

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

KETLYN LESSA DO NASCIMENTO

Nos bastidores do cuidado:  
o trabalho do(a) Assistente Social no CAPS AD de Araguari-  
MG

Franca  
2025

N244n Nascimento, Ketlyn Lessa do  
Nos bastidores do cuidado : o trabalho do(a) Assistente Social no  
CAPS AD de Araguari-MG / Ketlyn Lessa do Nascimento. -- Franca,  
2025  
133 p.  
  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca  
Orientadora: Profª Drª Nayara Hakime Dutra  
  
1. Serviço social. 2. trabalho profissional. 3. saúde mental. 4.  
drogas. I. Título.

KETLYN LESSA DO NASCIMENTO

Nos bastidores do cuidado:  
o trabalho do(a) Assistente Social no CAPS AD de Araguari-  
MG

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Ciências Humanas e Sociais da Universidade  
Estadual Paulista (UNESP), para obtenção do  
título de Mestre em Serviço Social.

Área de Concentração: Serviço Social:  
Trabalho e Sociedade

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Formação e  
Trabalho Profissional.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nayara Hakime Dutra.

Franca

2025

KETLYN LESSA DO NASCIMENTO

Nos bastidores do cuidado:  
o trabalho do(a) Assistente Social no CAPS AD de Araguari-  
MG

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Ciências Humanas e Sociais da Universidade  
Estadual Paulista (UNESP), para obtenção do  
título de Mestre em Serviço Social.

Área de Concentração: Serviço Social:  
Trabalho e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Formação e  
Trabalho Profissional.

Franca, 19 nov. 2025.

Banca Examinadora:

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nayara Hakime Dutra.  
UNESP - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Campus Franca.

---

2º membro: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Giaqueto Jacinto  
UNESP – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Campus Franca.

---

1º. Membro Externo à UNESP: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Tathiana Meyre da Silva Gomes  
UFF - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional.

Dedico este trabalho à minha mãe, Lúcia, com todo o meu amor e gratidão, por ser meu porto seguro, minha força e minha maior inspiração.

## AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi uma caminhada repleta de desafios, aprendizados e, sobretudo, de muito apoio e amor. Nenhum passo teria sido possível sem as pessoas que estiveram ao meu lado ao longo deste percurso.

À minha mãe, Lúcia, minha maior referência de força, resiliência e amor. Agradeço por nunca medir esforços para me apoiar, por acreditar nos meus projetos mesmo quando pareciam distantes e por ser meu porto seguro em todos os momentos. Este trabalho também é fruto do seu exemplo, coragem e dedicação.

À minha irmã, Evellyn, e à minha sobrinha, Maitê, que enchem minha vida de afeto e alegria. A presença de vocês me lembra diariamente da importância dos vínculos familiares, que me fortalecem e me dão coragem para seguir mesmo diante das dificuldades.

Ao meu namorado, Thiago, pela paciência, pelo incentivo constante e por segurar minha mão até nos momentos em que eu mesma duvidava da minha capacidade. Obrigada por acreditar em mim nos dias mais difíceis e por comemorar comigo cada pequena conquista.

À minha fiel companheira de quatro patas, minha cachorrinha Amora, que há sete anos caminha comigo com lealdade e carinho. Sua presença silenciosa e amorosa foi companhia constante nas longas noites de estudo e escrita, tornando cada etapa desta jornada mais leve.

À Oficina da Vida, meu local de trabalho, por ser espaço de aprendizado contínuo e inspiração, que me ensina diariamente a acreditar na potência do cuidado e da transformação social. Agradeço, de forma especial, pela compreensão e generosidade da equipe ao permitir meu afastamento nesses últimos meses, possibilitando a dedicação integral à finalização desta pesquisa. Registro minha gratidão a Lourdes, Eminéia, Luane, Nayara, Cíntia, Daniel, Valesca, Claudinha e Poly, pela compreensão, apoio e incentivo.

Às minhas companheiras de trabalho do HC-UFU, que compartilharam comigo tantos desafios do cotidiano profissional e, ao mesmo tempo, ofereceram apoio, companheirismo e palavras de incentivo fundamentais para que eu seguisse firme nesta trajetória.

