conjuntura da saúde mental até aquele momento.

Um fato importante ocorreu nesse mesmo ano no município, quando todos os hospitais psiquiátricos passaram por uma auditoria, que deu origem a um documento denominado Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental (RAESM). Nesse relatório, constatou-se a existência de um número significativo de leitos hospitalares e de pacientes com história de internação de longa permanência (SHUBERT, 2001).

Essa auditoria permitiu obter um diagnóstico mais preciso da situação municipal no que concerne ao número expressivo de internações psiquiátricas existentes. A equipe responsável pela auditoria examinou 4.227 dos 6.559 pacientes internados naquele período de avaliação, concluindo que cerca de 82% da população internada poderia, do ponto de vista clínico, se beneficiar de um atendimento ambulatorial (MENDES, 2007).

O exposto apontava, mais uma vez, para a emergência da criação de dispositivos extra hospitalares, já que os hospitais psiquiátricos vistoriados não se enquadravam nas normas técnicas do Ministério da Saúde, fato que resultou em uma alta taxa de cronificação, ou seja, um agravamento acentuado à longo prazo da situação de saúde dos pacientes internados, o que pressupõe, ainda, uma possibilidade ínfima de alta desses sujeitos já que não apresentavam melhoria em seu quadro de saúde, tampouco tinham sua autonomia promovida.

No entanto, temos no início dos anos 2000 a instituição de um processo a nível nacional que se constitui enquanto marco histórico para toda a assistência hospitalar em saúde mental do Brasil: o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares no âmbito dos Hospitais Psiquiátricos, o PNASH/Psiquiatria. Em Juiz de Fora, as primeiras avaliações já começam a ocorrer no ano de 2002 (SANTOS, 2013).

Todavia, o objetivo das auditorias naquele momento era de cunho mais avaliativo e não na perspectiva anterior de interdição e fechamento dos hospitais psiquiátricos, o que obviamente destoava da proposta de Reforma Psiquiátrica brasileira e gerava certa inquietação e desânimo frente à luta de desinstitucionalização.

Mas apesar dessa premissa, em razão da avaliação negativa no PNASH/Psiquiatria, além do amparo legal da nova política pública de saúde mental, a Lei nº 10.216/2001, se deu um relevante processo desconstrução do município como polo manicomial. Temos, por exemplo, em abril de 2002 o primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT), na modalidade masculina (SANTOS, 2013).

Ainda nesse cenário e com a redução progressiva de leitos e o seu claro incentivo financeiro para esse fim, no ano de 2004 foi criada na cidade o segundo SRT, desta vez destinada ao público feminino (SANTOS, 2013). Podemos apontar outro ponto de extrema relevância dentro da criação de dispositivos extramuros que foi, em 2006, o Centro de Convivência Recriar³⁶, sendo este um serviço tanto inovador quanto necessário ao município, com uma perspectiva de participação popular e de geração de renda, no qual os próprios usuários do serviço produziam utensílios artísticos para que sua venda fosse revertida em verba para o serviço (MENDES, 2007).

A partir dessas modificações e transformações para uma possível constituição da rede de saúde mental em Juiz de Fora, temos, também nesse mesmo período, a conformação dos CAPS Álcool e Outras Drogas – CAPSad -; CAPS Infanto-Juvenil – CAPSij³⁷ e; o CAPS vinculado ao Hospital Universitário da UFJF, o CAPS HU, que a princípio tem o nome da disciplina médica “Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica da UFJF”, mas atualmente é denominado e credenciado como CAPS Liberdade, apesar de ser muito mais conhecido como CAPS UFJF.

No entanto, o movimento que se pode perceber a partir daí foi de uma intervenção no sentido de fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos do município e, paralelamente, a implementação de uma rede de assistência substitutiva. Mas, ainda sim, tratava-se de um processo de desospitalização e não de desinstitucionalização, pois, como podemos ver, há uma rede de saúde mental muito aquém da necessária diante do porte do município e das necessidades que o mesmo apresenta, com usuários a longos anos em internação hospitalar, cronificados, a maioria com perda de laços familiares, e naturalmente sem um suporte de uma rede de saúde e de dispositivos que atendam esses sujeitos em sua singularidade.

³⁶ O Centro de Convivência Recriar teve seu processo embrionário por meio de uma associação de usuários e familiares no interior do CAPS Casa Viva - a Associação Trabalharte (MENDES, 2007). Esta, atualmente, não se localiza mas neste espaço institucional, por não ter vínculo com a PJF, nem com outros dispositivos assistenciais da cidade.

³⁷ Anteriormente conhecido, no ano 2000, como Programa de Assistência à Saúde Mental da Criança – PASMC – compondo o modelo assistencial do município, mas posteriormente foi transformado em CAPSij, se mantendo até os dias atuais (INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL, 2000).

Com o intuito de evitar essa desassistência em larga escala, temos a criação de novos SRT, como estratégia de desinstitucionalização destas pessoas, sendo, ao final de 2011 a existência de 12 residências terapêuticas em funcionamento na cidade (BARROS, 2015). Em 2012 temos a inauguração do CAPS Leste (JUIZ DE FORA, 2012a), sendo este o quinto e último CAPS inaugurado na cidade de Juiz de Fora.

Em decorrência dos esforços do município em fechar seus hospitais, reduzir seus leitos psiquiátricos e em implementar uma rede de assistência substitutiva, o Ministério da Saúde, em apoio a essa intervenção, liberou um crédito de pouco mais de 4 milhões de reais para auxiliar a Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora a promover a desinstitucionalização (BRASIL, 2013). Assim, podemos identificar como um dos reflexos desse processo o número de serviços residenciais terapêuticos que mais do que dobrou, saltando de 12 SRT entre 2010/2011 para atuais 28 SRT.

É valido destacar que, no que tange os SRT, o Grupo Espírita de Assistência aos Enfermos (GEDAE) é responsável pela gestão e manutenção das 28 residências terapêuticas em funcionamento no município, sendo esta uma organização prestadora de serviço de caráter filantrópico, criada em 1989 (TOMAZ, 2000).

Sendo assim, temos um panorama do contexto juiz-forano, mas que, como percebemos, está em constante (re)construção. No entanto, vamos sintetizar, a seguir, os principais dispositivos de saúde mental, a partir de todo o processo de desinstitucionalização ocorrido no município até aqui:

- 5 CAPS: 4 de gestão municipal – CAPS III Casa Viva; CAPSad III; CAPS II Leste e CAPSij Gentileza e 1 de gestão federal - CAPS II Liberdade, vinculado à UFJF;
- 1 Centro de Convivência: Recriar;
- Serviço de Urgências Psiquiátricas (SUP), funcionando no Hospital de Pronto Socorro Municipal (HPS), com 7 leitos psiquiátricos;
- 33 leitos psiquiátricos em hospital geral, destes 9 funcionando no Hospital Regional João Penido (HRJP), de caráter estadual; e 24 no Hospital Ana Nery, de caráter privado/conveniado;
- 28 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- 1 Consultório na Rua (CnR);

- 1 Ambulatório de Álcool e Drogas (AD) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH) Unidade Dom Bosco; e
- 1 CASM – Centro de Atenção à Saúde Mental, nível municipal.

4.3. O caminho metodológico: métodos e técnicas de análise

Para iniciarmos o ciclo da pesquisa, tratamos de nos basear com fundamento teórico e metodológico, pela razão dialética da teoria social crítica e estruturar o processo da investigação, a partir do levantamento bibliográfico, com foco nos processos históricos, econômicos e políticos que incidem na especificidade brasileira, tendo como norte as expressões da questão social, ou seja, as nuances e desdobramentos da Política de Saúde Mental, bem como o processo que se fez dentro do conflito capital x trabalho e, posteriormente, a inserção histórica e contemporânea do Serviço Social no campo da saúde mental no território brasileiro.

Nesse intento, para desvelar essa realidade - mesmo que de forma aproximada já que esta permanece em constante mudança - a investigação crítica nos traz mais possibilidades de pensar além do que está aparente, ou seja, tocando no que é essencial para a compreensão dos fenômenos. Além disso, o método dialético nos possibilita “elevar – se do abstrato ao concreto” para trazer respostas através do concreto pensado assim como pela perspectiva de totalidade. Nesta direção, essa forma analítica contribuiu para a observação da realidade que permeia o cotidiano profissional do/as assistentes sociais no âmbito da saúde mental, além de contemplar um olhar mais abrangente sobre seu processo de trabalho.

Destarte, em nossa fase exploratória da pesquisa, o questionamento inicial se tratava sobre “o que o trabalho de assistentes sociais nos CAPS de Juiz de Fora gerava para os/as profissionais no processo de trabalho em saúde mental?”, “havia sobrecarga de trabalho nesse contexto?”, “existe uma rede de saúde mental em Juiz de Fora que adoece os/as profissionais que atuam na ponta desta política pública?”, “há precarização do trabalho?”, dentre outras questões. Para tanto, nosso cunho hipotético delineou que o processo de trabalho em sua realidade atual nos CAPS de Juiz de Fora adoece cotidianamente o/a profissional no ato do cuidado, em especial, os/as assistentes sociais atuantes nos serviços.

Nessa perspectiva, com foco fundamental de iniciar nosso processo de investigação diante de tantos questionamentos e proposições, utilizamos a pesquisa qualitativa para dar conta da realidade abrangida e entender com profundidade o nosso objeto de pesquisa, já que esse tipo de abordagem enquanto exercício de pesquisa não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, como podemos verificar a seguir:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de 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 (MINAYO, 2001, p. 22).

E, ainda, dentro da metodologia qualitativa temos algumas formas de lapidar nosso teor textual, para isso utilizamos a técnica de análise de conteúdo (AC) a qual é o cerne de nosso estudo e conforme podemos compreender melhor, a partir das considerações de Caregnato e Mutti (2006),

A maioria dos autores refere-se à AC como sendo uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. Na AC o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. (...) A técnica de AC, se compõe de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. (...) a primeira etapa como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Portanto, a codificação e a categorização fazem parte da AC (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 682-683).

Nesse contexto e utilizando essa técnica de análise, realizamos entrevistas semiestruturadas com os/as assistentes sociais inseridos/as no campo da saúde mental do município de Juiz de Fora/MG, em particular, as/os inseridos/as nos CAPS da cidade, para analisar o referido trabalho profissional, suas possibilidades e demandas para intervenção do Serviço Social junto aos dispositivos da atenção psicossocial. Entendendo, ainda, que a AC engloba esse instrumento de pesquisa como uma das formas de se trabalhar a análise de texto por meio de suas transcrições, para, de fato, acessarmos e desvelarmos o nosso objeto.

Por se tratar de uma pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas, que envolveu a participação voluntária de profissionais de Serviço Social nos serviços de saúde mental, os

aspectos éticos foram devidamente respeitados conforme as proposições das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF), sendo este devidamente aprovado³⁸ em 2021.

Posteriormente, o recrutamento³⁹ dos/as participantes se deu via contato telefônico⁴⁰ sendo, assim, exposta a intencionalidade da pesquisa e a abertura para participarem ou não deste projeto. Àquelas profissionais que responderam favoravelmente, foi enviado eletronicamente o link para acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁴¹ para a devida proteção dos/as participantes e concordância formal dos/as mesmos/as em ser partícipe desta iniciativa. Nesse intento, foram abordadas profissionais do CAPS Leste, Casa Viva, Liberdade, CAPSad e CAPSij, totalizando 7 (sete) entrevistadas no período de outubro/novembro de 2021. É valido pontuar que este é um universo composto por 14 (quatorze) assistentes sociais, contudo 3 (três) destas não estavam disponíveis naquele momento da coleta de dados por motivo de férias e/ou licença, já as demais não apresentaram interesse em participar da presente pesquisa.

A entrevista semiestruturada, portanto, foi realizada por meio de um roteiro⁴² que continha questões que abarcavam desde a identificação da/o profissional até sua particularidade no cotidiano do processo de trabalho, tocando, assim, em questões de gênero; idade; escolaridade; raça/cor; formação profissional; experiência profissional; remuneração; principais atividades desenvolvidas pelo/a assistente social na instituição; autonomia profissional; participação em movimentos sociais e conselhos de direitos e de políticas; se possui condições éticas e técnicas de trabalho, como sala para atendimento, instrumentos e recursos para a realização do trabalho, se havia algum tipo de sobrecarga e/ou adoecimento em decorrência da atividade laboral, dentre outras. As entrevistas foram realizadas individualmente através do *Google Meet* pela plataforma digital do *Google* e devidamente gravadas com

³⁸ O projeto CAAE: 43180721.6.0000.5147 e seu parecer de aprovação encontram-se no Apêndice A.

³⁹ Em virtude do contexto pandêmico da COVID-19, no qual todo trâmite para aprovação do CEP/UFJF e da coleta de dados da pesquisa ocorreram no ano de 2021 – momento em que persistia, ainda, a necessidade sanitária de distanciamento social - esclarece-se que todas às exigências do CEP foram devidamente respeitadas, sendo a coleta de dados e o aceite do TCLE realizados eletronicamente, via plataformas digitais.

⁴⁰ Em momento anterior ao início da pesquisa, já havia sido feito o levantamento junto às unidades de saúde – Centros de Atenção Psicossocial – da cidade, a partir da identificação dessas profissionais assistentes sociais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

⁴¹ O TCLE, que se encontra no Apêndice B, foi aplicado através do formulário (*Google Forms*) da plataforma *Google*, disponível no drive da pesquisadora mestrandona, tendo em vista o e-mail institucional da mesma na UFJF.

⁴² Ver o mesmo no Apêndice C.

autorização prévia das participantes na referida plataforma. Em consequência foi realizada transcrição para sistematização e análise dos dados obtidos.

É notório que com o processo da entrevista estabelecemos um momento relacional e prático de fundamental importância exploratória, de confirmação ou refutação de nossa hipótese inicial. Ainda nesse direcionamento e em consonância com Chizzotti (1991), é factual que por intermédio da pesquisa qualitativa nos opomos a suposições experimentais que apontam apenas um padrão de pesquisa para todas as ciências, ou seja, para essa modalidade de pesquisa o conhecimento vai além dos dados, sua abordagem é através da relação ativa entre o mundo real e o sujeito, sendo uma correlação profunda entre o sujeito e objeto, no qual não se separa o mundo do objeto da subjetividade do sujeito.

Dessa forma, tendo como horizonte a pesquisa qualitativa e o que esta nos traz de possibilidades para a análise de fontes primárias, realiza-se, no próximo item, a exposição de nossa coleta de dados que envolve os impactos do mundo do trabalho sobre a atuação dos/as profissionais assistentes sociais a partir da fala dos/as entrevistados/as.

4.4. Traçando o perfil das entrevistadas

Como ponto de partida desse trabalho e com o intuito de assegurar o anonimato das participantes, iremos denominá-las por letras (A.S.) seguidas de códigos numéricos, sendo cada CAPS correspondente à referida entrevistada preservando esse mesmo critério, como exemplificado a seguir:

Tabela 1 - Identificação das entrevistadas

Centros de Atenção Psicossocial de Juiz de Fora/MG	Entrevistada
CAPS A	A.S. 01; A.S. 02; A.S. 03
CAPS B	A.S. 04
CAPS C	A.S. 05
CAPS D	A.S. 06
CAPS E	A.S. 07

Fonte: sistematizado pela pesquisadora.

Feito isso, podemos adentrar na particularidade que envolve a identificação das informantes antes de inserirmos no contexto de formação e trabalho profissional.

Todas as entrevistadas se identificam como do gênero feminino; com idades que variam de 28 a 57 anos; quanto ao quesito raça/etnia, quatro (57%) das entrevistadas se autodeclararam negras (pretas e pardas) e três se autodeclararam brancas; quanto ao estado civil, em sua maioria, são solteiras.

Como é possível identificar pelo acima exposto, todas as nossas informantes são do gênero feminino, e, majoritariamente, negras. Não por acaso, historicamente na profissão de Serviço Social predominam assistentes sociais do gênero feminino. Em pesquisa realizada pelo conjunto CFESS-CRESS, no ano de 2005, visualizamos que 97% da categoria das/os assistentes sociais é feminina e, ainda, em um levantamento a partir dos dados coletados no Recadastramento Nacional Obrigatório, realizado pelo Conjunto CFESS-CRESS entre 2016 e 2019, aponta que 49% das assistentes sociais que preencheram o formulário se autodeclararam pretas ou pardas (CFESS, 2020).

No entanto, quando refletimos sobre gênero na sociedade capitalista, em consonância com Saffioti (1999), aquele se configura da mesma forma que a classe e raça/etnia enquanto elemento estruturante da sociedade. Imbricado nesse contexto, revela-se que desde cedo mulheres e homens são determinados socialmente a um padrão de ser e viver, o que expressa a desigualdade, a opressão, a discriminação e a injustiça entre homens e mulheres. Uma relação de dominação do homem sobre a mulher que está entranhada nesta sociedade do capital. Nessa perspectiva, as mulheres desempenham o papel no âmbito doméstico e do cuidado, e o conjunto de requisições apresentadas ao Serviço Social em sua gênese, de controle moral e social das classes mais pobres e da filantropia atrelada a Igreja Católica, ocorre esse processo de feminização do Serviço Social e outras profissões, a exemplo da enfermagem, da pedagogia e etc.

Desse modo, no início do século XX, ao qual temos como pano de fundo o processo de industrialização, as mulheres participam não só do processo de reprodução do trabalhador, mas também do trabalho. Conforme Iamamoto e Carvalho (2005), não era qualquer pessoa que estaria apta para ser assistente social, porque era requisitado um caráter missionário, devoto, de abdicar de si mesmo, e de se prestar a atender ao outro. Implicado nisso, apesar do avanço nos dias atuais, as peculiaridades da gênese da profissão permanecem vigentes, porém com novas roupagens, e ainda, com a exigência de formação profissional para o exercício do Serviço Social, tendo como norteador o Código de Ética Profissional e como horizonte o Projeto Ético Político da profissão.

Nesse âmbito da formação profissional, no entanto, podemos alinhar algumas informações de nossas entrevistadas no que concerne a instituição formadora, o ano de sua conclusão e se possuem pós-graduação na área. Todas são formadas pela Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com seu ano de conclusão que varia de 1985 até 2016, possuindo, ainda, pós-graduação lato sensu. Assim sendo, podemos identificar que todas as profissionais tiveram sua formação em uma instituição federal pública em modalidade presencial e, ainda, buscaram através da pós-graduação a manutenção de seu processo de aprendizagem de forma contínua e sistemática, mantendo, dessa forma, o acúmulo teórico indispensável para se pensar em novas propostas de intervenção, conforme explicitado nos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional dos/as Assistentes Sociais (2012, p.24), como o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

Identificamos, ainda, que todas as profissionais entrevistadas são efetivas do quadro de funcionários públicos da Prefeitura de Juiz de Fora sob o regime estatutário, excetuando a assistente social do CAPS Liberdade (HU-UFJF/EBSERH), cujo serviço é de gestão federal da EBSERH⁴³ e o regime de contratação se baseia na CLT –Consolidação das Leis do Trabalho-. A maior parte das entrevistadas (seis delas) atuam de forma recente na saúde mental, contabilizando, no máximo, cinco anos nos serviços substitutivos, apenas uma de nossas entrevistadas tem uma maior vivência nessa área, sendo quinze anos de experiência nos CAPS, conforme situado no tabela 2 a seguir:

Tabela 2 – Idade x tempo de formação x tempo de atuação na saúde mental

Identificação	Idade	Tempo de formada	Tempo de atuação em CAPS
A.S. 01	57 anos	36 anos	15 anos
A.S. 02	33 anos	11 anos	04 anos
A.S. 03	36 anos	11 anos	04 anos
A.S. 04	28 anos	5 anos	04 anos
A.S. 05	33 anos	7 anos	04 anos
A.S. 06	36 anos	14 anos	04 anos
A.S. 07	44 anos	20 anos	05 anos

Fonte: Sistematizado pela pesquisadora.

⁴³A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) é uma empresa pública federal vinculada ao Ministério da Educação (MEC) criada para gerenciar os Hospitais Universitários (HU) e seu quadro de funcionários aprovados nos concursos públicos são regidos pela CLT.

Ademais, os dados acima revelam que as assistentes sociais entrevistadas, em sua maioria, tiveram sua formação a partir da implementação das Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) voltadas para uma perspectiva crítica que, segundo Yazbek (2009, p.11):

Este referencial, a partir dos anos 80 e avançando nos anos 90, vai imprimir direção ao pensamento e à ação do Serviço Social no país. Vai permear as ações voltadas à formação de assistentes sociais na sociedade brasileira (o currículo de 1982 e as atuais diretrizes curriculares); os eventos acadêmicos e aqueles resultantes da experiência associativa dos profissionais, como suas Convenções, Congressos, Encontros e Seminários; está presente na regulamentação legal do exercício profissional e em seu Código de Ética. Sob sua influência ganha visibilidade um novo momento e uma nova qualidade no processo de recriação da profissão na busca de sua ruptura com seu histórico conservadorismo.

Compreende-se, nesse sentido, que este momento teve por significado o amadurecimento da profissão e uma proposta de ruptura com o conservadorismo, até então hegemônico na profissão, porém, não significa que ocorreu uma superação desta prática conservadora, dado que se pode observar essa herança até os dias de hoje.