À equipe do CAPS AD III – Milton de Lima Filho de Araguari, que me recebeu de forma tão acolhedora e esteve sempre disposta a colaborar com esta pesquisa. Meu reconhecimento especial à coordenadora de saúde mental Karine e aos assistentes sociais da instituição, que partilharam comigo os desafios e as conquistas de seu exercício profissional, tornando este estudo possível e enriquecedor.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP/Franca, que me proporcionou um espaço de crescimento intelectual e humano. Aqui encontrei não apenas

conhecimento, mas também companheirismo, desafios e aprendizados que levarei para além da vida acadêmica.

E, de maneira especial, à minha orientadora, Profa. Dra. Nayara, pela sensibilidade, rigor e dedicação. Agradeço pela paciência, pelas palavras de incentivo e por me mostrar, em cada etapa, que era possível ir além.

Estendo também meus agradecimentos às professoras Adriana e Tathiana, que participaram da banca de qualificação e, gentilmente, aceitaram o convite para compor novamente a banca de defesa, contribuindo com suas valiosas reflexões e sugestões para o aprimoramento deste trabalho.

Agradeço, ainda, às professoras Joana Darc e Andreia, que aceitaram o convite para atuarem como suplentes da banca de defesa.

A cada pessoa mencionada, e a tantas outras que, de alguma forma, contribuíram para que esta trajetória se concretizasse, deixo meu mais sincero agradecimento.

**“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”  
(Cora Coralina)**

## RESUMO

Esta dissertação tem como objeto de estudo o trabalho do(a) assistente social no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III – Milton de Lima Filho), em Araguari/MG. ~~Objetivo~~ **Objetivo** de refletir sobre sua atuação profissional, identificando desafios e potencialidades a partir da percepção dos próprios assistentes sociais. A pesquisa adota abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico do materialismo histórico-dialético. No Capítulo 1, discute-se os sentidos da categoria trabalho e suas transformações no contexto do capitalismo contemporâneo, destacando os processos de precarização e as implicações para o exercício profissional do assistente social, tensionado entre demandas institucionais e compromisso ético-político da profissão. O Capítulo 2 apresenta um resgate histórico da política de saúde mental e de atenção às drogas no Brasil, analisando avanços, contradições e disputas de projeto, com ênfase na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nos CAPS AD e nos Consultórios na Rua. Além disso, aborda a política municipal de saúde mental de Araguari/MG e caracteriza o CAPS AD III – Milton de Lima Filho como serviço estratégico para o cuidado em liberdade. O Capítulo 3 sistematiza a análise empírica sobre a atuação do assistente social no CAPS AD, evidenciando desafios institucionais e profissionais, condições de trabalho e potencialidades da prática na perspectiva da integralidade do cuidado, da defesa de direitos e da consolidação do paradigma psicossocial. Os resultados indicam que, embora o CAPS AD promova práticas emancipatórias e de redução de danos, a atuação profissional enfrenta contradições estruturais, como subfinanciamento, fragmentação da rede e perspectivas moralizantes e punitivas. Ainda assim, o Serviço Social reafirma seu papel ético-político na promoção da cidadania, liberdade e direitos humanos, fortalecendo a articulação entre usuários, familiares e serviços, e consolidando um cuidado integral, humanizado e territorializado. O estudo evidencia a relevância do assistente social na implementação de políticas de atenção psicossocial, inclusão social e redução de danos, destacando a importância de estratégias intersetoriais e do compromisso profissional para superar desafios institucionais e ampliar o acesso a direitos.