Outro aspecto abordado tratou-se sobre algum tipo de apropriação teórica sobre a Reforma Psiquiátrica ou similares no âmbito da saúde mental durante o percurso da graduação, porém nenhuma de nossas informantes apontou esse tipo de contato, sendo um leque amplo da mais recente formada (ano de 2016) àquela formada em 1985. A entrevistada que tem formação em Serviço Social mais recente explicou, ainda, um contato superficial com a área, de acordo com sua fala:

(...) Participei do PET-Saúde Mental⁴⁴na época, ele estava no finalzinho quando eu estava na graduação, aí fui fazer seleção, mas nem sabia o que que era, tinha questão de título aí ia pegando, a saúde todo mundo queria, era super almejado E aí depois que eu vi que era perto de saúde mental, aí eu passei por UBS, foi um pouco de contato, mas mais com parte burocrática. Foi por poucos meses, foram seis meses. Aí foi na UBS Santa Luzia e no CAPS Casa Viva, mas a gente ficou com parte de digitação de dados de planilha de perfil de usuários da cidade em relação ao serviço (A.S. 04, CAPS B, 2021, p. 01).

⁴⁴ O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde, é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010, como uma das estratégias de reorientação da formação profissional em saúde, em implementação desde 2005. Tem por objetivo a integração ensino-serviço-comunidade, através de ações intra e intersetoriais para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da educação pelo trabalho, com tutores (professores/as universitários), preceptores/as (profissionais dos serviços de saúde) e estudantes de graduação da área de saúde, para o desenvolvimento de projetos em unidades básicas de saúde e seu território, com pactuação com a gestão local do SUS.

As demais entrevistadas relataram pouco ou nenhum conhecimento sobre as especificidades da saúde mental antes de se inserirem nos serviços, o que se torna contraditório e reafirma o histórico estigmatizante da saúde mental, visto que a inserção dos/as assistentes sociais nesse campo não acontece de forma recente (desde a década de 40), não sendo uma área nova, mas ainda assim divulgada e estudada de modo incipiente. Dessa forma, apontamos algumas colocações a seguir que tratam dessa assertiva:

Foi no serviço [o conhecimento sobre saúde mental], inclusive ninguém sabia muito sobre a reforma, a construção e estudo foi de todo mundo da equipe porque ninguém sabia de fato muito sobre isso. Depois que foi feita a especialização saúde mental pra equipe toda, uma especialização promovida pela prefeitura pra equipe toda. Porque antes na minha época era só atendimento ambulatorial. Então a gente foi a primeira equipe a inserir em CAPS e não tinha um conhecimento sobre, foi tudo novo. Não conhecíamos esse trabalho multiprofissional, então todo mundo "apanhou". Só tinha o CAPS Casa Viva que foi o primeiro CAPS, depois que começou a ter outros. O AD e o Infantil foram inaugurados quase junto (A.S. 01, CAPS A, 2021, p. 13).

Teve uma disciplina optativa, uma matéria que eu puxei na psicologia - que um dos trabalhos seria conhecer os CAPS (A.S. 02, CAPS A, 2021, p. 18).

Então, eu lembro vagamente, foi algum laboratório de saúde, mas não era o foco do laboratório, teve algumas pinceladas (A.S. 03, CAPS A, 2021, p. 18).

Sobre saúde mental e reforma psiquiátrica foi mais da prática mesmo, na graduação que eu lembro a gente passa um pouco por isso, mas fala mais da reforma sanitária, eu sabia por outras leituras que a gente acaba fazendo (A.S. 05, CAPS C, 2021, p. 24).

Lembro vagamente de ter no dia da luta antimanicomial algum evento, mas nem me recordo de ter participado e de ter na faculdade mais incisivo (A.S. 06, CAPS D, 2021, p. 33).

Diante disso, é válido reiterar que o/a assistente social tem sua formação generalista no campo das ciências sociais aplicadas, sendo reconhecido como uma profissão da área da saúde, expresso na Resolução nº 218, de 2007, do Conselho Nacional de Saúde (PEREIRA, 2020). Nesse bojo, o campo da saúde é um dos setores mais significativos para a atuação profissional, sendo um espaço historicamente privilegiado de absorção do/a assistente social. Atrelado a isso, localiza-se o campo da saúde mental no qual também se torna um dos pilares dessa atuação. Contradicoratoriamente, o que identificamos é uma recente abordagem da Reforma Psiquiátrica e da saúde mental em suas particularidades como componente curricular da graduação em Serviço Social.

Nesse sentido, essa lacuna na formação acadêmica de nossas entrevistadas, por vezes, corrobora para inseguranças em seu dia a dia diante de uma realidade e de um campo tão vasto,

que requer sapiência para uma intervenção para além do reducionismo que a psiquiatria impôs à loucura, compreendendo a área como um campo polissêmico e plural, com demandas cotidianas que carregam consigo um histórico de estigma, preconceito e institucionalização dos usuários de saúde mental. E, ainda, em consonância com Amarante (2008), o profissional de saúde mental – e porque não dizer as pessoas, em geral – precisa entender que a “convicção antimanicomial” não nasceu como “pura ideologia”, mas como consequência de conhecimentos e estudos que ousaram questionar os dispositivos e as estratégias de dominação e anulação do sujeito que marcaram historicamente a (des)atenção à saúde mental, a exemplo dos hospitais psiquiátricos.

A despeito disso e conforme sinalizado por Machado (2009), o debate sobre a Reforma Psiquiátrica e a discussão da Política de Saúde Mental na formação profissional, por algum tempo, foi negligenciada, o que demonstra uma desarticulação entre a formação profissional e o mercado de trabalho.

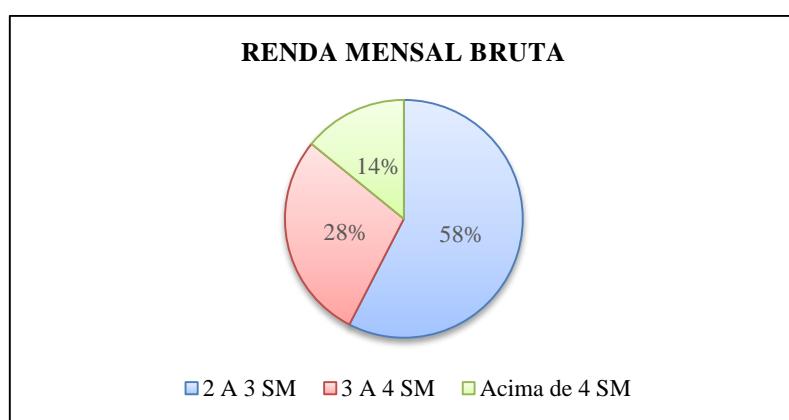
No entanto, cabe contemplar a seguir os dados acerca do trabalho profissional e suas formas de contratação, e, nesse aspecto, daquelas assistentes sociais que compõem o quadro da PJF todas apresentam uma denominação genérica do cargo para sua contratação, sendo técnicas de nível superior I (TNS I), com carga horária semanal de 40H, o que difere da realidade do CAPS de gestão federal, sendo 30H/semanais trabalhadas e, obedecendo, ainda, a uma conquista da categoria profissional que tem em sua regulamentação a Lei nº 12.317/2010, a qual define a jornada de trabalho de 30 horas semanais para os assistentes sociais sem redução salarial (BRASIL, 2010).

Os cargos genéricos são devidamente regularizados no âmbito do CFESS, não por acaso temos a Resolução CFESS nº 572, de 25 de maio de 2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de registro nos Conselhos Regionais de Serviço Social, de assistentes sociais que exerçam funções ou atividades de atribuição de assistente social, mesmo que contratados/as sob a nomenclatura de cargos genéricos (CFESS, 2010). Porém, aqui, não cabe problematizar a nomenclatura do cargo já que as funções desempenhadas equivalem com as competências e atribuições do profissional de Serviço Social, sendo de suma relevância e pertinência uma Resolução que ampare a categoria. Mas, se torna recorrente e estratégico que órgãos públicos e/ou privados utilizem dessas debilidades e fissuras como justificativa para manutenção de 40H/semanais de trabalho, com a prerrogativa do funcionalismo público e seu vínculo enquanto servidor/a, ignorando a luta histórica por melhores condições de trabalho para os/as assistentes sociais, e ainda, pelo direito ao trabalho com qualidade para toda a classe

trabalhadora, pois, como veremos adiante, o aumento na carga horária semanal não pressupõe condições mínimas de trabalho e de remuneração.

No aspecto salarial, a renda mensal bruta prevalece em torno de dois a três salários-mínimos⁴⁵ para quatro de nossas entrevistadas, duas profissionais apresentam renda de três a quatro salários mínimos e, uma das entrevistadas com maior tempo de carreira na PJF (na iminência da aposentadoria) tem remuneração bruta de cinco a seis salários mínimos, conforme podemos ilustrar no gráfico a seguir:

Tabela 3 - Renda das entrevistadas



Fonte: Sistematizado pela pesquisadora.

Identificamos uma remuneração relativamente baixa, principalmente, quando entendemos a importância social e econômica da profissão, suas responsabilidades, sua carga horária além do que é instituído legalmente, e ainda por ser tratar de uma cidade de médio porte (IBGE, 2010) que retém parte substancial do salário apenas com mecanismos de subsistência dos indivíduos – moradia, alimentação, transporte, dentre outros. A categoria ainda não dispõe de um piso salarial, porém está em trâmite um Projeto de Lei nº 2693/2020, no Senado Federal, que institui o piso salarial nacional de assistentes sociais equivalente à 7 (sete) salários-mínimos mantendo às 30h/semanais de trabalho. Mas, conforme verificado, inexiste movimentação na discussão desta emenda desde 09/08/2021 (BRASIL, 2020e).

Quando tratamos do Plano de Carreira em nossa entrevista, identifica-se uma similaridade no âmbito municipal e federal no que se refere à essa possibilidade de progressão. O Plano de Carreira da PJF, ou seja, sua progressão funcional⁴⁶ pode ser horizontal e vertical.

⁴⁵ O salário-mínimo no ano de 2021 esteve no valor de R\$ 1.100,00.

⁴⁶ Somente concorrerão à Progressão Funcional os servidores que estiverem, efetivamente, no exercício das atribuições próprias do cargo ou da função gratificada. Referência Legal: Lei 8710/95 e Lei 9212/98.

A primeira trata-se da progressão por antiguidade - atribuída a todos os cargos de provimento efetivo do quadro da administração direta, garantindo um aumento de 10% (dez por cento) nos vencimentos a cada três anos. Já a progressão vertical implica mudança de referência, dentro do próprio cargo, desde que atenda a determinados requisitos legais e dentro de um limite de vagas. Atualmente, os cargos de provimento efetivo são classificados pelas letras “A”, “B”, “C”, “D”, “E”, “F”, “G”, “H”, “I” e “J”, nos quais o servidor muda de nível de acordo com seu grau de profissionalização, ou seja, pós-graduação lato sensu/strictu sensu, publicação de trabalho científico, dentre outras prerrogativas.

No âmbito da EBSERH, o Plano de Carreira segue a mesma linha, com crescimento na carreira em termos salariais (horizontal) e de maturidade (vertical). A progressão horizontal acontece em duas situações: por mérito ou por antiguidade, podendo ocorrer para um ou dois níveis, nos anos pares; já a vertical poderá ocorrer nos anos ímpares para aquele/a que obtiver crescimento decorrente da complexidade das tarefas desempenhadas, ou por maturidade definida pela sua qualificação profissional, com acréscimo mínimo de 3% (três por cento) do nível salarial.

Quanto aos direitos trabalhistas podemos destacar férias remunerada; décimo terceiro salário; licença maternidade; adicional de insalubridade. No caso da PJF tem-se as férias-prêmio⁴⁷ a cada cinco anos. O vale-transporte é descontado em folha, então não se considera como direito, também não gozam de auxílio alimentação nem do seguro de vida, já a assistência médica/hospitalar é coparticipativa. A PJF tem cobertura do Damor (Casa do Servidor) em caso de adoecimento do servidor, é o responsável pela implantação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional, faz reabilitação do funcionário que está afastado por mais de um mês, com assistência médica e psicológica.

Ainda nesse perspectiva dos direitos, abordamos acerca da participação em movimentos sociais, conselhos de direitos e de políticas, representando a área de saúde mental ou da categoria profissional. Nesse intuito, as entrevistadas afirmaram que são filiadas ao Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Juiz de Fora (MG) – SINSERPU/JF, somente duas das entrevistadas relataram participação em movimentos e conselhos, mas que não acontece de forma assídua e efetiva devido ao pouco tempo disponível para dedicar a essas atividades, como identificaremos a seguir:

⁴⁷ São três meses de férias-prêmio.

Tabela 4 – Sindicalização e/ou participação em movimentos sociais, conselhos de direitos e de políticas

Identificação	Sindicalização; participação em conselhos de direitos; movimentos sociais, dentre outros.
A.S. 01	Sindicalizada ao SINSERPU-JF
A.S. 02	Sindicalizada ao SINSERPU-JF
A.S. 03	Sindicalizada ao SINSERPU-JF
A.S. 04	Sindicalizada ao SINSERPU-JF; integra o COMPID ⁴⁸
A.S. 05	Sindicalizada ao SINSERPU-JF; integra o coletivo “manas pelas minas”, movimento feminista de Santos Dumont-MG
A.S. 06	Sindicalizada ao SINSERPU-JF
A.S. 07	Não

Fonte: Sistematizado pela pesquisadora.

Nessa conjuntura, apresenta-se como de suma relevância a filiação aos sindicatos que compõem a luta dos servidores públicos do município de Juiz de Fora, pois essa iniciativa fortalece e unifica a luta destes trabalhadores, em prol de melhorias nas condições de trabalho, por aumento salarial, pela garantia de direitos, dentre outros. Nesse quesito, podemos destacar que uma das bandeiras defendidas pelos/as assistentes sociais trata-se da unidade da classe trabalhadora, autônoma, livre e classista. Porém, o que se torna mais comum num contexto neoliberal de desmonte de direitos, desmobilização da classe trabalhadora e ataque direto às entidades representativas e de organização sindical é, conforme Raichelis (2011) “o aumento da fragilidade sindical e dos efeitos políticos da terceirização, que produz discriminação, pulverização e competição entre os próprios trabalhadores, enfraquecendo a representação política da classe trabalhadora” (RAICHELIS, 2011, p. 433).

4.5. Caracterizando os dispositivos socioassistenciais: sobre os CAPS de Juiz de Fora/MG

Nesse subcapítulo torna-se necessário trazermos um panorama dos serviços de saúde mental a partir do olhar das entrevistadas, tendo em vista a pertinência de tratarmos dessa realidade cotidiana dentro da perspectiva do processo de trabalho em saúde.

⁴⁸ O Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas - COMPID, criado pela Lei nº 12.468/12, no município, vincula-se à Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH). Caracteriza-se como órgão deliberativo máximo das políticas públicas municipais sobre drogas, atuando na área da prevenção, cuidado às pessoas com problemas decorrentes deste uso, recuperação e reinserção social do usuário (JUIZ DE FORA, 2021).

No entanto, um dos serviços substitutivos disponíveis em Juiz de Fora é o CAPS Casa Viva, sendo o primeiro CAPS a ser implantado na cidade, ainda na década de 1990. O referido CAPS, tipo III, localiza-se à Rua Antônio José Martins, 100 - Morro da Glória, com seu funcionamento 24h/dia, incluindo sábado, domingo e feriado, atendendo região Sul e Sudeste do município, que apresenta uma população aproximada de 103.439 habitantes (IBGE, 2010; SEPLAG-JF, 2019). Por atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, o serviço proporciona atenção contínua, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad, indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2011).

O CAPSad, cuja implantação se concretizou na década de 2000, é localizado na Rua Silva Jardim, 430 - Centro, modalidade III, atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos, leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24h/dia, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (BRASIL, 2011). É o único CAPSad do município, ou seja, sua abrangência equivale a toda cidade de Juiz de Fora, que tem sua população aproximada de quase 600 mil habitantes.

O CAPSij localizado na Praça Dr. João Tostes - Bom Pastor, atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes. O CAPSij é o único serviço infanto-juvenil da cidade, abrangendo, assim, todo território do município.

O CAPS Liberdade mudou recentemente de endereço, em setembro de 2021, inaugurando um novo espaço na mesma territorialidade geográfica do Hospital Universitário (HU/EBSERH) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), localizado na Av. Eugênio do Nascimento, s/n, Dom Bosco. Sua modalidade é tipo II, desempenhando a função de atender usuários, adultos e idosos com transtornos mentais severos e persistentes, indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes (BRASIL, 2011). O Liberdade é referência no atendimento da região Oeste de Juiz de Fora, o que gira em torno de 35.327 habitantes (IBGE, 2010; SEPLAG-JF, 2019), e está num processo de aumento de território com propostas de abrangência da região rural ou dentro da cidade, de UBS que tenham o PSF, porém não temos ainda informações concretas e formalizadas nesse sentido.

Por fim, o mais recente CAPS inaugurado na cidade foi o Leste (2012), cuja modalidade é II, localizado na R. Mal. Floriano Peixoto, 746 – Centro. O referido serviço tem sua abrangência territorial as áreas Leste, Nordeste e Centro, que correspondem a um equivalente de 220 mil habitantes (IBGE, 2010; SEPLAG-JF, 2019). O quadro a seguir, no entanto, sistematiza os referidos dados acima:

Quadro 3 – Abrangência territorial dos dispositivos assistenciais pesquisados

Dispositivo	Abrangência/Região
CAPS III Casa Viva	Regiões Sul e Sudeste
CAPSad III	Todo o município juiz-forano
CAPSij	Todo o município juiz-forano
CAPS II Liberdade	Região Oeste
CAPS II Leste	Regiões Leste, Nordeste e Centro

Fonte: Sistematizado pela pesquisadora.

É válido, ainda, ilustrar o impacto em termos quantitativos num comparativo entre o que prevê a Portaria nº 3.088 de 2011 - que institui a RAPS - e o que dispõe o município em tela, conforme se segue:

Quadro 4 – Esquemático entre Portaria GM/MS nº 3088/2011 e a realidade dos CAPS de Juiz de Fora/MG

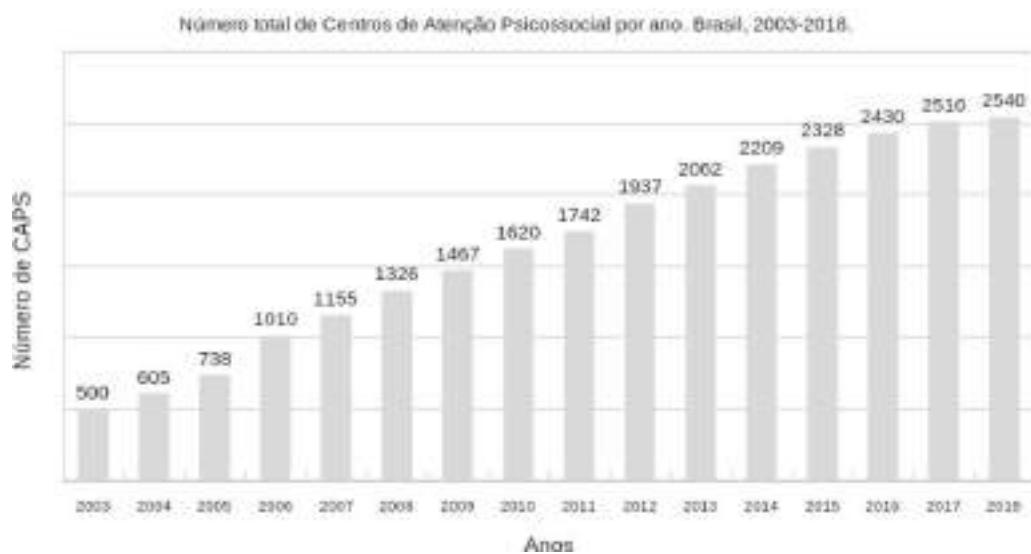
MODALIDADE	PORTRARIA 3088/2011	JUIZ DE FORA/MG	Nº habitantes juiz-foranos abrangidos (estimativa aproximada)
CAPS I	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.	-	-
CAPS II	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.	2 CAPSII: CAPS Liberdade e CAPS Leste	255.327 hab.
CAPS III	Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab.	1 CAPSIII: CAPS Casa Viva	103.439 hab.
CAPSad	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.	-	-
CAPSad III	Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab.	1 CAPSad III	600.000 hab.
CAPSij	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.	1 CAPSij	600.000 hab.

Fonte: Sistematizado pela pesquisadora balizado pela Portaria GM/MS N° 3088/2011.

Com a ilustração acima, podemos inferir que temos um número aquém do necessário para oferta de serviços substitutivos na atenção especializada. A realidade juiz-forana representa um terço (1/3) de abrangência territorial, o que é irrisório dentro do que dispõe na RAPS, e consequentemente com dois terços dessa população descoberta, acompanhados por serviços ambulatoriais ou até desassistidos.