**Palavras-chave:** serviço social; trabalho profissional; saúde mental; drogas.

## ABSTRACT

This dissertation examines the work of the social worker at the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD III – Milton de Lima Filho) in Araguari/MG, aiming to reflect on professional practices and identify challenges and potentialities from the perspective of the social workers themselves. The study employs a qualitative approach, grounded in the theoretical-methodological framework of historical-dialectical materialism. Chapter 1 discusses the concept of work and its transformations within contemporary capitalism, highlighting processes of precarization and their implications for the social worker's professional practice, which is shaped by the tension between institutional demands and ethical-political commitment. Chapter 2 provides a historical overview of mental health and drug care policies in Brazil, analyzing progress, contradictions, and project disputes, with emphasis on the Psychosocial Care Network (RAPS), CAPS AD, and Street Clinics. Additionally, it addresses the municipal mental health policy in Araguari/MG and characterizes CAPS AD III – Milton de Lima Filho as a strategic service for community-based care. Chapter 3 presents the empirical analysis of social workers' activities at CAPS AD, highlighting institutional and professional challenges, working conditions, and the potential of their practice in promoting comprehensive care, defending rights, and consolidating the psychosocial care paradigm. The results indicate that, although CAPS AD promotes emancipatory and harm reduction practices, professional activity faces structural contradictions, such as underfunding, network fragmentation, and moralizing or punitive perspectives. Nevertheless, Social Work reaffirms its ethical-political role in promoting citizenship, freedom, and human rights, strengthening the coordination among users, families, and services, and consolidating comprehensive, humanized, and territorially grounded care. The study highlights the relevance of social workers in implementing psychosocial care policies, social inclusion, and harm reduction, emphasizing the importance of intersectoral strategies and professional commitment to overcome institutional challenges and expand access to rights.

**Keywords:** social work; professional work; mental health; drugs.

## **LISTA DE FIGURAS**

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1</b> – Colônia de Barbacena: o holocausto brasileiro em imagens..... | 43 |
| <b>Figura 2</b> – Dados demográficos referentes ao Censo 2022 .....             | 71 |

## LISTA DE QUADROS

|                   |                                                                             |    |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Quadro 1 -</b> | Comparação entre CAPS AD e Comunidades Terapêuticas .....                   | 56 |
| <b>Quadro 2 -</b> | Principais legislações e normativas relacionadas aos CAPS AD .....          | 65 |
| <b>Quadro 3 -</b> | Indicadores socioeconômicos e territoriais de Araguari-MG .....             | 71 |
| <b>Quadro 4 -</b> | Principais legislações que embasam a política de saúde em Araguari-MG ..... | 75 |
| <b>Quadro 5 -</b> | Equipamentos específicos de saúde mental em Araguari-MG .....               | 77 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|             |                                                    |
|-------------|----------------------------------------------------|
| AIDS        | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida             |
| AS          | Assistente Social                                  |
| CAPS        | Centro de Atenção Psicossocial                     |
| CAPS AD     | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas     |
| CAPS AD I   | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas I   |
| CAPS AD II  | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II  |
| CAPS AD III | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III |
| CAPS I      | Centro de Atenção Psicossocial I                   |
| CAPS II     | Centro de Atenção Psicossocial II                  |
| CAPS III    | Centro de Atenção Psicossocial III                 |
| CAPSi       | Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil      |
| CBAS        | Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais        |
| CEBES       | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde              |
| CFESS       | Conselho Federal de Serviço Social                 |
| CIT         | Comissão Intergestores Tripartite                  |
| CONAD       | Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas        |
| CPPII       | Centro Psiquiátrico Pedro II                       |
| CT          | Comunidade Terapêutica                             |
| DINSAM      | Divisão Nacional de Saúde Mental                   |
| EC 95       | Emenda Constitucional nº 95/2016                   |
| EBSERH      | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares        |
| ESF         | Equipe(s) de Saúde da Família                      |
| GM/MS       | Gabinete do Ministro da Saúde                      |
| HIV         | Vírus da Imunodeficiência Humana                   |
| IPEA        | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada           |
| MARE        | Ministério da Administração e Reforma do Estado    |
| MLA         | Movimento da Luta Antimanicomial                   |
| MS          | Ministério da Saúde                                |
| MTSM        | Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental        |
| NASF        | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                 |
| NOAS        | Norma Operacional de Assistência à Saúde           |

|        |                                                                           |
|--------|---------------------------------------------------------------------------|
| ONU    | Organização das Nações Unidas                                             |
| OS     | Organizações Sociais                                                      |
| OSCIP  | Organização da Sociedade Civil de Interesse Público                       |
| PIB    | Produto Interno Bruto                                                     |
| PNAB   | Política Nacional de Atenção Básica                                       |
| PNAD   | Política Nacional sobre Drogas                                            |
| PLANAD | Plano Nacional de Políticas sobre Drogas                                  |
| PTS    | Projeto Terapêutico Singular                                              |
| RAPS   | Rede de Atenção Psicossocial                                              |
| RD     | Redução de Danos                                                          |
| REME   | Revista de Saúde em Debate                                                |
| SAMU   | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência                                  |
| SAS/MS | Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde                  |
| SENAD  | Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas                             |
| SISNAD | Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas                       |
| SUAS   | Sistema Único de Assistência Social                                       |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                                    |
| UBS    | Unidade Básica de Saúde                                                   |
| UBSF   | Unidade Básica de Saúde da Família                                        |
| UPA    | Unidade de Pronto Atendimento                                             |
| PMDB   | Partido do Movimento Democrático Brasileiro                               |
| PT     | Partido dos Trabalhadores                                                 |
| CAE    | Centro de Apoio Especializado                                             |
| CEAAMI | Centro de Especialização de Atendimento e Acompanhamento Materno Infantil |
| PHAD   | Programa Humanizado de Atendimento Domiciliar                             |
| SAD    | Serviço de Atendimento Domiciliar                                         |

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                                                                                                                      | <b>12</b>  |
| <b>2 CAPÍTULO 2 - O TRABALHO E O SERVIÇO SOCIAL: FUNDAMENTOS E REFERENCIAIS</b>                                                                          | <b>18</b>  |
| <b>2.1 Os Sentidos do Trabalho e os Processos de Precarização no Contexto Brasileiro</b>                                                                 | <b>18</b>  |
| <b>2.2 Trabalho e Serviço Social: Entre a Precarização e o Compromisso com o Projeto Ético-Político</b>                                                  | <b>26</b>  |
| <b>3 CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO ÀS DROGAS NO BRASIL E EM ARAGUARI-MG</b>                                                           | <b>41</b>  |
| <b>3.1 A política de saúde mental no Brasil: Avanços, Contrarreformas e Disputas de Projetos</b>                                                         | <b>41</b>  |
| <b>3.2 Entre a proibição e o cuidado: a trajetória da política brasileira sobre drogas</b>                                                               | <b>49</b>  |
| <i>3.2.1 A Rede atenção psicossocial (RAPS): Uma Nova Abordagem de Cuidado</i>                                                                           | <i>59</i>  |
| <i>3.2.2 CAPS AD e os Consultórios de Rua</i>                                                                                                            | <i>62</i>  |
| <b>3.3 O município de Araguari-MG</b>                                                                                                                    | <b>69</b>  |
| <i>3.3.1 Contexto histórico e Perfil do Município</i>                                                                                                    | <i>69</i>  |
| <i>3.3.2 Política Municipal de Saúde Mental e a RAPS em Araguari-MG</i>                                                                                  | <i>73</i>  |
| <i>3.3.3 CAPS AD III - Milton de Lima Filho: Estrutura e Funcionamento</i>                                                                               | <i>78</i>  |
| <b>4 CAPÍTULO 3 – NOS BASTIDORES DO CUIDADO: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NO CAPS AD III - MILTON DE LIMA FILHO</b> | <b>85</b>  |
| <b>4.1 Desafios no Trabalho do Assistente Social no CAPS AD III – Milton de Lima Filho</b>                                                               | <b>85</b>  |
| <b>4.2 Potencialidades do Serviço Social no Atendimento a Usuários de Álcool e Drogas</b>                                                                | <b>95</b>  |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                                                                                                            | <b>109</b> |
| <b>_REFERÊNCIAS</b>                                                                                                                                      | <b>112</b> |
| <b>_APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>                                                                                   | <b>128</b> |
| <b>_APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b>                                                                                               | <b>129</b> |
| <b>_ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)</b>                                                                                           | <b>132</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como propósito investigar o trabalho desenvolvido por assistentes sociais no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) – Milton de Lima Filho, localizado no município de Araguari/MG. Busca-se compreender, a partir da percepção dos profissionais de Serviço Social, as possibilidades, os desafios e as contradições que permeiam a prática profissional no cotidiano desse dispositivo, articulando-a ao contexto contemporâneo brasileiro e à conformação das políticas públicas de saúde mental.