É lamentável destacar que a particularidade de Juiz de Fora não está descolada de sua conjuntura nacional. Um estudo publicado recentemente por Cruz, Gonçalvez e Delgado (2020) apresenta números substanciais da realidade dos CAPS até o ano de 2019, avaliando os instrumentos normativos e dados do Ministério da Saúde e demonstrando (a partir de gráficos) números discretos de implantação dos CAPS nos últimos anos, conforme veremos a seguir:

Gráfico 1 - Número total de Centros de Atenção Psicossocial por ano, de 2003 a 2018



Fonte: CRUZ; GONÇALVEZ; DELGADO, 2020.

O referido gráfico acima nos mostra um crescimento ascendente na implantação do número de CAPS, porém já nos demonstra a partir de 2017 uma estagnação. No gráfico abaixo, elaborado pelos mesmos autores, identifica-se essa afirmativa:

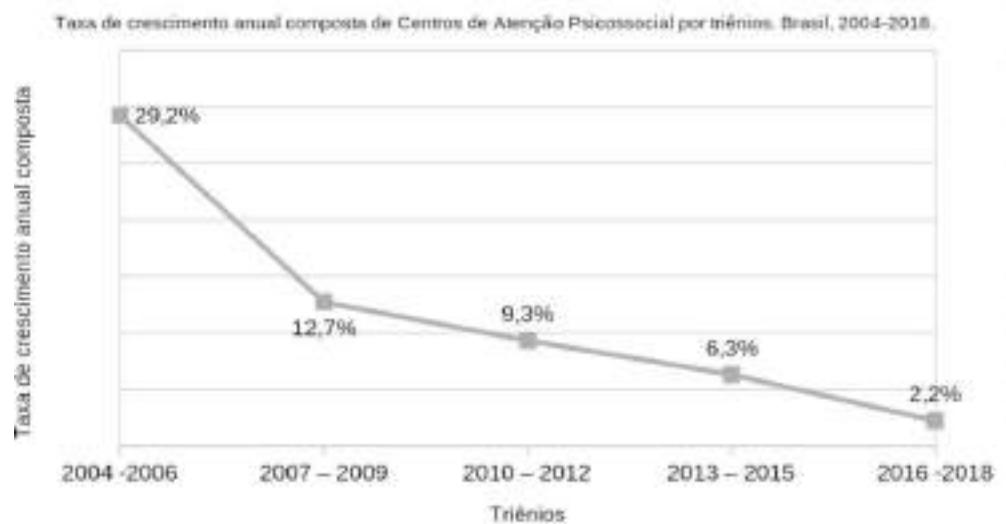
Gráfico 2 - Incremento anual de Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, de 2004 a 2018.



Fonte: CRUZ; GONÇAVES; DELGADO, 2020.

A partir do Gráfico 2 já se percebe uma desaceleração na implantação dos serviços substitutivos, o que é consoante com a realidade juiz-forana, já que desde 2013 não se tem mais a inauguração desses serviços no município, mantendo grande parte da população descoberta no que tange os cuidados da saúde mental. Ainda conforme os autores supracitados, o crescimento do número de CAPS no período de 2016-2018 apresentou um percentual pouco expressivo, em torno de 2% (dois por cento), conforme veremos adiante:

Gráfico 3 - Taxa de crescimento médio anual composta de Centros de Atenção Psicossocial no Brasil por triênios, de 2003 a 2018.



Fonte: CRUZ; GONÇAVES; DELGADO, 2020.

Nesse interim, os autores nos mostram com dados relevantes que claramente a Política de Saúde Mental está na contramão da Reforma Psiquiátrica, pois não avança no sentido de sua implementação quando temos um suporte assistencial muito aquém do que é preconizado, a exemplo da cidade de Juiz de Fora. Indubitavelmente, o processo de trabalho em saúde mental e o trabalho dos/as profissionais que compõem as equipes técnicas dos CAPS é afetado diretamente. Nesse intuito, um dos aspectos abordado nas entrevistas tratou-se da composição da equipe dos dispositivos e suas formas de contratação, entendendo que, conforme a Portaria GM/MS nº 336/2002 do Ministério da Saúde, a composição de uma equipe mínima nos CAPS envolve basicamente: médico psiquiatra; enfermeiro; profissionais de nível superior de outras categorias profissionais - psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; profissionais de nível médio - técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002), sendo variável apenas o número de profissionais referente a cada modalidade de serviço.

Para tratarmos desse pano de fundo construímos um quadro baseado na informações colhidas nas entrevistas, que veremos a seguir:

Quadro 5 – Composição da equipe e suas formas de contratação

CAPS	Profissionais dos dispositivos	Vínculo empregatício
CAPS A	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 coordenadora (assistente social) * ○ 3 assistentes sociais* ○ 2 enfermeiras* ○ 4 médicos psiquiatras**/*** ○ 4 psicólogos**/*** ○ 5 técnicos de enfermagem* ○ 2 técnicos administrativos* ○ 1 auxiliar de serviços gerais*** ○ 1 porteiro*** ○ 2 recepcionistas*** 	<ul style="list-style-type: none"> *estatutários/efetivos **contrato emergencial/ temporário ***terceirizados
CAPS B	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 coordenadora (psicóloga)* ○ 2 assistentes sociais* ○ 5 psicólogas**/*** ○ 1 enfermeira* ○ 2 médicos psiquiatras* ○ 2 técnicas de enfermagem* ○ 1 técnico administrativo* ○ 1 porteiro*** ○ 1 auxiliar de serviços gerais*** 	<ul style="list-style-type: none"> *estatutários/efetivos **contrato emergencial/ temporário ***terceirizados
CAPS C	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 coordenadora (psicóloga)* ○ 4 assistentes sociais* ○ 3 psicólogas**/*** ○ 3 médicos psiquiatras**/*** ○ 4 enfermeiros* ○ 12 técnicos de enfermagem**/*** ○ 1 auxiliar administrativo* ○ 5 porteiros*** 	<ul style="list-style-type: none"> *estatutários/efetivos **contrato emergencial/ temporário ***terceirizados

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 3 auxiliares de serviços gerais*** ○ 3 recepcionistas*** 	
CAPS D	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 coordenadora (psicóloga)* ○ 2 assistentes sociais* ○ 4 psicólogas* ○ 7 enfermeiros* ○ 4 médicos psiquiatras*/** ○ 15 técnicos de enfermagem* ○ 2 técnicos administrativos* ○ 2 recepcionistas*** ○ 4 porteiros*** ○ 4 auxiliares de serviços gerais*** 	*estatutários/efetivos **contrato emergencial/ temporário ***terceirizados
CAPS E	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 chefe de unidade (psicóloga)* ○ 1 coordenadora (terapeuta ocupacional - TO) * ○ 2 assistentes sociais* ○ 5 enfermeiras* ○ 2 médicos psiquiatras* ○ 2 técnicos de enfermagem* ○ 1 técnico administrativo* ○ 1 recepcionista** ○ 1 segurança** ○ 1 auxiliar de serviços gerais** 	*CLT **terceirizados

Fonte: Sistematizado pela pesquisadora.

Como verificamos pelo Quadro 5, o setor saúde apresenta reflexos do processo de reestruturação produtiva, com diversas formas de relações contratuais, que atingem as atividades-núcleo e às atividades periféricas dos serviços. Sendo assim, é possível afirmar o predomínio do trabalho assalariado e o aumento de suas formas de precarização. Pires (1998) traz uma análise satisfatória da reestruturação produtiva e suas consequências no trabalho em saúde, apontando ainda a terceirização como um dos pilares desse contexto. A autora aborda quatro modalidades que elucidam as referidas relações contratuais, sendo elas - trabalho autônomo; prestação de serviço; assalariamento e precarização do trabalho - como centrais nessa análise. Nesse sentido, a autora infere:

a) Trabalho autônomo - o profissional desenvolve atividades na instituição sem vínculo empregatício e sem contrato de prestação de serviços. Dispõe de autorização da instituição para utilizar os serviços e equipamentos da mesma no atendimento de seus clientes. O profissional tem controle sobre o ritmo e preço do seu trabalho, apesar dos constrangimentos legais e institucionais causados pela legislação e normatização vigente, relativa a sua atuação profissional e às regras estabelecidas pela instituição. A remuneração do trabalho do profissional autônomo é feita pelo cliente. Esse tipo de relação de trabalho é mais encontrado entre os médicos de hospitais privados e, também, no trabalho de médicos, odontólogos, psicólogos, e outros, que oferecem serviços em consultórios particulares (relação profissional x cliente). Na enfermagem é mais rara a atuação em consultórios particulares mas a relação de trabalho autônomo tende a crescer na modalidade de enfermagem domiciliar. b) Prestação de serviço - profissionais, grupos cooperativos ou empresas podem ter contrato de prestação de serviço com as instituições como anestesistas, fonoaudiólogos, e outros. O indivíduo

ou grupo tem um contrato com a instituição que o obriga a cumprir determinadas regras, horários e prestar determinados serviços. A remuneração pode ser feita pela instituição ou o profissional pode receber uma taxa básica da instituição acrescida de remuneração direta pelos clientes ou através das empresas de convênios de saúde. Esse trabalho pode ter-se originado de setores da "instituição mãe" que foram terceirizados. c) Assalariamento - caracteriza-se pela venda da força de trabalho por um salário. É a relação de trabalho majoritária, com diferenciações entre as diversas categorias profissionais. Há grandes diferenciações em relação a salário, garantia de emprego e jornada de trabalho. Pode ocorrer empresariamento dentro de uma profissão - um profissional é proprietário da instituição e assalaria o trabalho de colegas. d) Precarização do trabalho - a multiplicidade de relações contratuais e de trabalho encontradas neste processo recente de reestruturação produtiva, tem sido chamada, pelos defensores, de flexibilização e, pelos críticos, de precarização das relações de trabalho. Na saúde, apesar de não dispormos de pesquisas com dados nacionais que permitam estudos comparativos sobre a força de trabalho em saúde, podemos apontar a existência crescente de trabalhadores com contratos temporários, ou contratados para realizar atividades especiais, sem as garantias trabalhistas que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição. Como nos demais setores da produção, a terceirização na saúde tem sido utilizada pelos empregadores, tanto do setor público quanto do privado, para diminuir os custos com a remuneração da força de trabalho e para fugir das conquistas salariais e direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da empresa-mãe (instituição-original) (PIRES, 1998, p. 259-260).

Nessa perspectiva, e fundamentando-se na citação acima, temos um panorama dos rebatimentos que o contexto societário e econômico vigente traz de sequelas para o setor terciário da economia, no qual se situa a área da saúde. Como pudemos identificar, as formas precarizadas de vínculo empregatício se efetuam por contratos de tempo determinado, como também pela prestação de serviço pela via de empresas terceirizadas, que envolvem atividades de limpeza, portaria e afins.

Podemos apontar, nesse sentido, que nesse circuito neoliberal o Estado tem enquanto propósito a destruição dos direitos conquistados por meio da precarização e da flexibilização dos vínculos, expressos através de distintas formas de contratação: empresa enxuta, empreendedorismo, cooperativismo, trabalho voluntário, subcontratação, trabalho temporário etc. (ANTUNES, 2000).

Além disso, como exposto por Pires (1998), desse processo emergem mudanças que se situam nas formas de organização e gestão do trabalho e pela descentralização da produção, invertendo-se a tendência de verticalização das empresas. Torna-se um discurso marcado pelo "colaborativismo", no qual cresce a terceirização, flexibilizam-se as relações trabalhistas, bem como muda a estrutura vertical das instituições emergindo um modelo de rede, com forte colaboração interempresas e intersetorial. À exemplo do que ilustramos no quadro 6, o serviço mantém o que é central – num geral os profissionais de ensino superior que representam atividades-núcleo - e terceiriza parte do serviços – representado pelas atividades periféricas

como serviços de limpeza, segurança. Deste modo, o trabalho não é desenvolvido apenas pelo trabalhador assalariado, estatutário e/ou celetista. A flexibilização e estruturação de rede possibilita que o processo de trabalho em saúde envolva trabalhadores submetidos a diversas formas de contratação, o que implica numa relação de precarização social e do trabalho, destacando-se vulnerabilidades, instabilidade, a má remuneração e o pouco valor social.

Em virtude disso, os vínculos estipulados a partir de convênios (parcerias público-privado), ou seja, pela terceirização, bem como as modalidades de contratos temporários, demonstram o impacto da refração do investimento público nas políticas e o aumento da privatização dos serviços de saúde. Portanto, coloca-se em xeque as próprias diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira frente a essa realidade, com vínculos precários, instáveis e flexíveis de parte desses trabalhadores/as que atuam em prol do cuidado em saúde mental, mas que, muitas vezes, são tratados como coadjuvantes nessa conjuntura.

4.6. O cotidiano do processo de trabalho: as tecnologias em saúde utilizadas nos CAPS

Há algum tempo identificamos que a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde depende menos de normas gerais, e mais da produção da saúde, que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Ao discutirem a composição técnica do trabalho, Merhy e Franco (2003) endossam que os estudos aos quais apresentam o objetivo de observar e analisar a forma como se produz saúde, indicam que esse é um lugar no qual os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos agem de forma interessada, isto é, de acordo com projetos próprios, sejam estes de uma dada corporação, ou mesmo da pessoa que ocupa um certo espaço de trabalho. É um lugar de permanente tensão na medida em que os interesses podem ser diversos e como é um espaço de produção, por natureza há o encontro de diferentes vontades, como os dos próprios trabalhadores, dos usuários, do governo instituído, dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde, entre outros.

Nesse sentido, todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contratualidades entre estes atores sociais e políticos, mesmo que esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma de organização da assistência é produto dela (MERHY, 2003).

A partir dessas considerações e com o intuito de enfatizar os protagonistas do cuidado, apresenta-se aqui os discursos obtidos, junto aos profissionais, sobre as tecnologias de cuidado em saúde mental utilizadas durante a assistência nos Centros de Atenção Psicossocial. Tais tecnologias, por sua vez, estão relacionadas com a dimensão subjetiva, a partir de um processo complexo, no qual se observam experiências, relações e situações diversas a serem enfrentadas, constituindo um emaranhado de fragilidades, potencialidades, contradições, consensos e desafios. Nesse direcionamento, podemos identificar que o processo de trabalho na saúde mental é fortemente marcado pelo trabalho coletivo, articulado e em rede, sendo alinhado à especificidade e saber de cada categoria profissional, conforme apontamentos a seguir:

O acolhimento que é o primeiro atendimento, a chegada no serviço do usuário, o diálogo com as Unidades Básicas de Saúde e com outros equipamentos são fundamentais nessa questão da garantia de direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar, Vara da Infância, principalmente CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), mas com UBS é muito assim né, contato para além de marcação, e com CASM, são os principais dispositivos na relação. As discussões com a equipe na construção do PTS, todos os casos praticamente são discutidos em equipe, são construídos, tem participação do assistente social, mas tem de outros profissionais também (A.S. 04, CAPS B, 2021, p. 06).

[...] a questão dos direitos sociais, direitos previdenciários, de BPC (Benefício de Prestação Continuada) e também de articulação com os CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), com assistência demanda maior para ver a questão da vulnerabilidade social, os direitos sociais. Porque é tudo discutido em equipe né, quando tem algum problema social com aquele sujeito, eles demandam mais o Serviço Social para fazer articulação com a assistência pra poder resolver aquele determinado problema. Como principais atividades nós temos o passe livre, reuniões com a rede - assistência e GTs, agora não está tendo GT, mas vai voltar, matriciamento, oficina de cidadania (A.S. 01, CAPS A, 2021, p. 16).

Como atividade específica do Serviço Social é o passe né. As outras são de forma coletiva: acolhimento, matriciamento, atendimento individual, ou familiar, oficina, demanda espontânea, grupo de família, visita domiciliar, oficinas deu uma reduzida nesse momento, acompanhamento de Residência Terapêutica (A.S. 03, CAPS A, 2021, p. 20).

[...] o nosso processo de trabalho acompanha o processo do restante da equipe, sabe?! É mais assim: o usuário quando chega a gente se apresenta, mas ele é atendido pelo profissional que estiver ali e que faz parte da equipe técnica né. Eu acho que nem todas as miniequipes lá do CAPS tem uma assistente social, mas é mais a demanda que a gente identifica durante o atendimento seria para a gente, de orientação quanto aos direitos, os benefícios da assistência social, que a gente acaba fazendo a articulação com a assistência para poder garantir a questão, por exemplo, de moradia, muita gente em situação de rua, aumentou muito, então a gente tem muito essa demanda de acolhimento institucional. A maioria das pessoas que a gente atende lá são homens, a grande maioria, aí tem muita demanda de violência, discriminação, aí a gente tem que pensar alguma coisa nesse sentido de orientação, de esclarecimento dessas amarras da sociedade. Eles trazem muito a demanda do tratamento mesmo, a gente faz orientação também de cuidado em saúde, pra além das demandas específicas do serviço, a gente atende a questão do vale transporte, é uma demanda que chega muito pro assistente social, muitos usuários solicitam BPC,

se a gente vê que tem perfil pro BPC, a gente mesmo fala. O que eu percebo é que são pessoas muito empobrecidas de tudo, então tem muita coisa, desde documento, vínculo familiar perdido, vínculo comunitário, são demandas bem diversificadas (A.S. 05, CAPS C, 2021, p. 27).

Portanto, a fala das entrevistadas nos traz como convergente uma forte movimentação do trabalho em rede, de frequente e cotidiana articulação com os demais dispositivos com o fim de garantia dos direitos dos usuários. Há uma constante articulação com a equipe dos serviços, no sentido de discussão de casos, troca de saberes e resolutividade do que é possível dentro da realidade da Política Pública. Destaca-se, ainda, que as assistentes sociais buscam integrar-se à equipe desenvolvendo um trabalho interdisciplinar, ressaltado no Código de Ética Profissional em seu 10º artigo: “incentivar, sempre que possível, a prática interdisciplinar, uma vez que esta favorece o enfrentamento da questão social e viabiliza um melhor atendimento, numa perspectiva totalizante e não fragmentadora do nosso sujeito atendido” (CFESS, 2012).

Nesse aspecto, compreendemos que o cuidado perpassa o uso de tecnologias leves, cujo foco se dá entre o trabalhador e o usuário, na produção de suas relações. Campos, Bezerra e Jorge (2018) problematizam as tecnologias do cuidado em saúde mental e afirmam que para as atuações no processo de trabalho possam ser eficientes, é preciso adotar tecnologias leves, como acolhimento, vínculo e atenção integral.

Os autores Franco e Merhy (2003), por sua vez, trazem percepções acerca da centralidade do trabalho vivo como cartografias do cuidado em saúde, sendo este um dispositivo de formação de fluxos-conectivos, que “possibilita a formação de uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 160).

O campo psicossocial, no entanto, é o lugar no qual a ação de saúde é produzida. Quem a produz é um sujeito, também socialmente constituído, o que traduz, no limite da interação, o saber e o poder aderente ao seu lugar social. Dessa forma, as práticas concretas representam ou reproduzem dada ideologia e o lócus onde cooperam ou conflitam no trabalho em equipe. Porém, apesar dessa prerrogativa, é necessária uma compreensão de rede que vai além do campo psicossocial, pois os CAPS, sozinhos, se tornam insuficientes no cuidado tendo em vista que tratamos de sujeitos com demandas para além da saúde/doença mental. A maioria de nossas entrevistadas apresentaram críticas quanto a falha ou ausência de uma rede consolidada, que seja parceira no cuidado em saúde de forma integral, como podemos entender a seguir:

[...] a questão de sempre encaminhar para o CAPS sem nem ouvir a demanda do usuário, principalmente por não ter outro espaço de cuidado, aí encaminha, vai lá que o CAPS vai resolver, não resolve né?! (A.S. 04, CAPS B, 2021, p. 06).

A equipe que está entrando na atenção primária, está com muita dificuldade de atender, então tudo eles querem mandar pro CAPS, aí a importância do matriciamento, pra gente poder dar um norte pra eles lá com relação a esses casos (A.S. 01, CAPS A, 2021, p. 14).

As vezes a UBS não tem essa noção da gravidade do transtorno e acha que não vai dar conta e resolve mandar [para o CAPS]. As vezes até aumenta na gravidade e quando chega aqui a gente percebe que não é bem assim, que poderia ter sido acompanhado lá, ou então a pessoa vem com um transtorno mais grave que poderia passar um certo período, mas fica sendo mantido por um período muito mais extenso sem necessidade. O objetivo é esse, fazer a articulação com a UBS, mapeando esses casos que realmente são graves pra pessoa passar um tempo, pra fazer o seu cuidado e depois voltar pro acompanhamento na atenção primária, nem sempre é o que acontece, pode ser uma depressão leve, ansiedade que já encaminha (A.S. 03, CAPS A, 2021, p. 20).

[...] e assim, eu estava conversando sobre isso outro dia e parece que metade do tempo que a gente passa lá [no CAPS] é resolvendo assunto de usuários que não deveriam ser atendidos lá e que não foram atendidos em outras instituições por má vontade ou por negligência, as vezes era pra ser acolhido em outro CAPS, as vezes era pra ser acolhido na UBS, no ambulatório, e enfim, aí chega no CAPS e como a gente atende, a gente acolhe todo mundo e não deixa a pessoa sair sem uma direção e ficar por isso mesmo, a gente acaba atendendo muita gente, mais do que a gente daria conta (A.S. 05, CAPS C, 2021, p. 25).

Existe uma visão dentro do município, principalmente dos equipamentos de outras políticas, dessa centralidade do CAPS em tudo. Então a gente não fica responsável pelo tratamento da pessoa, a gente fica responsável pela vida da pessoa. Então a gente tem que resolver tudo, desde documentação, até benefício, a parte de articulação com a família, mediação, onde a pessoa vai morar, se ela vai ter o que comer, isso sobrecarrega bastante a gente, porque é um público que se torna dependente da gente pra tudo, as demais políticas não absorvem, é uma rede que não se conversa, é uma rede da “batata quente”. A gente tem muita dificuldade, principalmente porque tem uma tendência a querer medicalizar questões que são sociais. Não tem remédio que vai resolver o problema de uma pessoa que não tem onde dormir, o que vai comer, que tem problemas familiares, que é violentada dentro de casa. Aí “ah não, vai no CAPS tomar um remedinho, fazer uma psicoterapia”. Não consegue resolver (A.S. 06, CAPS D, 2021, p. 35).

Através das falas supracitadas, identificam-se fragilidades nesses fluxos-conectivos, pois muitos são os encaminhamentos desnecessários para os CAPS, o que resulta na saturação dos serviços especializados e são, muitas vezes, resultados da falta de resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS). Redes regionalizadas e integradas oferecem um suporte mais denso para a efetivação da integralidade da atenção, por isso, nesse contexto, os encaminhamentos precisam ter critérios definidos com vistas a organizar o fluxo dos usuários na rede de atenção psicossocial. O matriciamento em saúde mental é uma forte tecnologia do cuidado em saúde e

através do seu uso coerente, as práticas de saúde mental produzidas na Atenção Primária podem se tornar reflexivas, inventivas e baseadas nas necessidades dos sujeitos.

É indispensável a compreensão que o apoio matricial em saúde mental surgiu a partir da constatação de que a Reforma Psiquiátrica não pode avançar se a Atenção Básica não for incorporada ao processo. Nesse intuito, interpretamos que a atenção à crise e o apoio matricial são estratégicas para o fortalecimento da atenção psicossocial na RAPS.

As autoras Lima e Dimenstein (2016) corroboram sobre o papel central da Atenção Básica nessa prática de cuidado, entendendo que o matriciamento visa responder à perspectiva da integralidade, promover corresponsabilização e aumentar a capacidade resolutiva da Atenção Básica, pois entende-se que “a ferramenta do apoio matricial é uma tecnologia de arranjo organizacional que viabiliza suporte técnico em áreas especializadas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde mental na Atenção Básica” (LIMA; DIMENSTEIN, 2016, p. 626).

As autoras prosseguem nessa linha baseando-se na perspectiva que a Atenção Básica está inscrita na lógica da Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS), devendo incluir ações de saúde mental em suas agendas. Se o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sinalizando para o encontro cotidiano com demandas de saúde mental, é reconhecida, porém, a dificuldade – muito intimamente ligada aos preconceitos e ao estigma da chamada doença mental – de realizá-lo de forma a responder satisfatoriamente às demandas que lhes são dirigidas. Ainda se tem a visão na realidade brasileira que essas demandas são tradicionalmente consideradas de responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde mental.

Para tanto, o matriciamento é uma ferramenta que precisa ser potencializada para uma elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes. E, ainda, partindo do pressuposto que o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento (CHIAVERINI, 2011).

Ainda nesse caminho, outro aspecto que adensa a fragilidade na rede trata-se da ausência de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Juiz de Fora. A partir da Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 temos a criação dos NASF, sendo esta uma equipe de apoio itinerante

que oferece retaguarda especializada às equipes da ESF e utiliza o apoio matricial como a principal ferramenta para o desenvolvimento do trabalho (BRASIL, 2008).

Em consonância com as explanações das autoras Campos, Bezerra e Jorge (2018), é reiterado a partir de estudos brasileiros os resultados positivos no que se refere ao cuidado as pessoas em sofrimento mental após a implantação do NASF, dentre os quais, a redução de encaminhamentos para os CAPS e a construção de espaços coletivos de reflexão entre os diferentes profissionais.

É notável a partir das considerações das entrevistadas o quanto persiste uma rede enviesada, que destoa do seu sentido colaborativo e centraliza sua atenção em um dos dispositivos de saúde. A fala das informantes alerta para essa “centralidade no CAPS em tudo” e apresentam reflexões pertinentes ao compreenderem que não há Reforma Psiquiátrica com a atenção psicossocial ainda intramuros, “encapsulada”, conforme destacamos a seguir:

[...] as políticas de saúde mental estão retrocedendo, a questão ideológica no Brasil de avaliação moral das coisas e da própria sociedade entender que enquanto a saúde mental fica só dentro do CAPS, não tem REFORMA! E dos outros equipamentos de saúde entenderem que o usuário pode chegar em crise em qualquer lugar e ali vai ser o lugar da crise dele, e o profissional vai ter que dar conta daquilo naquele momento, não é só dentro do CAPS, não é só dentro da saúde mental, por isso que existe a RAPS. O profissional de saúde, independentemente de onde ele estiver, ele tem que estar disponível, saber acolher, fazer uma escuta, identificar uma demanda na fala do usuário (A.S. 05, CAPS C, 2021, p. 32).

Esse “encapsulamento” ou, conforme salienta Amarante (2011), essa “Capsização” - ao se referir à centralidade do CAPS na política de saúde mental - evidencia o seu caráter contraditório frente à própria ideia de uma rede substitutiva e comunitária. O CAPS no centro do fluxo contradiz o conceito de rede de atenção, assim como a lógica de cuidado comunitário e territorializado oriundos da Reforma Psiquiátrica. Estamos, assim, reforçando um modelo contraditório ao que foi postulado, em que no lugar do hospital psiquiátrico são inseridos outros dispositivos, mesmo que mais humanos, como os CAPS. Vasconcelos (2012), por exemplo, destaca que essa centralidade na implantação dos CAPS fez com que outros dispositivos e pontos da rede fossem desconsiderados ou não tivessem o dispêndio devido de atenção e fomento de acordo com suas relevâncias. Aponta-se, no entanto, a necessidade de se repensar a lógica que direciona o papel e a função destes dispositivos na rede e a própria organização destes arranjos.

Dentre outro aspecto citado pelas profissionais que, inevitavelmente, é um reflexo de uma rede ineficiente e que dissocia e descaracteriza o CAPS de seu papel estratégico na atenção especializada trata-se da reprodução de uma “ambulatorização” do cuidado, na qual a fala das assistentes sociais coadunam no sentido de existir, em alguns CAPS, um ambulatório dentro do serviço, como explicitado adiante:

[Nós atendemos] pessoas com algum transtorno mental grave e persistente, acima de 18 anos, mas a gente acaba atendendo pra além disso né, porque tem um ambulatório aqui dentro, a gente atende pessoas que não tem transtorno mental grave. [...] A gente trabalha em miniequipe, mas o que a gente observa, não são todos, não vamos generalizar, mas alguns médicos tem essa questão do ato médico, como o médico sendo o último resolver, a decidir sobre contrarreferência. Isso é uma coisa que pode ser feita em equipe, o atendimento não é em equipe?! (A.S. O3, CAPS A, 2021, p. 20).

[...] existe um ambulatório aqui dentro, é real isso, é uma demanda que existe. A gente tem sempre que pensar como a gente vai fazer com isso, porque muitas vezes a gente é sucumbido por essa demanda de ambulatório e que as vezes a gente poderia estar dando atenção pra um usuário de atenção diária que é de um transtorno grave, a gente tenta trabalhar no matriciamento, mas não sai disso. [...] A partir do momento que ele passa pelo acolhimento e vai para consulta, acaba virando um ambulatório, que o usuário vai ficando eternamente. Parece que é uma coisa da própria categoria [de médicos] mesmo. E Juiz de Fora já passou da hora de ter um ambulatório, porque esses casos que ficam aqui e poderiam já estar na UBS seriam encaminhados pro ambulatório. Porque não tem esse meio do caminho, ou é CAPS ou é UBS. É muito difícil porque o tempo todo é discutido isso da contrarreferência, é cobrado isso dos profissionais, mas a realidade é outra (A.S. 02, CAPS A, 2021, p. 21-22).

[O usuário] saiu do manicômio, mas a pessoa tem um laço invisível com o CAPS (A.S. 06, CAPS D, 2021, p. 39).

Identificamos pelas inquietações das profissionais o quanto temos uma dubiedade dentro dos serviços, pois ora são atendidos usuários da atenção diária, ora se atende aqueles usuários que deveriam ser assistidos pela rede como um todo. Essa ambivalência no cotidiano dos dispositivos traz elementos que rebatem na cronificação desse usuário na rede no qual não recebe alta do CAPS, até o esgotamento/imobilismo dos profissionais no serviço, que precisam responder a essas demandas frequentes. Naturalmente, esse processo de trabalho se torna engessado, refém de um saber médico que, muitas vezes, permanece central.

Podemos levantar uma questão referente ao fato de a reprodução da divisão social do trabalho no campo da saúde, por vezes, gera uma hierarquização das relações, na qual o saber médico impera sobre outros saberes, que cumprem um papel secundário, o que reproduz a divisão típica do modo capitalista de produção. Isso produz uma espécie de divisão de atividades e tarefas em compartimentos com pouca relação entre si. Um exemplo disso é uma dada situação em que a consulta do psiquiatra é tomada como a atividade prioritária e essencial.

Isso gera uma agenda repleta, atendimentos de curtíssima duração e com grandes intervalos de tempo entre uma consulta e outra, visando uma alta produtividade, medida pelo número de consultas.

No entanto, essa é uma lógica avessa e que não representa o modelo de atenção psicossocial numa rede de cuidados, o que pode gerar um panorama conflitivo no processo de trabalho em ato. Essa premissa é evidenciada por Yasui e Costa-Rosa (2008) ao afirmarem que:

A prática encontrada em diferentes CAPS, principal dispositivo para a implantação da atual política de Saúde Mental, revelam que a lógica ambulatorial ainda está amplamente presente no sistema e de forma aparentemente intacta. Prática essa bem distante daquela idealizada pelo modo da Atenção Psicossocial, cuja ética implica na ousadia de buscar o novo (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 33).

É nesse âmbito da micropolítica que compreendemos e verificamos interesses divergentes, lógicas de cuidado que fragmentam o trabalho em equipe e com uma necessidade aparente de reorganização do processo de trabalho, qualificação da força trabalho dos profissionais, integração dos profissionais na assistência, resgatando o sentido do trabalho multiprofissional e qualificando o produto final ofertado. Entendendo ainda que, determinados condicionantes do cuidado em saúde podem implicar numa prática que não promove a autonomia desse usuário, tampouco o desinstitucionaliza.

Agora, se ao contrário disso temos a possibilidade de contar com trabalhadores, inclusive médicos psiquiatras, sensíveis e conectados com os princípios da Atenção Psicossocial, as condições de criação de unidades de produção integradas tornam-se viáveis. A equipe é o alicerce, o principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados em atenção psicossocial.

Dessa forma, ao romper com essa força médico-hegemônica instituída, que ainda impera em inúmeros estabelecimentos de saúde, novas possibilidades de intervenção se colocam em pauta, com objetivos de cuidado que convergem no âmbito de uma clínica ampliada, para além da linha ambulatorial, como enfatizado pelos autores na citação que se segue:

Ao romper com a visão biológica reducionista e propor a desmontagem dos conceitos basilares da psiquiatria hospitalocêntrica e medicalizadora, a Reforma Psiquiátrica, alinha-se na perspectiva de uma crítica aos fundamentos da racionalidade científica moderna (relação sujeito-objeto, reducionismo, determinismo) e propõe inventar o seu campo teórico-conceitual, estabelecendo um intenso diálogo entre os diferentes campos do saber e conhecimentos acerca do humano. Produz, também, um turvamento entre os limites e fronteiras, constituindo possibilidades diversas para pensar e fazer (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 34).

Assim, trata-se de fomentar novas práticas e evitar repetições, pois o campo psicossocial reproduz a horizontalidade nas relações e na produção de cuidado. Esta produção está associada, portanto, aos processos e tecnologias de trabalho, num certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, individual e coletivo. Assim, entendemos que o campo de saberes e práticas da clínica é parte fundamental no debate em torno da organização da produção da saúde, associado aos outros saberes, sem excluir nenhum campo específico, visto a complexidade dos problemas de saúde, só torna possível resolvê-los contando também com a multiplicidade de saberes e fazeres (MERHY; FRANCO, 2003).

Contudo, ao compreendermos que na área da saúde os trabalhadores são protagonistas dos processos de trabalho, não sendo, assim, meros recursos humanos ou insumos e nem a produção da saúde é alheia à dimensão subjetiva do trabalho, um outro ponto que merece destaque e um olhar mais cuidadoso diante de quem “cuida” trata-se da intensa sobrecarga de trabalho, que está intrinsecamente ligada e se torna reflexo de tudo o que foi explicitado até aqui. Todas as profissionais expressaram um cansaço cotidiano, esgotamento e desmotivação por vários aspectos, assim, vamos entender melhor a partir das exposições que se seguem:

[...] com certeza tem uma sobrecarga não só pelo número menor de profissionais, mas pelo tipo de cobrança, o público-alvo, falta de preparação, de capacitação, e a própria organização, a gerência dos serviços, que influencia muito e sua forma como é conduzido o trabalho lá dentro, até as relações interpessoais mesmo com a gestão, influencia demais (A.S. 04, CAPS B, 2021, p. 04).

[...] considero sim que há sobrecarga de trabalho, porque a gente tem que ser articulador de rede, e a rede está “furada” né?! Eu considero que a rede está muito “furada” na atenção primária, na assistência, a assistência não têm equipamentos suficientes para resolver os problemas sociais, e aí joga pro CAPS querendo residência terapêutica pra todo mundo que está em situação de risco, e a gente também não dá conta. Mas a dificuldade é essa, “furo” na rede e muita cobrança do judiciário, do Ministério Público, falta de recursos humanos, essa rotatividade de profissionais, sempre contrato (A.S. 01, CAPS A, 2021, p. 15-16).

[...] eu acho que tem períodos que é mais difícil porque tem a instabilidade de outros profissionais que saem, aí você fica mais sozinho tendo que dar conta de uma área, então tem períodos que é mais difícil quando sua equipe está incompleta, você fica com uma sobrecarga sim, só que eu acho que o CAPS em si já é uma área bem grande assim né?! É um serviço bem pesado, e ainda tem uma resistência dos técnicos de enfermagem participarem da equipe fazendo as atribuições que são coletivas, eles querem fazer só o que é função deles. [...] É muita atividade, acolhimento, matriciamento, passe, oficina, e ainda tem as demandas espontâneas, telefonema, articulação, é muita coisa (A.S. 03, CAPS A, 2021, p. 19).

Há sobrecarga com certeza porque se a gente for parar para pensar que deveria ter mais CAPS, já indica que a gente trabalha por no mínimo mais três profissionais

né?! E dentro dos serviços eu acho que todos os CAPS tem uma sobrecarga, a forma como o serviço está organizado, ainda que tenha melhorado muito a gente é muito sobrecarregado de demanda (A.S. 05, CAPS C, 2021, p. 25-26).

O que se tornou repetitivo na fala das assistentes sociais envolveu a queixa da falta de recursos humanos nos serviços para responder a um número expressivo de demandas, bem como o número simbólico de CAPS diante da realidade de Juiz de Fora e, ainda, a rede de serviços desconectada, pouco resolutiva e sobrecarregando os dispositivos de saúde mental.

Nessa conjuntura devemos alinhar, mais uma vez, que a Reforma Psiquiátrica é impensável sem os seus trabalhadores e suas práticas de cuidado, sem que se envolvam com a singularidade da vida de cada pessoa para ver e inventar saídas diante das complexas situações que enfrentam em seus cotidianos. Essa complexidade envolve o trabalho com o sofrimento e o contexto social de vulnerabilidades diversas dos usuários e suas comunidades e a necessidade de construir redes acolhedoras diante das fragilidades das políticas públicas, assim como o desafio de enfrentar a pressão social decorrente das demandas de confinamento que ainda tensionam estes serviços. Produzir cuidado diante de tais desafios requer múltiplas conexões (ALMEIDA; MERHY, 2020) e, por isso o trabalho em saúde mental ocorre em equipe, com a sua organização pressupondo a convivência entre os trabalhadores, o diálogo e o exercício de práticas conjuntas.

Porém, com inúmeras fragilidades e cobranças recorrentes na realidade do trabalhador de saúde mental, nada se torna viável e possível diante da ausência da intersetorialidade e da comunicação entre os serviços, pois essa é uma estratégia de gestão pública que tem como objetivo a articulação e complementarização entre os setores, que pode contribuir para uma visão mais ampliada das expressões da questão social, que estão relacionadas como as questões estruturais da sociedade capitalista. Desta forma, a intersetorialidade busca ações integradas de diferentes setores e segmentos que devem fazer o esforço para atender as demandas sociais da população em sua integralidade. A importância, então, de compreendê-la além da iniciativa individual de profissionais e equipes, pois a mesma requer decisões institucionais e planejamento, para assim, conseguir superar a lógica da setorização e fragmentação (BARBOSA; BARRETO, 2020).

Atrelado a isso, verificamos, neste campo, o frequente afastamento dos trabalhadores dos dispositivos da rede e dos próprios CAPS, gerando uma grande rotatividade nos serviços, produzindo rupturas e descontinuidades nas ações de cuidado e reduzindo a capacidade

resolutiva das práticas de saúde naquilo que elas têm de mais inventivas, que necessitam de vínculo e processualidade.

Tais vínculos temporários e precários, como já problematizamos anteriormente, decorrem das transformações no mundo do trabalho, que refletem drasticamente no setor de serviços, pois desde o final da década de 1970 aponta-se para um novo tipo de trabalhador (ANTUNES, 2020). Novas modalidades de organização do trabalho foram introduzidas: terceirização, contratos intermitentes, intensificação da informalidade, além do crescimento exponencial de trabalhadores autônomos. E, ainda, nesse contexto neoliberal a classe trabalhadora brasileira vivencia uma série de ataques às suas condições de reprodução da vida, como a Reforma Trabalhista vigente desde novembro de 2017, a Reforma da Previdência e o congelamento dos gastos estatais. Em poucos meses, intensificou-se o movimento da destruição dos direitos dos trabalhadores com uma sequência de reformas e promoveu a efervescência de um pensamento conservador e retrógrado (DUARTE, *et al.*, 2020).

Todas essas implicações no cotidiano do trabalho tornam ainda mais desafiador o cuidado em saúde mental, corroborando para uma intensa sobrecarga do trabalho, impossibilitando um olhar longitudinal pela rede devido aos frequentes vínculos temporários de trabalho, sendo, assim, um eterno recomeço. Todas essas interfaces que permeiam o campo da saúde mental contribuem, de forma nada surpreendente, para o adoecimento dessa força de trabalho, que lida constantemente com mais desafios do que possibilidades em sua rotina nos serviços substitutivos e, os relatos a seguir são consideravelmente marcantes nesse sentido:

[...] eu adoeci lá dentro, precisei tirar licença, fiquei 44 dias afastada no maior período, e aí pedi, tentava sair da saúde mental né?! Acho que quase todo mundo que tá lá já pediu, conheci uma pessoa só que nunca pediu. E aí não conseguia porque não é transparente processo de transferência da prefeitura. [...] Isso não quer dizer que é específico, que é só do trabalho né?! Porque a gente tem nossas questões pessoais de vida, como que a nossa história vai se relacionar ali no trabalho, como que vai ser esse impacto de ver um usuário na nossa vida diante das nossas histórias, mas é um ambiente que tende a adoecer muito (A.S. 04, CAPS B, 2021, p. 04).

[...] eu já me afastei, foi um mês. [...] eu fiquei meio depressiva, e conheço profissionais que já se afastaram por isso, depressão, e até já pediu demissão, adoeceu realmente (A.S. 01, CAPS A, 2021, p. 17).

[...] Porque a gente vê o quanto é desgastante, mas dentro da prefeitura mesmo é muito difícil trocar de instituição, você ir de um para o outro porque às vezes você até quer ir para outro serviço, você quer ir para atenção primária que é melhor remunerado, outro serviço que você tenha maior tranquilidade pra fazer seu trabalho, só que eu acho que a saúde mental é muito estigmatizada na cidade, sabe?! Então é difícil alguém querer vir pra saúde mental porque de certa forma conhecem o adoecimento que a gente tem lá dentro, isso foi publicizado ano passado. [...] Eu já ouvi outros profissionais falando mal, coisas desconectadas da realidade por ouvir

dizer, então já tinha um olhar de preconceito, falta de conhecimento e depois com essa questão das condições de trabalho, porque eu não pedi pra sair do CAPS, embora as vezes eu queira, mas a maioria dos meus colegas de trabalho já solicitaram ir pra outro lugar, só que é uma coisa que fica muito amarrada.

[...] diversas áreas profissionais entraram em adoecimento, eu acho que isso é uma coisa muito grave se a gente for pensar na Reforma Psiquiátrica, sem cuidar da saúde de quem tá na ponta, a gente não tá fazendo Reforma, porque pra gente poder cuidar do outro, pra gente poder ofertar vida para o outro, a gente tem que ter vida, saúde né?! A gente tem que ter condições de trabalho sem correria, porque as vezes a pessoa que está precisando mais, que está em crise, a gente não consegue sentar e planejar uma coisa, privilegiar tanto aquilo.

[...] Eu acho que é um trabalho que ainda é muito cansativo, muito desgastante, que exige muito da gente, é um desgaste que vem de todos os lados, que vem do atendimento com o usuário, da gente lidar junto com ele, com as necessidades dele, um desgaste com a rede, de não conseguir conversar, ser parceiro. Ainda falta alguns gargalos que tem que melhorar [...] apesar de desgastante, tem seus momentos de glória (A.S. 05, CAPS C, 2021, p. 30-32).

[...] Eu acho que não é um trabalho saudável, a gente precisa ter mais esse cuidado com o servidor de saúde mental pra que ele não se torne um futuro usuário de saúde mental. Eu acho que depois que a gente vai ficando mais velha, a gente paga o preço, até penso em fazer outra coisa fora do Serviço Social (A.S. 06, CAPS D, 2021, p. 40).

Em virtude desse intenso desgaste, das cobranças e tensões pelas quais os/as profissionais estão submetidos cotidianamente no cenário dos CAPS de Juiz de Fora, são frequentes as falas de adoecimento em decorrência da atividade laboral. Muito disso é resultado da precarização dos serviços, do sucateamento da Política Pública. As assistentes sociais estão inseridas num contexto que envolve um emaranhado de serviços que compõem uma rede desconexa, com serviços insuficientes, refletindo em si o escasso investimento no setor público, bem como limitações que trazem rebatimentos na saúde do trabalhador. Como uma das expressões desse adoecimento profissional e conforme destacado na fala de uma das entrevistadas, em 2020, veio a público em uma matéria de jornal⁴⁹, com o questionamento dos/as profissionais do CAPSad III de Juiz de Fora acerca de suas condições de trabalho e com o seguinte slogan reivindicativo “Saúde Mental: Reabilitando Usuários, Adoecendo Profissionais”. Os trabalhadores do serviço apontaram sobrecarga de trabalho, com intenso estresse cotidiano e, conforme informações do SINSERPU-JF, os servidores estão no seu limite e pedem mudanças no sistema de trabalho, no qual, nos últimos dois anos ao menos 24 profissionais adoeceram (e foram afastados) ou pediram transferência da unidade. Como

⁴⁹A respeito da matéria do jornal, *Para não adoecer, servidores do CAPSad III pedem mudanças no sistema de trabalho*. Disponível em: <<https://www.sinserpujf.com.br/2020/08/17/para-nao-adoecer-servidores-do-caps-adiii-pedem-mudancas-no-sistema-de-trabalho/>>. Acesso em 03/11/2021. Ver no Anexo 1 deste trabalho.

desdobramento dessa reivindicação, o SINERPU-JF e alguns profissionais do CAPS estiveram em reunião com o secretário municipal de saúde para exposição das reivindicações do setor. Uma demanda apresentada e colocada em pauta pelos trabalhadores do CAPS se referiu ao trabalho no sistema de plantonista, no regime de 12 por 36 horas. Porém, até o momento da coleta de dados da presente pesquisa (outubro/novembro 2021), algumas mudanças na rotina do serviço foram implementadas com o sentido de organização do sistema de trabalho, porém a demanda do trabalho em escala de plantão ainda não havia sido acolhida.

Faz-se importante ressaltar, no entanto, que a Reforma Psiquiátrica trouxe um novo paradigma de atenção psicossocial, procurando garantir a cidadania e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Porém, como identificamos, esse é um panorama ainda muito utópico diante dessa realidade desvelada, na qual a saúde mental do protagonista do cuidado – os próprios profissionais – é tratada como secundária. A rede substitutiva da lógica hospitalocêntrica não tem sido estruturada para consolidar os ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira, não há políticas públicas que deem suporte a essa “reforma”, o que também limita a capacidade técnica dos CAPS e de seus profissionais em desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial, especializada e estratégica.

Lamentavelmente, o processo de trabalho em saúde que se inserem o trabalho profissional de assistentes sociais na área da saúde mental está atrelado a um cenário de precarização. Ademais, o/a assistente social enquanto um trabalhador que compõem o sistema capitalista de produção, vende sua força de trabalho, se insere nas formas contemporâneas de exploração (IAMAMOTO, 2007). Sendo assim, suas condições objetivas do trabalho são as condições dos demais trabalhadores (baixos salários, contratações temporárias, precarização dos vínculos e as mesmas condições de trabalho). Entretanto, os/as assistentes sociais, majoritariamente contratados pelo Estado, se encontram em condições de precarização em um sentido mais amplo, tanto no que diz respeito às condições de acesso e inserção no mercado de trabalho protegido, quanto às condições de trabalho no espaço institucional (SANTOS; MANFROI, 2015). Assim, além da falta de estrutura física, recursos humanos e materiais, de equipamentos e de veículos, equipe reduzida de profissionais e sobrecarga de trabalho, a categoria lida diretamente com as consequências do desfinanciamento das políticas sociais e a fragmentação da rede de proteção social.

Não por acaso, foi recorrente nas colocações de nossas informantes as limitações/precariade na estrutura física dos dispositivos que comprometem, inclusive, o sigilo profissional, bem como a insuficiência ou até ausência de recursos financeiros para o

desenvolvimento dos grupos e oficinas, tendo, assim, que lançar mão de estratégias cotidianas que viabilizem condições mínimas para a operacionalidade e funcionamento das atividades dos serviços. Nesse sentido, seguem alguns apontamentos das entrevistadas:

[Quanto ao sigilo profissional] Ah, não tem né?! Essa sala aqui é a principal que a gente usa pra fazer o acolhimento, essa sala não tem nenhum sigilo, se abre a janela, é onde passa todo mundo, então se você olhar, praticamente todas as salas do CAPS não garantem sigilo. É um rodízio de salas, pra atendimento a gente pega a sala que está disponível, e aqui, pelo número de profissionais e de atendimento, as salas são insuficientes, são bem poucas. As vezes fica mais apertado, a gente acaba improvisando na enfermaria (A.S. 03, CAPS A, 2021, p. 19-20).

[...] É um pouco complicado porque a estrutura física não têm muitos espaços para atendimento, como são muitos profissionais nem sempre a gente consegue atender dentro de uma sala com porta, fazer esse acolhimento, essa escuta. Eu sempre tento levar para esses lugares mais afastados ou com porta né?! Mas nem sempre a gente consegue (A.S. 05, CAPS C, 2021, p. 26).

[Quanto ao material de oficina] A gente não tem, é algo que não vem, principalmente falando de materiais de escritório, a gente tem muita dificuldade, a gente acaba se organizando, arrumando coisas para vender, uma das funcionárias aqui faz muda de planta, aí a gente vende, tem usuários que pintam, uma parte a gente reverte pro próprio ateliê até pra poder comprar recursos. A gente tinha uma oficina de culinária, aí os próprios recursos eram convertidos pra oficina (A.S. 06, CAPS D, 2021, p. 36).

O sigilo profissional do/a assistente social constitui-se como um direito/dever dos profissionais, pois conforme prerrogativas do Código de Ética Profissional, em seu Capítulo V, artigo 15º, “constitui direito do assistente social manter o sigilo profissional”, mas complementa-se em seu artigo 17º da seguinte maneira “é vedado ao assistente social revelar sigilo profissional” (CFESS, 2012). A categoria parte do pressuposto que o sigilo profissional se revela como de suma importância para proteger o usuário de tudo que o/a assistente social tome conhecimento, sendo sua revelação feita dentro do estritamente necessário. Contudo, os profissionais da área deparam-se, cada vez mais, com um contexto estrutural precarizado que compromete o seu fazer, provocando inquietações, descontentamentos, insatisfações que corroboram para esse cenário de cobrança interna, e consequentemente, de um adoecimento sem precedentes da categoria profissional.

Ao encontro disso, soma-se o cenário de constantes ataques ao SUS, que é um dos maiores sistemas públicos do mundo. Dos países com mais de 200 milhões de habitantes, o Brasil é o único que conta com serviços gratuitos de forma universal (CARVALHO, 2013). Não obstante, desde a sua criação se mantém subfinanciado, pois os gastos públicos com o sistema não ultrapassam 3,9% do PIB. Em 2016, com o congelamento de gastos públicos por

20 anos no âmbito da saúde, educação e assistência social, o rebatimento que temos no SUS é de sua condição de subfinanciado à de desfinanciado (MARQUES, 2019). O Conselho Nacional de Saúde (CNS) estima que, nesses 20 anos de congelamento, o prejuízo será da ordem de R\$ 400 bilhões. Só em 2019, o prejuízo da EC 95/16 ao SUS chegou a R\$ 20 bilhões e, em 2021 teve a previsão de perda de 35 bilhões no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO) 2021 da União (GARCIA; LEAL; OLIVEIRA, 2020).

Tragicamente, o prognóstico é o mais pessimista possível, de tal forma que essa defasagem orçamentária reflete consideravelmente na realidade do setor de serviços, no qual estão implicados os trabalhadores da saúde, que constantemente se veem submetidos a condições de trabalho insalubres, com limitações físicas, precariedade e recursos financeiros ínfimos para o desenvolvimento de atividades que são inerentes aos serviços.

Ademais, é nesse contexto dramático de intensa desvalorização da força de trabalho, que ainda nos deparamos com a pandemia do novo Coronavírus. A pandemia da Covid-19, declarada como emergência de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 30 de janeiro de 2020, também definido pelo Ministério da Saúde em 03 de fevereiro de 2020, demandou a adoção de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. Nessa direção, o Ministério da Saúde (MS) emitiu a Nota Técnica nº12/2020 sobre o funcionamento dos dispositivos da RAPS no contexto pandêmico, entendidos como serviços essenciais e que, portanto, deveriam continuar a ofertar cuidado e assistência à população (BRASIL, 2020). Na especificidade de Juiz de Fora - MG, publicou-se o Decreto nº 13.975 em 12 de junho de 2020, ao qual determinou a necessidade dos servidores públicos e empregados públicos manterem suas atividades presenciais, exceto os funcionários que compõem o grupo de risco⁵⁰, que poderiam afastar-se do trabalho ou executar suas atividades remotamente enquanto perdura-se o estado de emergência de saúde pública (JUIZ DE FORA, 2020).

Consoante ao exposto, os dispositivos de saúde continuaram seu funcionamento, com recomendações de suspensão temporária das atividades em grupo e coletivas e a redução da

⁵⁰“a) com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos se associado às seguintes doenças: diabetes, doenças crônicas pulmonares, neoplasia maligna, imunodeficiências, doenças cardíacas ou hipertensão arterial não controlada; b) com menos de 60 (sessenta) anos se associado com as seguintes doenças: imunodeficiências, neoplasia maligna, doenças cardíacas, diabetes descompensada ou hipertensão arterial não controlada; c) gestantes em qualquer hipótese; d) responsáveis pelo cuidado de uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de diagnóstico de infecção por COVID-19, desde que haja coabitação” (JUIZ DE FORA, 2020).

circulação de pessoas, em respeito às medidas de distanciamento social e aos riscos iminentes a saúde dos usuários e profissionais.

Nessa perspectiva, a dinâmica da pandemia exigiu uma reorganização desses serviços, que tiveram que reduzir suas atividades presenciais, em respeito às medidas sanitárias, o que impactou na assistência ofertada a esse público. Nesse panorama, os/as gestores e as equipes de profissionais que atuam nos serviços de assistência à saúde mental enfrentaram o desafio de readequação do seu processo de trabalho e da sua forma de ofertar cuidado nesse cenário de distanciamento social, pensando alternativas para que a população não ficasse desassistida.

É nessa conjuntura desafiadora que, mais uma vez, se encontram as assistentes sociais, inseridas no âmbito do trabalho coletivo em saúde e presente nos dispositivos da RAPS. Indubitavelmente, mudanças concretas foram demandadas da equipe de trabalho para uma adaptação a essa realidade mais restritiva e, alguns foram os relatos de dificuldades cotidianas na viabilização dos direitos, tendo em vista o funcionamento de muitos dispositivos da rede em *home office* (trabalho em casa), e ainda, a inexistência de estrutura tecnológica/digital nos CAPS para efetuar atividades por plataformas online, conforme exigia-se o período pandêmico. Todavia, o que também se tornou recorrente nos apontamentos das assistentes sociais envolveu um “olhar” interno para os serviços, com uma reorganização administrativa e um filtro maior perante o fluxo da rede com o objetivo de aprimoramento, adequação e otimização do processo de trabalho. No entanto, a seguir temos algumas explanações que coadunam com o acima exposto:

[...] atualmente com a pandemia não tinha computador pra todo mundo, aí foram arranjando, a prefeitura foi organizando essa questão de computador. Só que hoje tem tudo online, reuniões, não tem computador com áudio e vídeo, então é bem complicado, câmera não tem. E no trabalho com a redução de outros espaços e a gente ter que atender, ter que dar respostas, lidar com o usuário sem que ele pudesse estar ali presente o tempo todo, muita coisa estava renovando receita. [...] E não poder ter tanto contato e as ferramentas que a gente tinha, grupos, os próprios atendimentos individuais, a fala, a gente estava limitado. Mas também acaba que reduz para atendimento de ambulatório, porque a pessoa chega pro acolhimento e o que você tem pra ofertar, o que era possível ser feito, então ficou muito pela via ambulatorial da medicação e acompanhando pelo telefone (A.S. 04, CAPS B, 2021, p. 05-07).

[Com a pandemia] afetou negativamente pra todo mundo, mas eu acho que abriu algumas possibilidades também, apesar de eu não gostar, essa questão online, eu acho que aproximou algumas pessoas e algumas instituições, que antes no presencial a gente não conseguia. Mas com relação ao trabalho, eu tive a impressão que a gente começou a trabalhar de forma que garantisse menos que as pessoas acessassem as coisas, porque tudo fechado, encaminhamento que não chegava, foi muito difícil o acesso. Isso me incomodava muito, a rede não estava dando conta pra receber isso. Mas eu acho que pra frente vai ser pior com a questão da saúde mental das pessoas.

*A gente já está percebendo **um retorno de pessoas que estavam de alta**, já na UBS e estão voltando [pro CAPS], porque a pobreza adoece né?! **E a pandemia trouxe isso de uma forma avassaladora**, as pessoas perdendo emprego, perdendo renda, benefício, perdendo tudo, sem conseguir acessar nada, então isso vai rebater nos CAPS, na saúde mental das pessoas, e como eu falei, **aquelas que estavam bem, estabilizadas, retornam pro CAPS mais graves**. **Tem uma demanda grande que está represada**, porque as unidades não retornaram seus atendimentos normais ainda, vai ter uma quantidade grande de usuários pra cá (A.S. 07, CAPS E, 2021, p. 11-12).*

Agora ultimamente com a pandemia, depressão, ansiedade, tentativa de autoextermínio tem aumentado consideravelmente. A pandemia trouxe muito impacto, a pobreza aumentou, os problemas sociais aumentaram, e a gente não tem como dar uma resolução a curto prazo pra esse público (A.S. 01, CAPS A, 2021, p. 14).

*[...] Com essa questão da pandemia **nós temos discutido outras formas de trabalho**, até da oficina, de mudar, de não ser tão cheio como era antes, porque as vezes o usuário nem precisa estar ali naquela oficina, pode fazer uma atividade fora. Com a pandemia a gente passou a ver mais os casos, discutindo alguns casos com a UBS, a gente fez contrarreferência, várias coisas foram discutidas ao longo da pandemia, a gente teve tempo pra ver. A gente pôde repensar muito o nosso trabalho aqui, principalmente dos usuários da atenção diária, eu achei que contribuiu muito até pela organização do serviço. **Mas eu acho uma parte um pouco contraditória**, porque ao mesmo tempo que contribuiu, **num primeiro momento teve diminuição dos atendimentos, mas depois de um certo tempo teve um inchaço muito grande porque parece que as pessoas ficaram mais adoecidas por conta da pandemia, ansiedade, depressão**, aí teve um momento que o serviço ficou muito cheio. E a questão do autoextermínio foi muito recorrente, falecimento de pessoas, familiares, foi virando algo mais patológico (A.S. 02, CAPS A, 2021, p. 21-22).*

*[...] Mudou totalmente, a gente precisou reestruturar porque a gente teve que suspender os grupos, e muitos dos nossos usuários são idosos também, com problema crônico, então a gente teve que repensar, e se tem alguma coisa de positivo que aconteceu nessa pandemia, **eu acho que a gente conseguiu direcionar mais o CAPS para o objetivo dele, no sentido de filtrar mais as demandas** e de conseguir direcionar para o outro aquilo que é do outro, atenção primária, por exemplo, e da gente atender realmente quem estava em crise, casos graves que é o objetivo do CAPS. E também as equipes, **reestruturou os fluxos dentro do serviço, as formas de acolhimento, coisa que era inimaginável antes**, a gente deixar agenda do médico mais livre para atender essa crise, então mudou bastante e reorganizou o serviço (A.S. 05, CAPS C, 2021, p. 31).*

*[...] Houve impactos, porque a gente passou a ser mais criterioso. Porque as vezes você insere na atenção diária e não tem muito tempo de prestar atenção se a pessoa está participando. **Eu acho que essa pandemia para nós foi importante para a gente repensar os processos de trabalho**. Assim, **a gente tornou mais criterioso os encaminhamentos que vem das UBS**, a gente começou a apurar mais e até com os usuários, estabelecer umas regras, porque na verdade o CAPS se tornou um grande Centro de Convivência, e com essa pandemia a gente aprendeu que grande parte dos nossos usuários de atenção diária não precisam de atenção diária, porque a maioria deles estão muito melhores em casa do que no CAPS. **Fez a gente repensar a nossa forma de atendimento, porque senão a gente vai ser entretenimento e não tratamento**, então a gente precisa mudar o nosso formato, vamos ter oficina sim, mas não de entretenimento, oficina de tratamento com horário de início e fim, com um público específico, porque acho que faz parte da terapêutica. Porque senão a gente não avalia como está sendo o processo de cada um, eu acho que a gente precisa evoluir nesse aspecto. A gente tem que reiterar esse discurso de **“eu não sou do CAPS, eu não sou da atenção diária, eu sou do território”**. Acho que vai ser um*

salto importante para os usuários pra trabalhar essa autonomia (A.S. 06, CAPS D, 2021, p. 41-42).

Através das narrativas acima, muitas são as considerações que podem ser feitas a partir dessa realidade pandêmica, pois, inevitavelmente, impactaram sobremaneira a vida de toda a população. Não podemos deixar de ratificar que para além das medidas de prevenção ao contágio da COVID-19, o Brasil vem passando, também, por uma crise social, encontrando-se num contexto de desemprego, subemprego, ausência de moradia, abastecimento de água e saneamento básico.

Consoante com o exposto e a partir de dados concretos coletados pelo IBGE (2020), o segundo trimestre de 2020 registrou recorde com a redução de 9,6% no número de pessoas ocupadas no Brasil, com 8,9 milhões de pessoas que perderam seus postos de trabalho de abril a junho, comparando ao período de janeiro a março, e a população ocupada ficou em 83,3 milhões, sendo o menor nível da série histórica iniciada em 2012. Comparado com o mesmo período de 2019, a queda foi de 10,7%. E o desemprego subiu para 13,3% no 2º trimestre, com a redução recorde de ocupados (DIAS, *et. al.*, 2020).

Indubitavelmente, a perda de vínculos trabalhistas e de renda, atrelado a um período de completa incerteza e desamparo, muitos são os impactos na saúde mental da população brasileira. E, ainda, como ponderado na fala das assistentes sociais, os efeitos pandêmicos trazem consigo um número significativo de usuários que retornam graves aos serviços, além do aumento expressivo das demandas que causaram um “inchaço” repentino nos CAPS. Ocasionalmente, uma estimativa publicada pela FIOCRUZ (2020) evidencia que, durante uma pandemia, entre um terço e metade da população poderá ter sofrimento psíquico, considerando a sua magnitude e o grau de vulnerabilidade que a pessoa se encontra no momento. Entretanto, é importante destacar que nem todos os problemas psicológicos e sociais apresentados poderão ser qualificados como doenças.

Ademais, identificamos que os rebatimentos e reflexos na vida da população brasileira são imediatos e devastadores e, cada vez mais, há a necessidade de se efetivar direitos e de fornecer respostas através da articulação das políticas sociais e públicas, sejam estas de saneamento, de habitação, de previdência ou de trabalho e renda, o que demanda, incansavelmente, a atuação de assistentes sociais e/ou de profissionais da saúde. Contudo, o cenário além de alarmante torna-se preocupante quando a conjuntura política brasileira vai na contramão do que foi instituído pela OMS, ou seja, com posicionamentos que desqualificam a

ciência, com recursos irrigários para as políticas públicas e sociais que adensam as desigualdades sociais, além de um oportunismo a passos largos para o avanço das forças conservadoras e crescente redirecionamento dos preceitos da Constituição de 1988 e intenso desmonte da Seguridade Social.

Com efeito, a COVID-19 estabeleceu o SUS como linha de frente para responder aos desafios postos, mas o cenário é adverso tendo em vista um desfinanciamento público que inviabiliza a garantia de direitos. Um exemplo que corrobora com essa premissa trata-se da mudança do modelo de financiamento da APS instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, na qual a partir de 2020 o repasse não seria calculado por número populacional (extinção do Piso da Atenção Básica – PAB - fixo), mas pela população cadastrada na Estratégia Saúde da Família e no desempenho das unidades, o que drasticamente resulta em diminuição dos recursos da APS (ABRASCO, 2019). Isso está dado em um contexto em que a existência do SUS depende da entrega diária dos profissionais de saúde que se deparam com a falta de recursos suficientes, mas, ainda assim, se dedicam em promover pautas positivas para o SUS, mesmo em tempo de pandemia.

Atrelado ao destempero do governo Bolsonaro e seu elevado grau de irresponsabilidade, criou-se, ainda, uma sequência de orientações divergentes entre o governante e os ministros da saúde, ocasionando uma rotatividade representativa no que confere esse último. Inicialmente tivemos um hiato entre o Presidente da República e o então Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, que foi demitido, sendo substituído por Nelson Teich, que esteve por pouco tempo na pasta, entregue posteriormente a um militar, General Eduardo Pazuello (ROSA; GUIMARÃES, 2020) e, por fim, ao médico Marcelo Queiroga como Ministro da Saúde. Queiroga foi o 4º a assumir o Ministério da Saúde durante a pandemia, substituindo o general Pazuello no cargo após diversas críticas à sua atuação na pasta durante a crise sanitária. Ainda assim, o novo ministro afirmou que seu comando seria marcado por uma política de continuidade às ações de Pazuello.

Em paralelo a esse cenário intempestivo, desconfianças e incertezas em termos de recomendações sanitárias foram de encontro às orientações de representantes da OMS, gerando um panorama conflitivo e colocando em xeque, cada vez mais, a credibilidade daquele governo.

Sendo assim, com esse pano de fundo muitos setores mantiveram seu funcionamento na vigência da pandemia, como saúde, limpeza, transporte, alimentação e energia, com suas condições de trabalho pioradas, submetendo os trabalhadores a maiores jornadas e expondo-os à contaminação pelo vírus. São os trabalhadores que precisam se locomover, que circulam em

espaços coletivos, que usam transporte público e que não possuem acessos a serviços de saúde de qualidade que estão sendo contaminados pelo vírus e tendo suas vidas perdidas. Entre os trabalhadores contaminados, aqueles com menor escolaridade foram as maiores vítimas. Conforme uma matéria da Agência Senado, de agosto de 2020, 71% dos trabalhadores infectados sem ensino fundamental faleceram enquanto, entre aqueles com ensino superior, o índice cai para 23% (OLIVEIRA, 2020).

Portanto, os impactos são sempre mais danosos e significativos para a classe trabalhadora, sendo uma configuração da “questão social” contemporânea, em decorrência à fase atual de acumulação do capital. A pandemia do coronavírus agudiza as contradições do capitalismo neoliberal, associado com a ascensão das políticas antidemocráticas (BROWN, 2019). A acumulação impõe uma aceleração, um ímpeto econômico com fins de alcançar incessantemente os lucros, o que tem afetado neste contexto de pandemia principalmente os espaços da pobreza. Observamos que a maior parte das vítimas da COVID-19 possuem um padrão, com corte de classe, sendo os pobres os principais atingidos. O que temos desvelado, reiteradamente, são as desvantagens que parte da população vivencia, excluída de seus direitos, entre eles o acesso à saúde.

Lamentavelmente, são tempos incertos que exigem reinventar processos de trabalho, estabelecer novos fluxos, fortalecer redes, e cada vez mais com recursos reduzidos. É histórico no SUS as precárias condições de trabalho dos profissionais da saúde além de sua sobrecarga, bem como o adoecimento dessa força de trabalho que está sujeita a desgastes físicos e psíquicos cotidianamente. As assistentes sociais, no entanto, apresentam dificuldades em veicular informações qualificadas com a população usuária, o que requer da profissão análise mais acurada do contexto, da conjuntura, para, assim, decifrar a realidade e manter a qualidade dos serviços prestados.

Com isso, os limites apresentam-se proporcionalmente substanciais a essa conjuntura e as possibilidades são quase nulas. Frente aos desafios corriqueiros, as profissionais expuseram reflexões analíticas acerca de seu processo de trabalho que perpassam as dificuldades e o que é exequível dentro do contexto elucidado, conforme apontaremos a seguir:

Principais dificuldades no dia a dia passam pela complexidade das demandas, um número muito grande de casos, muitas cobranças seja pelos próprios usuários que demandam, porque estão naquele sofrimento muito intenso, familiares, da rede, é desafiador, não é fácil saber como posicionar [...] É uma cobrança minha também, tem uma cobrança enquanto profissão, porque é muito fácil dar uma escorregada, ficar no burocrático, ou no discurso moralizante [...] Gosto da luta, tenho uma

aproximação grande com a temática, mas eu não animo chegar em casa e estudar, me qualificar pra esse tipo de trabalho. De fato não sei qual vai ser o rumo, porque é uma reclamação de quase todos os profissionais da saúde mental, a não ser os que ganham penosidade, não sei se pela via de um incentivo financeiro. Até com um plano de carreira tem que ser reconhecido. E não tem previsão de ampliação de CAPS. Mas é um espaço que eu gosto, apesar de tudo, talvez por isso que eu adoeci (A.S. 04, CAPS B, 2021, p. 06-07).

Como possibilidades a gente consegue ter uma boa inserção na equipe, apesar das dificuldades do trabalho multidisciplinar. A gente tem uma boa entrada com todas as profissões aqui, consegue boas parcerias. Os limites da profissão, até onde você consegue ir dentro da saúde mental. Isso pra mim, me frustra um pouco, porque você lidar com uma pessoa que você sabe que aquela família está num nível de crise ou de adoecimento tão grande que ela não vai ter condição daquilo, então ela vai ter que ser sempre conduzida. Ela não vai ter autonomia pra fazer. Mas hoje em dia eu já comecei a entender que não dá pra gente ficar abarcando tudo, senão a gente não dá conta do trabalho né?! Até um retrocesso que a gente está vivenciando, o profissional não consegue dar resposta pra tudo que aparece no CAPS como, por exemplo, INSS, é pavoroso, 8 meses, 9 meses com BPC em análise. [...] Aqui a gente tem muito trabalho né?! Só o Serviço Social hoje atende o ambulatório e o CAPS, apesar de ter uma sobrecarga muito grande, uma demanda que não acaba e é repetitiva, mas a gente optou por manter à frente (A.S. 07, CAPS E, 2021, p. 11-12).

Eu acho que o Serviço Social tem que se impor mais no sentido de organização, organizar ação dos familiares de saúde mental em associações, eu não vejo muito isso, no sentido de fortalecer o usuário, a família, pra eles terem voz, terem mais participação na saúde mental, eu acho um pouco fechado nesse sentido. Eu não vejo muita participação, organização nesse sentido da família, porque tem uma carga pesada pra eles [...] E muito difícil trabalhar na saúde mental, tem que ter persistência e muito estudo e diálogo nas equipes, é importante a equipe estar afinada. E também as condições de trabalho, a gente deveria ter mais valorização, ter mais condições de trabalho, mais valorização do profissional de saúde mental, várias assistentes sociais querendo sair, teve um debate muito sério por conta de assédio moral (A.S. 01, CAPS A, 2021, p. 17).

A questão dos instrumentos de trabalho que a gente não tem, telefone, computador disponível, as vezes você precisa fazer um relatório com prazo, aí depende de liberar um computador. [...] E ainda tem uma rotatividade muito grande na atenção primária, capacita em saúde mental, mas daqui a pouco já mudou os profissionais, já não é a mesma equipe.

[...] a saúde mental é uma área que eu gosto muito de trabalhar, a gente tem muito a contribuir, a gente faz muito, mas eu acho que se a gente tivesse oportunidade, a gente poderia fazer muito mais, é uma forma de trabalho muito precária, começando pela infraestrutura, essa casa está com várias infiltrações nas paredes, no teto, já caiu pedaço do teto, banheiro que não está funcionando mais, a gente tem um banheiro funcionando pra mais de 30 profissionais, as cadeiras estão praticamente quebrando, os próprios funcionários ficam arrumando, aqui tem uma parte que quando chove, alaga!

[...] Eu acho que a gente tem que gostar muito do que faz, ter muito comprometimento, porque a gente não têm plenas condições de trabalho, a gente trabalha a medida que consegue, a gente não deixa o usuário desassistido, mas também a gente têm os nossos limites, o salário também que não incentiva.

Eu não queria vir pra cá na época, mas eu aprendi a gostar, só que eu acho que há uma invisibilidade, acho que merece mais investimento por todo trabalho que é feito, existem muitos profissionais insatisfeitos dentro do serviço e nenhum momento isso é olhado (A.S. 02; A.S. 03, CAPS A, 2021, p. 20-22).

[...] Enquanto dificuldades são as demandas estruturais mesmo, de garantir a qualidade do serviço num local de trabalho adequado, com os recursos adequados, da forma como tem que ser, com os instrumentos de trabalho que a gente precisa e tem minimamente (A.S. 05, CAPS C, 2021, p. 30).

[...] *Como limites é essa visão centralizada de CAPS, de não ver essa pessoa com transtorno mental como um indivíduo completo, que ele vai acessar todas as políticas e que é um cidadão como qualquer outro. Eu acho que se a gente conseguisse trabalhar em rede, a gente estaria muito mais adiante. [...] Eu vejo que a gente nem começou, a reforma segue no papel, o caminho é de materializar essa reforma. É um trabalho que eu gosto, mas eu não vejo que a gente tem saúde mental, a gente tinha que ter um suporte pra cuidar, algum programa da prefeitura focando no servidor, porque a gente acaba adoecendo, é aquela coisa, tem uma pessoa vulnerável aos seus cuidados com uma política que não absorve, e aí você fica com aquele problema na sua mão, você vai pra sua casa e têm usuários que - um está tentando se matar, o outro não tem onde morar, o outro não tem o que comer -. Sem contar os casos que a gente fica bem frustrado, a gente tenta fazer um trabalho, aí essa pessoa depois vem a óbito, isso é algo que faz a gente adoecer, sabe?!*

[...] *e salário baixo né?! Acho que todas as categorias estão insatisfeitas tanto com a carga horária quanto com a questão salarial* (A.S. 06, CAPS D, 2021, p. 40-43).

Nessa direção, ao analisar o trabalho das assistentes sociais no processo de trabalho em saúde mental, a partir da fala das entrevistadas, o que identificamos em sua unanimidade é um contexto de intensa precarização, com baixos salários advindos das transformações do mundo do trabalho construídos historicamente, principalmente, no momento de pandemia, que inclusive, demarcou de forma trágica a perda dos direitos sociais da classe trabalhadora. Essa conjuntura diz respeito a uma subordinação do campo das políticas sociais ao econômico, impactando no seu conceito, nas condições e relações de trabalho entre os trabalhadores e, concomitantemente, à população atendida.

Tornou-se recorrente, no entanto, o impacto que os usuários vêm sofrendo na redução da oferta dos serviços prestados. Isso, consequentemente, reflete num rotina de trabalho exaustiva das assistentes sociais, que precisam fornecer respostas diante de políticas públicas e sociais sucateadas, e ainda, consoante com as normativas da profissão e o compromisso da categoria com a classe trabalhadora, o/a profissional tem o dever de participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, atendendo e defendendo os seus interesses e necessidades (CFESS, 2012). Para tanto, reafirma-se, cotidianamente, os compromissos ético-políticos para a realização de um trabalho profissional, considerando a divisão sociotécnica da sociedade capitalista, com qualidade e em sintonia com a classe trabalhadora, principalmente num contexto de extrema adversidade.

Todavia, não podemos afirmar que o cenário pandêmico trouxe novas requisições para o trabalho das assistentes sociais. Desde a contrarreforma do Estado que as políticas sociais

vêm sofrendo impactos importantes e modificando a realidade da vida dos trabalhadores. Os modelos de gestão vinculados à reestruturação produtiva modificaram drasticamente as condições de trabalho, e por sua vez, também a condição de assalariamento.

Neste sentido, a pandemia da COVID-19 potencializou e acirrou as relações de submissão impostas pelo processo de produção capitalista, com o agravante das milhares de vidas perdidas em decorrência de um vírus altamente transmissível e letal, atrelado ao atual cenário político que reproduziu um discurso irresponsável, leviano e negligente, ao qual corroborou para que o Brasil ocupasse a segunda posição⁵¹ entre os países que registraram o maior número de óbitos pela COVID-19 (631.802 óbitos até 02/2022), atrás apenas dos EUA (com 893.870 óbitos).

Portanto, trabalhar na linha de frente no contexto emergencial afetou a subjetividade dos/as trabalhadores/as, que passaram a conviver com o medo de adoecer e/ou contaminar membros da família, aliado a rotinas desgastantes. É relevante destacar, ainda, que o Serviço Social é uma profissão marcadamente feminina e que, no atual cenário de retraimento dos indivíduos e suas famílias para o espaço doméstico como estratégia de evitar a propagação do vírus, há uma ampliação da sobrecarga das mulheres, evidenciando a divisão sexual do trabalho (PEREIRA; CRONEMBERGUER, 2020).

Implica-se a isso, como mensurado anteriormente, o (des)governo Bolsonaro que acentuou o cenário trágico das desigualdades sociais estruturais da sociedade brasileira e evidenciou a necessidade de ampliação dos investimentos do poder público em serviços e ações de cuidado e promoção da saúde mental articulada às demais políticas públicas – de educação, habitação, trabalho, renda, transporte, cultura, lazer - a fim de minimizar os impactos da pandemia e evitar um agravamento do adoecimento populacional.

Em suma, são tempos de dar ênfase aos protagonistas do cuidado, já que são estes os que mais adoecem com o ataque sistemático ao SUS, com seu desfinanciamento exponencial, serviços públicos com estruturas cada vez mais abaladas e precarizadas, políticas públicas pouco resolutivas que proporcionam o mínimo – ou nem isso – para seus usuários. Sabe-se que trabalhar nos serviços substitutivos envolve inúmeros desafios, mas estes se encontram, há muito tempo, num patamar de intensa exploração do trabalho. A pandemia, no entanto, exacerbou as relações conflitantes e degradantes entre capital e trabalho, reverberando ritmos

⁵¹Conforme reportagem, *Mortes no Brasil disparam e país tem 3º maior número do mundo, diz OMS*. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2022/02/07/brasil-terceiro-pais-em-numeros-de-mortes-na-semana-diz-oms.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

de trabalho cada vez mais acelerados, com redução a passos largos dos direitos, crescente insegurança e o aumento dos riscos de morte e adoecimento.

Coloca-se em voga a necessidade de valorização da classe trabalhadora, de identificar a importância de sua força de trabalho, das categorias profissionais. Como exposto repetidamente, as assistentes sociais estão sendo desafiadas a pensar estratégias, reafirmar os seus fundamentos e bases teóricas, políticas e técnicas, aliados as novas normativas, orientações e recomendações dos órgãos de saúde pública, de forma a preservar a sua saúde e dos/as usuários/as. Para tal, lançam mão das ferramentas tecnológicas, da criatividade e acima de tudo dos compromissos com o seu Projeto Ético-Político, congregado aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

A relevância da categoria profissional na equipe técnica dos CAPS é inquestionável, pois como refletido na fala de nossas entrevistadas “[a categoria tem] um olhar mais ampliado, não é só a doença, porque é o adoecimento social também, porque a pessoa está em vulnerabilidade” (A.S. 01, CAPS A, 2021, p. 17). Outra profissional acrescenta “o Serviço Social na saúde mental é fundamental, é muito estigma ainda, muito desconhecimento, muitos direitos violados, então a gente tem que estar muito atento a isso” (A.S. 05, CAPS C, 2021, p. 30). E, por fim, somos contemplados com a seguinte fala: “a gente [a categoria] tem uma capacidade de escuta talvez até melhor do que muitos outros profissionais, e a gente busca os fios pra tecer essas histórias” (A.S. 06, CAPS D, 2021, p. 38). Assim sendo, torna-se indispensável desmistificar todos os preconceitos que permeiam o campo da saúde mental, desvelar a realidade de nossos usuários e romper barreiras historicamente instituídas. São tempos de construir novos caminhos que sejam pela via da valorização da força de trabalho, de fortalecer sua luta contumaz pela defesa da vida, são tempos de perseverar e jamais recuar, pois, em uma frase conhecida de Paulo Freire, “*lavar as mãos em face da opressão é reforçar o poder do opressor, é optar por ele*”. Por isso, seremos, obstinadamente, luta, força e resistência. Esperançando nestes novos dias.

5. Considerações finais

O percurso teórico e empírico que realizamos nessa dissertação nos possibilitou reflexões que focam o trabalho do/a assistente social na saúde mental e suas condições e relações de trabalho cotidianas, permitindo-nos tecer considerações acerca desse espaço ocupacional, sua configuração e a crescente requisição por profissionais do Serviço Social para atuarem na área. Assim, apesar de ser verificada uma expansão de postos de trabalho para esses profissionais, observa-se na mesma medida que esta expansão está diretamente relacionada a precarização de suas condições de trabalho na contemporaneidade.

Ao tratarmos em nossa dissertação das mudanças no mundo do trabalho e na esfera estatal, notadamente pelo pano de fundo de contrarreforma do Estado, destacamos que a Política de Saúde Mental sofre impactos consistentes. A agudização dos ataques, a partir da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 do teto dos gastos afetaram sobremaneira as políticas sociais, em especial as áreas da saúde, assistência social e educação (MARQUES, 2018). No entanto, de 2017 em diante temos um SUS que passou da condição de subfinanciado à de desfinanciado, medida essa que integra um conjunto de contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro como a Reforma Trabalhista e a Reforma da Previdência, em uma conjuntura de crise e mundialização do capital onde a financeirização e as medidas neoliberais têm se apresentado como a principal política no processo de redefinição da taxa de lucratividade, estagnada desde a segunda metade da década de 1970 (VASCONCELOS, 2020).

Consequentemente, essas profundas mudanças alinhadas com os interesses que servem ao capital internacional e ao empresariado produzem um redirecionamento das políticas sociais, com sérios impactos para o conjunto da classe trabalhadora. Nesse aspecto, esse conjunto de alterações regressivas nos direitos do mundo do trabalho e em geral, alteram os marcos legais, os quais já não expressam as demandas da classe trabalhadora, mas que foram conquistados pela luta de classe (GRANEMANN, 2004).

E ainda, conforme ponderado por Antunes (2020) no que tange o período atípico marcado por uma pandemia, há uma interconexão profunda entre essa crise econômica instalada e a crise do coronavírus, as quais impactaram profundamente a classe trabalhadora. Neste molde, o Estado brasileiro frente a pandemia reforçou sua política de austeridade e manteve “o máximo possível os mecanismos do capital, ainda que a natureza do risco os obrigue a modificar o estilo e as ações do poder” (BADIOU, 2020, p. 39). Assim, contraditoriamente, o governo federal tentou, aparentemente, “socorrer” o SUS, para o atendimento às populações infectadas,

mas subordinando a saúde à lógica do mercado e do lucro, e, particularmente, é a indústria farmacêutica quem mais se legitima.

Drasticamente, o que presenciamos é a ampliação do empobrecimento e dos níveis de miséria em amplas parcelas e segmentos dessa classe, cujo cotidiano já era pautado por uma exploração do trabalho intensa ou pela precarização, desemprego, subemprego e informalidade, fenômenos explosivos em uma dimensão global.

No que tange ao Serviço Social, essa profissão também sofre impactos em seu mercado, em suas condições e relações de trabalho tal como os demais trabalhadores a partir dos ajustes macroestruturais mencionados. Além disso, devido a sua condição de assalariamento, os/as assistentes sociais são sujeitados ao trabalho explorado, aos baixos salários, ao desemprego, a informalidade e a alienação de direitos trabalhistas e sociais. Assim, ao situarmos esse profissional como pertencente à classe trabalhadora, compreendendo também sua condição de classe e de explorado, entendemos a necessidade e relevância de conhecer e analisar as consequências e implicações das transformações societárias em suas condições e relação de trabalho.

Assim, sendo o campo da saúde mental um espaço socioocupacional para os/as assistentes sociais onde as relações de trabalho acontecem, é necessário, no entanto, que os trabalhadores produzam bons encontros entre si, com o usuário e sobretudo com a gestão. É fundamental que este trabalhador tenha bons encontros junto ao mundo do trabalho para a produção do cuidado em saúde. Contudo, o Estado conduz um tipo de gestão que até o presente momento não produziu as condições ideais de trabalho, segurança, conforto, perspectiva de futuro, opera na sua relação com os trabalhadores produzindo frustrações, e esta tem sido a marca da gestão do trabalho no SUS e na saúde mental, quando não prioriza o que são questões fundamentais para o cuidado do cuidador, como a carreira, a remuneração, a Educação Permanente, trabalho multiprofissional e intersubjetivo, formas de participação colegiada, liberdade na condução do seu processo de trabalho e no cuidado em saúde mental. Assim sendo, o Estado, no seu ato de governar, produz no outro a redução da sua potência de agir, ou seja, é o modo singular de manter o controle sobre os movimentos próprios da atividade humana, em específico neste caso, sobre o trabalho em saúde.

O que se discute, portanto, é o fato de que instituir uma contratualização do trabalho em que haja carreira, salário digno, possibilidades de integração entre trabalhadores, liberdade de agir, compartilhamento de decisões, possibilidades de estabelecimento de fluxos horizontais entre coletivos, segmentos sociais, entidades comunitárias, é fazer uma aposta de que o trabalho

em saúde vai produzir bons encontros entre o trabalhador e a gestão. Isto significa dizer que há a possibilidade neste processo em manter o trabalhador com alta potência para agir no mundo do cuidado em saúde, que é também um mundo social e afetivo, é possibilitar que o trabalhador produza no outro alta potência vital, formando assim uma cadeia de intensidades que em fluxo reproduz esta força na mudança no ambiente de cuidado em saúde mental.

Vislumbrando o exposto, sendo os CAPS esse lócus da atuação profissional, este espaço não se torna diferente do manicômio apenas por sua configuração territorial, ou porque possuem regras flexíveis de funcionamento, oficinas das mais variadas modalidades de interação e ações no território, ou mesmo porque não trancam como o manicômio fazia e faz. Eles tornam-se CAPS na perspectiva da micropolítica, quando produzem outra relação com a diferença, quando a diferença é vista como potencialidade, como expressão da multiplicidade dos modos de ser e viver, que podem se transformar, a partir do encontro em sua afetabilidade. Isso vai além da relação trabalhador-usuário. É interessante que possa se expandir para outras relações. É fundamental que envolva a relação entre os trabalhadores.

O campo psicossocial, dessa forma, tem como pressuposto o planejamento do modelo assistencial coletivizado, produzido no espaço multiprofissional com qualidade interdisciplinar, a superação da rigidez da especificidade profissional. Essa posição é coerente com a base teórica para a reorientação do modelo de atenção que afirma a concepção de saúde como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção de saúde.

Consequentemente, a Reforma Psiquiátrica é impensável sem os seus trabalhadores e sem que eles se envolvam com a singularidade da vida de cada pessoa para ver e inventar saídas diante das complexas situações que enfrentam em seus cotidianos. Essa complexidade envolve o trabalho com o sofrimento e o contexto social de vulnerabilidades diversas dos usuários e suas comunidades e a necessidade de construir redes acolhedoras diante das fragilidades das políticas públicas, assim como o desafio de enfrentar a pressão social decorrente das demandas de confinamento que ainda tensionam estes serviços. Produzir cuidado diante de tais desafios requer múltiplas conexões (Merhy, 2013) e, por isso, o trabalho em saúde mental ocorre em equipe, com a sua organização pressupondo a convivência entre os trabalhadores, o diálogo e o exercício de práticas conjuntas.

Compreende-se, nesse aspecto, que a Reforma Psiquiátrica vem sendo possível por conta das pessoas e de seus movimentos. Desde a contestação da brutalidade das práticas manicomiais que possibilitaram a criação da Lei Antimanicomial (Lei n. 10216, 2001) até a invenção de

outros modos de produção de cuidado, os trabalhadores da saúde mental implicados com as mudanças neste campo foram e são fundamentais. Sobretudo, é na micropolítica dos processos de trabalho, no encontro entre trabalhadores e usuários, que se constroem os atos de cuidado (Merhy, 2013) e que o antimanicomial pode ou não se fortalecer.

Por fim, tendo como pano de fundo esse recorte do trabalho profissional no campo da saúde mental, acreditamos que somente conhecendo e elaborando pesquisas que focam os/as assistentes sociais com o intuito de elucidar suas reais condições e relações de trabalho em face das transformações desencadeadas pela reestruturação produtiva e a contrarreforma do Estado, será possível tecer lutas e ousar buscar a transformação social nesse espaço ocupacional, almejando condições de vida e de trabalho dignas não somente para a categoria profissional, mas para toda a classe trabalhadora.

6. BIBLIOGRAFIA

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. S. R. **O novo sindicalismo e o Serviço Social - trajetória e processos de luta de uma categoria: 1978 – 1988.** São Paulo: Cortez, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **Novo modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde?** Publicado em 23 de outubro de 2019. Disponível em: < <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/formacao-e-educacao/novo-modelodefinanciamento-para-qual-atencao-primaria-a-saude-artigo-de-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/43609/>>. Acesso em: 03 jan. 2022.

ABREU, M. M. **Serviço Social e a organização da cultura:** perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.

ACÁCIO, T. S. **O processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma construção.** 2019. Dissertação (Mestrado em Pós-graduação em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2019.

ALVES, G. Trabalho e sindicalismo no Brasil dos anos 2000 – Dilemas da era neoliberal. *In:* ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2006.

ALMEIDA, S. A. de; MERHY, E. E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 20. n. 47. p. 65-75. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v20n47/v20n47a06.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2021.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

_____. **Saúde mental, formação e crítica.** Rio de Janeiro: Laps, 2008.

_____; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 6, p. 2067-2074, 2018.

_____; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

AMORIM, A. G. C. de *et al.* **Necessidades e demandas sociais, demandas institucionalizadas e requisições profissionais:** O Serviço Social nas políticas de educação e agrária no Brasil. Disponível em: <<https://coloquio3.files.wordpress.com/2015/03/necessidades-e-demandas-sociais.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2003.

_____. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. *In:* GENTILI, P.; FRIGOTTO, G. (Org.). **A cidadania negada:** políticas de exclusão na educação e no trabalho. 3^a ed. São Paulo: Cortez; [Buenos Aires, Argentina]: CLACSO, 2000.

- _____. **Coronavírus**: o trabalho sob fogo cruzado. São Paulo: Boitempo, 2020.
- _____; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em 12 jan. 2022.
- ARBEX, D. Saúde Mental terá 60 novos profissionais. **Tribuna de Minas**, 04 jul. 2013. Disponível em: <<https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/04-07-2013/saude-mental-tera-60-novos-profissionais.html>>. Acesso em 01 fev. 2022.
- ASSIS, J. T., *et al.* Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Revista Divulgação em Saúde para Debate - Redes de atenção à saúde: construindo o cuidado integral**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 88-113, out., 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- AYRES, J. R. de C. M.; SANTOS, L. (Org.). **Saúde, sociedade e história** - Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. São Paulo: HUCITEC; Porto Alegre: Rede Unida, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.
- BATISTA, A. Reforma do Estado: uma prática histórica de controle social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 61, p. 63-90, 1999.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3^a. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
- BARROS, R. F. **Ministério Público, mediação sanitária e atenção psicossocial**: uma nova via na busca pela efetivação dos direitos de portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas. 2015. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Direito Sanitário) - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
- BEDIM, V. B. Atuação do assistente social na rede de saúde mental do município de Juiz de Fora/MG: um relato de experiência *In: 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, 2019, Brasília (DF). Anais. Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2019, v. 16 n.1.
- BEDIM, V. B.; TOMAZ, M.; CAPUTO, L. R.; DUARTE, M. J. de O. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 91-106, mai./ago., 2020.
- BEDIM, V. B.; LIMA, J. B. de; PAULA, L. G. P. de. Residência multiprofissional em saúde e serviço social: reflexões sobre competências e atribuições dos assistentes sociais/residentes. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 176-195, jan./jun., 2020.
- BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2^a. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 3^a.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BISNETO, J. A. Uma análise da prática do Serviço Social em saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 82, p. 110-130, jul./2005.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 2^a ed. São Paulo: Cortez. 2007.

BOTELHO, A. **Do fordismo à produção flexível**: a produção do espaço num contexto de mudança das estratégias de acumulação do capital. 2000. 148 f. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5^a. ed. ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS Nº 189, de 19 de novembro de 1991. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para os serviços de saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 1992.

_____. **Portaria Nº 1.159, de 13 de junho de 2013**: Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Minas Gerais, Município de Juiz de Fora (MG) - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**, 2017. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=31&VMun=313670>. Acesso em 03 jan. 2021.

_____. **Emenda Constitucional Nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília (DF), 15 dez. 2016a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitucacao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 20 mar. 2020.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasil: MARE, 1995.

_____. Presidência da República. **Decreto Nº 9.761**, de 11 de abril de 2019. Brasília (DF), 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/decreto/D9761.htm. Acesso em: 21 fev. 2020.

_____. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/18080.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2020.

_____. **Lei Nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de

recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/web/confmundial/docs/18142.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2020. _____. Lei N° 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 de abril de 2001.

_____. **Lei N° 8.662**, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm>. Acesso em: 02 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de dezembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N°. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de dezembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N°. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Seção 3, Brasília (DF), 2002.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/const/constituicaofederal.asp#/con1988/CON1988_05.1_0.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2020.

_____. **Lei N° 12.317**, de 26 de agosto de 2010. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do assistente social, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12317.htm>. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. 2020a. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 09 mar. 2022.

_____. **Medida Provisória N° 927**. Brasília, 22 de março de 2020b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm>. Acesso em: 09 mar. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica N° 12**. 2020c. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnica122020CGMADDAPESSAPSMS02abr2020COVID-19.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2022.

_____. Ministério da Cidadania. **Portaria GM/MC N° 337**, de 24 de março de 2020d. Dispõe acerca de medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, COVID-19, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social. 2020d. Disponível em: <<http://blog.mds.gov.br/redesuas/portariano-337-de-24-de-marco-de-2020/>>. Acesso em: 09 mar. 2022.

_____. Senado Federal. **Projeto de Lei n° 2693/2020**. Altera a Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para instituir o piso salarial nacional do assistente social. 2020e. Disponível em: <

<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141963>. Acesso em 01 fev. 2022.

_____. **Portaria GM/MS Nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.

BRAVO, M. I. S. *et al.* (Org.) **Saúde e Serviço Social**. 2ª ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez; UERJ, 2006.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, jan./jun., 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em: 28 jan. 2022.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: O SUS totalmente submetido ao mercado. *In: 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2019, Brasília (DF). Anais*. Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais: 2019, v. 16, n. 1.

BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo**: a ascensão da política antidemocrática no ocidente. São Paulo: Filosófica Politéia, 2019.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da atenção primária. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2101-2108, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102101&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jan. 2022.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar a trabalho em equipes de Saúde. *In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto**. Enferm., Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez., 2006.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CASTRO, M. M. **História do Serviço Social na América Latina**. 7ª. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CECILIO, L. C. de O.; LACAZ, F. A. de C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <https://docplayer.com.br/15279777-N778i-cecilio-luiz-carlos-de-oliveira-o-trabalho-em-saude-luiz-carlos-de-oliveira-francisco-antonio-de-castro-lacaz-rio-de-janeiro-cebes-2012.html>. Acesso em: 02 jan. 2021.

CHIAVERINI, D. H. *et al.* (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, IMS, UERJ, 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Editora Cortez, 1991.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Atribuições privativas do(a) assistente social em questão.** Brasília: CFESS, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Código de ética do Serviço Social.** 10^a ed. Revisada e atualizada. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília: CFESS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Resolução CFESS n° 572**, de 25 de maio de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de registro nos Conselhos Regionais de Serviço Social, dos assistentes sociais que exerçam funções ou atividades de atribuição do assistente social, mesmo que contratados sob a nomenclatura de CARGOS GENÉRICOS e dá outras providências, 2010. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/RESCFESS572.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

COSTA, P. H. A. da; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3233-3245, out., 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/G3Vtdmgn3ymSRzB3zYqrqmR/abstract/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In:* AMARANTE, P. (Org.). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/?lang=pt>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica.** 2^a. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DIAS, M. T. G. *et al.* O impacto da pandemia no trabalho dos assistentes sociais na atenção psicossocial e proteção social. *In:* GOMES, T. M. da S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. de O. (Org.). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia:** contribuições do Serviço Social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

DRUCK, G. **Terceirização:** (des)fordizando a fábrica. São Paulo: Boitempo, 1999.

DRUCK, G.; FILGUEIRAS, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 24-34, jan./jun., 2007.

DUARTE, M. J. de O. Movimentos e lutas na saúde: o caso do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. **Em Pauta** – Teoria Social e Realidade Contemporânea: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, v. 7 n. 25, p. 131-150, jul./dez., 2010. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/2888/2082>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

DUARTE, M. J. de O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 227-243, jul./dez., 2018.

DUARTE, M. J. de O. Processo de trabalho em saúde e Serviço Social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde. In: DUARTE, M. J. de O. *et al.* (Org.). **Política de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas: Editora Papel Social, 2014.

DUARTE, M. J. de O. *et. al.* Pandemia, Saúde mental e drogas: as vidas precárias como questão no Serviço Social. In: GOMES, T. M. da S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. de O. (Org.). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia**: contribuições do Serviço Social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

FERNANDES, J. C.; RIBEIRO, C. S. Saúde mental e Serviço Social: entre o campo e núcleo. In: ROSA, L. C. dos S. (Org.) **Atenção psicossocial e Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016.

FERNANDES, P. C. de M.; RIBEIRO, L. M. L. Sentidos do trabalho prisional: uma revisão da literatura. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 346-362, ago./dez., 2018.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Artigo - Estudos de Sociologia, Recife, v. 1, n. 18, 2012.

FORTES, F. L. S. **Atuação do enfermeiro na implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no município de Juiz de Fora - MG (1994-2002)**. 2017. 122f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

FRANCO, T. B. *et al.* (orgs.). **A produção subjetiva do cuidado**. São Paulo: HUCITEC, 2009.

FRANCO, T. B. **Gestão do trabalho em saúde mental**. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/9gestao-trabalho-saude-mental.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus** - Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 6 n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>. Acesso em 12 dez. 2021.

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia da COVID-19**. Recomendações gerais. NOAL, D. S.; DAMÁSIO, F. (coordenadoras). Curso de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Situação de Pandemia. Rio

de Janeiro: FIOCRUZ, 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/video/curso-de-saude-mental-e-atencao-psicossocial-em-situacao-de-pandemia>>. Acesso em: 22/01/2022.

GOMES, T. M. da S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. de O. (Org.). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia**: contribuições do Serviço Social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

GOUNET, T. **Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel**. São Paulo: Boitempo, 2002.

GRANEMANN, S. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 6^a ed. São Paulo: Cortez, 2005.

GUERRA, Y. *et al.* **Atribuições, competências, demandas e requisições**: o trabalho do assistente social em debate. 2018. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

GUIMARÃES, T. A. A; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura reformista. **O Social em Questão**, Ano XXII, n. 44, maio – ago, p. 111-138, 2019. Disponível em: <<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=686&sid=59>>. Acesso em 13 set. 2021.

HAMILTON, G. **Teoria e prática do Serviço Social de casos**. 5^a ed. Rio de Janeiro: Agir, 1982.

HARVEY, D. A acumulação via espoliação. In: HARVEY, D. **O novo imperialismo**. 6^a ed., São Paulo: Ed. Loyola, 2012.

HARVEY, D. **Condição Pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 17^a edição. São Paulo: Loyola, 2008.

HOBSBAWM, E. **A era dos extremos**: o breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 5^a ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: o esboço de uma interpretação sócio-histórica. 18^a edição. São Paulo: Cortez; CELATS, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **IBGE Cidades**, 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>>. Acesso em 02 jan. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Regiões de influência das cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Panorama de Juiz de Fora-MG**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Agência de notícias**. 2020. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.-gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/28480-desemprego-sobe-para-13-3-no-2-trimestre-com-reducao-recorde-deocupados>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL. **Protocolos de Conduta do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, 2000.

JUIZ DE FORA. Relatório Final da I Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora. Juiz de Fora: Conselho Municipal de Saúde, 1992.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Final da I Conferência Municipal de Saúde. Juiz de Fora: Conselho Municipal de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde, 1991.

JUIZ DE FORA. Plano Municipal de Saúde. Juiz de Fora: Prefeitura de Juiz de Fora, 1997.

JUIZ DE FORA. Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora. Juiz de Fora: Conselho Municipal de Saúde. 1999a.

JUIZ DE FORA. CAPS Leste - Secretaria de Saúde inaugura novo serviço de saúde mental. Portal de Notícias, 2012a. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=35337>>. Acesso em 09 out. 2021.

JUIZ DE FORA. Lei Municipal nº 8710, de 31 de julho de 1995. Dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos da administração direta do Município de Juiz de Fora, de suas autarquias e fundações públicas.

JUIZ DE FORA. Lei Municipal nº 9212, de 27 de janeiro de 1998. Dispõe sobre o sistema de planos de cargos, carreiras e vencimentos dos servidores públicos municipais da Administração Direta, das Autarquias, das Fundações Públicas e dos servidores públicos municipais integrantes do Quadro do Magistério Municipal.

JUIZ DE FORA. Decreto nº 13.975, de 12 de junho de 2020. Dispõe sobre as medidas preventivas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (COVID-19) e dá outras providências. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=76323>. Acesso em: 12 jan. 2022.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado. In: **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3^a. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 625-635, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/bf49QvWMZr9vcvqjbHndZtP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

LUKÁCS, G. **As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem.** In: Temas de Ciências Humanas. São Paulo: Ed. Ciências Humanas, nº 4, 1978).

LUKÁCS, G. **O jovem Marx e outros escritos de filosofia.** 2^a ed. Rio de Janeiro: Ed UFRJ, 2009.

MACHADO, G. S. Reforma psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos assistentes sociais na equipe dos CAPS. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Abordagens psicossociais.** v. 3: perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: HUCITEC, 2009.

MAGALINE, A. D. **Luta de classes e desvalorização do capital.** Lisboa: Moraes, 1977.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **REME - Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul., 2003. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v7n1a12.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2021.

MARANHÃO, C. H. Acumulação, trabalho e superpopulação: crítica ao conceito de exclusão social. In: MOTA, A. E. (Org.) **O mito da assistência social:** ensaios sobre Estado, política e sociedade. Recife: Ed. UFPE, 2006.

MARTINS, C. R. M.; CECILIO, L. C. de O. **Cartografia de relações:** a micropolítica do trabalho de um órgão regional de saúde. São Paulo: Paco Editorial, 2018.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde:** reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MATTOSO, J. E. L. **A desordem do trabalho.** São Paulo: Página Aberta; Escrita, 1995.

MARQUES, A. J. S. Reabilitação psicossocial e a reforma psiquiátrica em Juiz de Fora. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: HUCITEC, 1996.

MARQUES, R. M. Permanência e ruptura na proteção social brasileira no período recente. **Argumentum**, Vitória, v. 11, n. 1, p. 130-145, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/23131>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MARX, K. In: ANTUNES, R (org.). **A dialética do trabalho – Escritos de Marx e Engels.** São Paulo: Expressão Popular, 2004.

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã.** São Paulo: Boitempo, 2007.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. **Revista de Economia Política**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 119-136, 2006.

MENDES, S. M. D. O. **Saúde mental e trabalho - transversalidade das políticas e o caso de Juiz de Fora**. 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2007.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1. Série textos).

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**; São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora HUCITEC, 1997.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã: 1998.

MERHY, E. E. ; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano XXVII, v. 27, n. 65, set./dez., 2003. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2022.

MERHY, E. E. *et. al.* **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MINAS GERAIS. Meso e Microrregiões do IBGE. **Governo de Minas Gerais**, 2021. Disponível em: <https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/arquivos/2016/ligminas_10_2_04_listame_somicro.pdf>. Acesso em 11 jan. 2022.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18^a ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimento sobre trabalho e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 125-136, 2003.

MONTAÑO, C. E. **A natureza do serviço social**. São Paulo: Cortez, 2007.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social nos anos 80 e 90 São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA, A. E. Crise contemporânea e as transformações da produção capitalista. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 51-67, 2009.

NETTO, J. P. **Reforma do Estado e políticas públicas no governo Lula.** (mimeo) Palestra realizada em evento comemorativo do dia do Assistente Social. Juiz de Fora: Faculdade de Serviço Social/UFJF, 9 mai. 2011.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social.** 8^a. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social:** uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 6^a ed. São Paulo: Cortez, 2002.

NETTO, J. P. O movimento de reconceituação – 40 anos depois. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 84, ano XXVI, p. 5-20, 2005.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política:** uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

NIVEAU, M. **A história dos fatos econômicos contemporâneos.** São Paulo: Difusão Europeia do Livro (DIFEL), 1969.

NORTHEN, H. **Serviço Social clínico** – um modelo de prática. Rio de Janeiro: Agir, 1984.

OLIVEIRA, N. Desigualdade e abusos na pandemia impulsionam cobranças por direitos humanos. **Agência Senado**, Brasília, 28 ago. 2020. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2020/08/desigualdade-e-abusos-na-pandemia-impulsionam-cobrancas-por-direitos-humanos>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar., 2014.

PASSOS, R. G. *et al.* A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: a volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 13, n. 37, p. 42-64, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80618>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

PASTOR, M.; BREVILHERI, E. C. L. Estado e política social. **Serviço Social e Sociedade**. 2009.

PAULA, L. G. P. de. **Um debate sobre estratégias e táticas – problematizações no campo do Serviço Social.** 2014. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese de Doutorado (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2003.

PEREIRA, P. A. P. Estado, regulação social e controle democrático. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. 2^a. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2^a ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25955/2/Livro%20EPSJV%20008871.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2021.

PEREIRA, S. L. B. Saúde mental e intersetorialidade: reflexões a partir de demandas aos assistentes sociais. **Ser Social**. Brasília, v. 22, n. 46, p. 72-98, jan./jun., 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/24947. Acesso em: 18 jan. 2022.

PEREIRA, S. L. B.; CRONEMBERGUER, I. E. G. M. O trabalho do/a assistente social na saúde mental infantojuvenil em tempos de pandemia da COVID-19. In: GOMES, T. M. da S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. de O. (Org.). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia**: contribuições do Serviço Social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

PIORE, M.; SABEL, C. **The second industrial divide? possibilities for prosperity**. New York: Basic Books, 1984.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set., 2011.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, M. do R. (Org.). **Cidadania e loucura**. 7^a ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

RIBEIRO, M. S. Integração das ações de saúde mental: o "caso" Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 18, n. 3, p. 205-251, set./dez., 1991.

RIBEIRO, M. S. et. al. Reforma psiquiátrica e atenção primária à saúde: o processo de implantação do sistema municipal de saúde mental de Juiz de Fora – MG. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 6, n. 1, p. 19-29, jan./jun., 2003.

RIZZOTTO, M. L. F. Focalização em saúde/neoliberalismo e saúde. In.: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 339-351, 2010.

ROSA, L. C. dos S.; LUSTOSA, A. F. M. Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental? **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 11, n. 1 (13), p. 27-50, jan./jun., 2012.

ROSA, L. C. dos S. (Org.). **Atenção psicossocial e Serviço Social**. Campinas: Editora Papel Social. 2016.

ROSA, L. C. dos S.; MELO, T. M. F. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com famílias. **Serviço Social & Saúde**. Campinas, v. 7/8, n. 7/8, p. 75-106, 2009.

ROSA, L. C. dos S.; GUIMARÃES, T. de A. A. **Pande-mídia: O desafio de enfrentar a virulência contra o des(re)monte dos serviços públicos**. In: GOMES, T. M. da S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. de O. (Org.). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do Serviço Social**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

RUBIN, I. **A teoria marxista do valor**. São Paulo: Brasiliense, 1980.

SAFFIOTI, H. I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher: a violência disseminada. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 13, n. 4, dez, 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/spp/a/qKKQXTJ3kQm3D5QMTY5PQqw/?lang=pt>>. Acesso em 03 fev. 2022.

SANTOS, M. L. S. **Implantação das residências terapêuticas no município de Juiz de Fora/MG** - contribuições da enfermagem. 2013, Dissertação de mestrado (Programa de Pós-graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, M. T.; MANFROI, V. M. Condições de trabalho dos assistentes sociais: precarização ética e técnica do exercício profissional. **Em Pauta: teoria social e realidade brasileira – Revista da FSS/UERJ**, Rio de Janeiro, n. 36, v. 13, p. 178-196, jul./dez., 2015.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun., 2014.

SCHRAIBER, L. B. Ciência, trabalho e trabalhadores em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-12, 1996.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE JUIZ DE FORA – SEPLAG-JF. **Desenvolvimento territorial**. Juiz de Fora: PJF, 2019. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/desenvolvimentodoterritorio/dados/index.php>>. Acesso em 02/02/2022.

SHUBERT, M. L. A. **Sistema de Atenção ao Usuário de Saúde Mental** - SOU Mental - Prefeitura de Juiz de Fora, Monografia apresentada a esta instituição para obtenção de promoção automática por mérito. Juiz de Fora, 2001.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. da. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, jun., 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jan. 2021.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2^a. ed. São Paulo: Cortez, 2002 (Coleção Questões da Nossa Época, v.78).

TEIXEIRA, D. L. P; SOUZA, M. C. A. F. Organização do processo de trabalho na evolução do capitalismo. **Rev. Adm. Empr.**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 65-72, out./dez., 1985.

TOLEDO, E. de la G. Neoliberalismo e Estado. In: LAURELL, A. C. (Org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3^a ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social**: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008. 214 p. ISBN 9788524913914 (broch.)

TOMAZ, C. S. **Uma proposta de reflexão acerca do papel do GEDAE no contexto da Aids**. 2000. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental) - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Juiz de Fora, 2000.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2^a ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 8, p. 8-21, 2012.

VVAA. **Série Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde**. Porto Alegre: Biblioteca da Editora Rede Unida. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude>. Acesso em: 02/01/2021.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia de atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37. jan./dez., 2008.

YAZBEK, M. C. A política social brasileira nos anos 90: refilantropização da questão social. **Cadernos da ABONG**, São Paulo, n. 11, out. de 1995.

YAZBEK, M. C. **O significado sócio-histórico do Serviço Social**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. – Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

APÊNDICE A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEP/UFJF)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O trabalho do/a assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora (MG)

Pesquisador: VANISSE BERNARDES BEDIM

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43180721.6.0000.5147

Instituição Proponente: Programa de Mestrado em Serviço Social UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.726.893

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. A coleta de dados será realizada mediante entrevista semiestruturada, de forma individual, pela plataforma Google Meet, sendo esta gravada para posterior transcrição. Serão entrevistados/as os/as assistentes sociais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. A cidade conta com cinco destes dispositivos: Centro de Atenção Psicossocial Liberdade (CAPS II), localizado na R. Melo Franco, 11 - São Mateus; Centro de Atenção Psicossocial Leste (CAPS II), localizado na R. Mal. Floriano Peixoto, 748 - Centro; Centro de Atenção Psicossocial Casa Viva (CAPS III) localizado na R. Antônio José Martins, 100 - Morro da Glória; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad III) localizado na R. Silva Jardim, 430 - Centro e, Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij) localizado na Praça Dr. João Tostes, 240 - Bom Pastor. No que tange o quantitativo de assistentes sociais a serem entrevistadas/os, identifica-se que temos uma amostra de 11 (onze) profissionais que estão em exercício de suas funções nos referidos dispositivos".

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Analisar criticamente o trabalho profissional de assistentes sociais nos processos de trabalho de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial

Endereço:	JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP:	36.036-900
Bairro:	SAO PEDRO	UF:	MG
Município:	JUIZ DE FORA	Telefone:	(32)2102-3788
		Fax:	(32)1102-3788
		E-mail:	cep.propesq@ufjf.edu.br

Página 01 de 05

Continuação do Parecer: 4.728.893

- CAPS da cidade de Juiz de Fora – MG.”.

“Objetivo Secundário: Elaborar o perfil dos/as profissionais de Serviço Social que estão inseridos/as nos CAPS em Juiz de Fora/MG; Conhecer e problematizar as atividades/ações que os/as profissionais de Serviço Social realizam nos CAPS de Juiz de Fora/MG; Identificar quais as condições éticas e técnicas do trabalho profissional no contexto dos processos de trabalho destes espaços sócio-ocupacionais.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

“A Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, afirma que “toda pesquisa com seres humanos envolve riscos.” No entanto, os riscos aos/as participantes envolvidos/as nesta pesquisa consistem em riscos mínimos, como riscos de origem psicológica, intelectual ou emocional, com possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; estresse; cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas. Também há um risco comum a todas as pesquisas com seres humanos, que trata-se do risco de quebra de sigilo. Desse modo, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, pode ocorrer no momento da publicização dos dados, pois embora a identidade dos/as participantes não seja revelada - uma vez que utilizaremos de estratégias de anonimato - não há garantia plena de que estes/as não possam ser em algum momento identificados/as por indução. A pesquisa será fundamentada em fatos científicos e será realizada somente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dessa forma, todos/as os/as participantes terão sua autonomia e sua dignidade respeitadas, priorizando sua liberdade de se recusar a participar ou de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Ainda conforme a Resolução 466/2012, também serão respeitados os referenciais bioéticos de não maleficência, beneficência, justiça e equidade, prevalecendo os benefícios e o bem-estar dos/as participantes em detrimento dos riscos mínimos.

Os resultados encontrados na pesquisa poderão ser comunicados às autoridades quando necessário e apresentados em eventos científicos, respeitando-se sempre a não identificação dos/as participantes envolvidos/as. Ressalta-se que a pesquisa não traz nenhum benefício imediato aos/as participantes, sendo que estes/as contribuirão com o processo de conhecimento acadêmico-científico sobre o trabalho profissional dos/as assistentes sociais no campo saúde mental, especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial. Ademais, quando se trata da associação entre trabalho profissional e saúde mental, torna-se imperioso desvelar esse campo inserido na Política de Saúde Mental para debater acerca de limites e possibilidades profissionais e fomentar discussões que atentem para processo de trabalho ao qual os/as profissionais estão.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N**Bairro:** SAO PEDRO**CEP:** 36.000-900**UF:** MG**Município:** JUIZ DE FORA**Telefone:** (32)2102-3788**Fax:** (32)2102-3788**E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 4.726.893

submetidos cotidianamente".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ECLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV letra b, IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Em acolhimento às medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) e a de priorizar a saúde da comunidade com o distanciamento social, (medida considerada a mais eficiente para frear a propagação do coronavírus e a disseminação da pandemia de Covid19), apresentará a(s) declaração(ões) de concordância e infraestrutura e a Folha de Rosto posteriormente, comprometendo-se em declaração de próprio punho a encaminhar ao CEP, por NOTIFICAÇÃO, o(s) documento(s) com as devidas assinaturas assim que a presente situação voltar à normalidade. Conforme autoriza a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em caráter excepcional, a dispensa de assinaturas nos documentos necessários à submissão de protocolos de pesquisa junto a Plataforma Brasil durante esse período. Vale ressaltar que aprovação está sendo realizada mediante as recomendações da CONEP, que cada instituição têm autonomia de consentir ou não na realização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Barro: SAO PEDRO	
UF: MG	Municipio: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)2102-3788
	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 4.726.893

norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: agosto de 2021.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1702663.pdf	20/05/2021 22:54:50		Aceito
Outros	pendencia_.pdf	20/05/2021 22:20:01	VANISSE BERNARDES BEDIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_UFJF.pdf	20/05/2021 22:11:23	VANISSE BERNARDES BEDIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_UFJF.pdf	20/05/2021 22:10:46	VANISSE BERNARDES BEDIM	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4690487.pdf	20/05/2021 22:07:48	VANISSE BERNARDES BEDIM	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_CAPSHU.pdf	05/04/2021 16:56:54	VANISSE BERNARDES BEDIM	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_DESM.pdf	05/04/2021 16:56:32	VANISSE BERNARDES BEDIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_assinado.pdf	05/04/2021 16:55:08	VANISSE BERNARDES BEDIM	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	12/02/2021 19:19:57	VANISSE BERNARDES BEDIM	Aceito
Outros	declaracao.pdf	12/02/2021 19:05:43	VANISSE BERNARDES BEDIM	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.726.993

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	12/02/2021 19:03:44	VANISSE BERNARDES BEDIM	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 21 de Maio de 2021

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "O trabalho do/a assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora (MG)". Nesta pesquisa pretendemos analisar criticamente o trabalho profissional de assistentes sociais nos processos de trabalho de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS da cidade de Juiz de Fora - MG. Buscamos identificar como se dá a concretização da intervenção das/os assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora - MG, como esses profissionais atuam e materializam seu trabalho, formalizam suas ações e sobre quais fundamentos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo baseiam suas intervenções. Entendendo também que existe um mercado de trabalho crescente nessa área, desde o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental. A presente pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, curso de mestrado, modalidade stricto sensu, cujos resultados são de interesse acadêmico-científico.

Caso você concorde em participar, será realizada uma entrevista semiestruturada, que conterá um roteiro de questões sobre identidade de gênero; idade; escolaridade; raça/cor; local de moradia, estado civil, formação profissional; experiência profissional; remuneração; principais atividades desenvolvidas pelo assistente social na instituição; autonomia profissional; participação em movimentos sociais e conselhos de direitos e de políticas; se possui condições éticas e técnicas de trabalho, como sala para atendimento, instrumentos e recursos para a realização do trabalho.

Sua participação nesta pesquisa consistirá numa entrevista, que será realizada de forma individual na plataforma Google Meet, também será gravada, com posterior transcrição e análise dos dados obtidos. Salienta-se que será garantido o sigilo quanto à sua identidade, sendo utilizado códigos numéricos para devida preservação do anonimato.

A Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, afirma que "toda pesquisa com seres humanos envolve riscos." No entanto, os riscos aos/as participantes envolvidos/as nesta pesquisa consistem em riscos mínimos, como riscos de origem psicológica, intelectual ou emocional, com possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; estresse; cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas. Também há um risco comum a todas as pesquisas com seres humanos, que trata-se do risco de quebra de sigilo. Desse modo, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, pode ocorrer no momento da publicização dos dados, pois embora a identidade dos/as participantes não seja revelada - uma vez que utilizaremos de estratégias de anonimato - não há garantia plena de que estes/as não possam ser em algum momento identificados/as por indução.

Ainda conforme a Resolução 466/2012, também serão respeitados os referenciais bioéticos de não maleficência, beneficência, justiça e equidade, prevalecendo os benefícios e o bem-estar dos/as participantes em detrimento dos riscos mínimos.

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à

proteção dos participantes da pesquisa do Brasil. Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos dessa pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36056-900

Fone: (32) 2102-3760 / E-mail: cap.propesq@ufjf.edu.br

Essa pesquisa não traz benefício direto para o pesquisador ou para o entrevistado. Todas as informações obtidas serão de caráter confidencial.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a) pela pesquisadora, que tratará sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos.

Decorrido este tempo, a pesquisadora avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente.

Este Termo de Consentimento, via formulário eletrônico Google Forms, terá uma cópia da sua resposta enviada para o endereço de e-mail fornecido, como também terá uma cópia que será arquivada pela pesquisadora responsável.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2021.

Ao clicar na opção abaixo, você declara que leu e compreendeu as informações acima e que concorda em participar da pesquisa. Se você não quiser participar, basta fechar essa página.

Assinatura da Pesquisadora

Nome do Pesquisador Responsável: Vanisse Bernardes Bedim
Campus Universitário da UFJF
Faculdade de Serviço Social / Programa de Pós-Graduação em Serviço Social / Universidade Federal de Juiz de Fora
CEP: 36036-900
Fone: (32) 98824-6102
E-mail: vanissebbedim@gmail.com

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil. Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Centro Universitário da UFJF

Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102-3788 / E-mail: cep.propeso@ufjf.edu.br

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DA ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO – VIA GOOGLE MEET

1. Qual sua expressão de gênero? () Masculino () Feminino Outro_____
2. Idade: _____ anos
3. Raça/etnia
() branco () amarelo () preto () pardo () indígena
4. Qual o seu estado civil:
() Solteiro(a) () Casado(a)/União consensual
() Separado/Divorciado(a) () Viúvo(a)

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

5. Em qual instituição você se formou? _____
6. Qual o ano de conclusão do curso? _____
7. Qual a modalidade da formação?
() Modalidade Presencial () Modalidade a distância
8. Você possui outra formação?
() Não () Sim. Qual?
9. Possui pós-graduação? () Sim () Não Qual?
() Especialização () Concluído () Em curso
() Residência () Concluído () Em curso
() Mestrado () Concluído () Em curso
() Doutorado () Concluído () Em curso
10. Você **possuiu** outro vínculo empregatício enquanto assistente social? _____. Em quais instituições? _____
11. Participe de movimentos sociais, conselhos de direitos e de políticas, representando a área de saúde mental ou a categoria profissional?
() Sim. Quais? () CRESS () Sindicatos () ABEPSS () Outros
() Não
12. Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? _____
13. Qual a natureza da instituição/organização?

() Pública () Privada () Terceiro Setor

14. Sobre a Reforma Psiquiátrica e a constituição histórica da saúde mental, você teve essa apropriação teórica antes de se inserir no CAPS?

SOBRE O SERVIÇO...

15. Abrangência territorial/populacional do CAPS que você atua, regiões que atende.

16. Modalidade do CAPS

() CAPS I, II, III ou IV () específico

17. Gestão do serviço? () municipal () estadual () federal

18. Qual a formação profissional do gestor/a do serviço?

19. Quanto à coordenação do serviço, qual a sua formação profissional?

20. Instância imediata de subordinação (hierarquia).

21. Composição da equipe técnica.

22. Há trabalho multidisciplinar nesta instituição? Se sim, quais atividades desempenhadas?

() Sim

() Não

23. Qual ou quais as formas de contratação da equipe profissional?

() Voluntariado () CLT () RPA () Celetista () Terceirizados

() Outros _____

24. Qual o seu tipo de vínculo empregatício nesta instituição/organização?

() Concurso público () Cargo de confiança

() CLT/prazo indeterminado () Autônomo

() CLT/contrato temporário () Voluntário () Sem contrato formal () Outro:

25. Qual a titulação do seu cargo? () Assistente Social () Outros

Especifique: _____

26. Qual o seu salário/remuneração mensal bruta?

() Sem remuneração () acima de 5 até 6 SM

() 1 até 2 SM () acima de 7 até 9 SM

() acima de 2 até 3 SM () acima de 9 até 10 SM

() acima de 3 até 4 SM () mais de 10 SM

() acima de 4 até 5 SM

27. Quais desses direitos você possui:

- () Férias remunerada
- () Décimo terceiro salário
- () Licença maternidade
- () Vale-transporte
- () Tíquete alimentação
- () Seguro de vida
- () Assistência médico/hospitalar
- () Outros: _____
- () Nenhum

28. Há atraso no pagamento? () Sim () Não

Caso positivo responda:

() máximo de uma semana () 2 a 3 semanas () 1 mês ou mais

29. Qual a carga horária semanal?

() 12 h () 20 h () 30 h () 40 h () 44 h () outra _____

30. Há plano de carreira?

SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO...

31. Você considera que há sobrecarga de trabalho? () Sim () Não

32. Atualmente você possui mais de um emprego como Assistente social? () Sim () Não. Se sim, quantos? _____ Em qual outra instituição? _____

33. Você possui liberdade de planejar e executar suas ações, considera ter autonomia relativa? () Sim () Não

34. Possui sala de atendimento que assegure o sigilo profissional? () Sim () Não

35. - Possui equipamentos (comput., livros, tel., etc.) disponíveis para o seu uso?
() Sim () Não

36. A instituição/organização autoriza/fomenta sua participação em cursos, palestras, simpósios, congressos, conferências ou seminários? () Sim () Não

37. Você recebe subsídios ou financiamento para participar desses eventos? () Sim () Não.
Por quê? _____

38. Qual objeto do trabalho profissional e qual seu objetivo?

39. Quais as principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social na instituição?
(Competências e AP)

40. Principais instrumentos de trabalho utilizados (linguagem, entrevista, grupo, VD, relatório)
41. Você considera importante a inserção do assistente social na saúde mental e identifica relação da Política de Saúde Mental com o Projeto Ético-Político?
42. Como CEP se concretiza nesse espaço sócio-ocupacional?
43. Referencial teórico para embasamento do trabalho.
44. Quais limites/possibilidades você identifica do Serviço Social na instituição?
-
-

45. Você tem procurado outras alternativas de trabalho? () Sim () Não
Por quê? _____

46. Você já se afastou ou conhece algum profissional que esteve (está) em auxílio-doença em decorrência do exercício laboral?
47. Considerando o atual contexto de pandemia provocado pela COVID-19, você considera que houve/há impactos no seu processo de trabalho?
() Não
() Sim. Como foi superado?

48. Faça a análise geral de sua atual condição de trabalho:

ANEXO 1 – MATERIA DE JORNAL - CAPSad III

16/02/2022 19:42 SINERPU-JF = Para não adoecer, servidores do CAPS AD III pedem mudanças no sistema de trabalho



Notícias

Para não adoecer, servidores do CAPS AD III pedem mudanças no sistema de trabalho

Com o apoio da Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Juiz de Fora (SINERPU-JF), servidores do CAPS AD III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III) estiveram na unidade uma vez que ao mesmo tempo que resume o estado de espírito dos trabalhadores é um pedido de socorro: "Saúde Mental: Reabilitando Usuários, Adoecendo Profissionais". Os servidores estão no limite e pedem mudanças no sistema de trabalho. Segundo eles, ouvidos pelo Sindicato na tarde desta segunda-feira (17) de agosto, a demanda de atendimento é muito grande, há uma sobrecarga de atividades que gera um alto nível de estresse e riscos. O resultado é que nos últimos dois anos não menos que 24 profissionais adoeceram (e foram afastados) ou pediram transferência da unidade. Ao que ficaram não querem seguir o mesmo caminho e reclamaram à Secretaria Municipal de Saúde algo simples, que pode ser a solução: trabalhar no sistema de plantão, no regime de 24 por 36 horas.

Os argumentos para essa reivindicação são fortes: em regime de plantão forma-se uma equipe multiprofissional (com psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais), que, por definição da própria criação dos CAPS, é o sistema ideal. O jeito que funciona hoje nem sempre, nas 24 horas diárias de funcionamento da unidade, é possível encontrar os quatro tipos de profissionais.

A diretora de Saúde do SINERPU-JF, Déise da Silva Madeira, participou do protesto e lembrou que dia 22 de fevereiro o Sindicato iluminou a disposição dos servidores: "Já solicitamos ao secretário municipal de Saúde uma reunião e vamos entregar a ele um documento, elaborado pelos servidores com as reivindicações de sete. Entendemos que esse sistema de plantão reivindica também benefícios para todos, os trabalhadores, os usuários e o próprio sistema. É nôrdico o desgaste de todos como o modelo atual", afirmou a sindicalista.