Nesse sentido, emergem algumas questões norteadoras: de que maneira as transformações do mundo do trabalho têm repercutido na prática profissional do Serviço Social? Como essa atuação se configura em um contexto marcado pela intensificação das políticas neoliberais, que aprofundam os processos de precarização das relações laborais e impõem restrições significativas à efetivação dos direitos sociais? De que forma a política de saúde mental e atenção ao álcool e outras drogas, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tem contribuído para a garantia de direitos e para a ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental? E, ainda, até que ponto a atuação desenvolvida no CAPS AD III – Milton de Lima Filho se aproxima de práticas que rompem com a lógica manicomial, fortalecendo a perspectiva do cuidado em liberdade?

A escolha pelo município de Araguari/MG como locus da pesquisa está diretamente vinculada à inserção profissional da pesquisadora no campo da saúde mental e ao interesse em aprofundar a compreensão sobre o trabalho do Serviço Social na atenção a usuários de álcool e outras drogas. O interesse nasce da necessidade de refletir sobre as possibilidades e desafios enfrentados no cotidiano desses espaços, articulando a prática profissional às transformações recentes nas políticas públicas — em especial na política de drogas — e aos impactos do avanço neoliberal sobre o processo de trabalho e o exercício profissional do assistente social. Essa perspectiva permite estabelecer uma interlocução entre prática profissional, organização do trabalho e efetivação das políticas sociais, situando o CAPS AD como campo privilegiado de investigação.

Este município, localizado na região do Triângulo Mineiro, integra a macrorregião de saúde do estado de Minas Gerais e apresenta especificidades territoriais, sociais e econômicas que impactam diretamente na organização da política pública de saúde. O CAPS AD III - Milton de Lima Filho configura-se, nesse cenário, como serviço estratégico no cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, sendo referência para a rede municipal e regional de atenção psicossocial. A centralidade desse dispositivo revela a relevância de refletir como se dá

a atuação do assistente social em seu interior, especialmente frente às demandas emergentes de uma população marcada por múltiplas vulnerabilidades sociais.

Ao longo do percurso no Programa de Pós-Graduação de mestrado da UNESP, as reflexões foram sendo construídas a partir das disciplinas cursadas, das experiências profissionais na área da saúde mental e das interlocuções estabelecidas com outras assistentes sociais atuantes nesse campo. Esses elementos contribuíram de forma significativa para o amadurecimento da perspectiva da pesquisadora em relação à temática. A compreensão da relevância desta investigação, entretanto, consolidou-se diante do atual contexto social brasileiro, marcado pelo progressivo enfraquecimento e pelas ofensivas contra as políticas públicas — especialmente aquelas voltadas à saúde mental. Tais políticas, fruto de intensas lutas e conquistas coletivas de diferentes movimentos sociais, encontram-se ameaçadas, o que revela a urgência de sua defesa e reafirma a importância de pesquisas comprometidas com a garantia de direitos e com a efetivação do cuidado em liberdade.

Assim, esta dissertação tem como objetivo geral refletir sobre o trabalho do(a) assistente social no espaço sócio-ocupacional do CAPS AD, considerando os desafios e as possibilidades que se apresentam no cotidiano da política de saúde mental. De modo específico, propõe-se a: refletir sobre as potencialidades e os limites da intervenção profissional dos(as) assistentes sociais, levando em conta as determinações históricas e estruturais que configuram o trabalho no contexto contemporâneo. Propõe-se também identificar e contextualizar as dificuldades enfrentadas por esses(as) profissionais no desenvolvimento de suas atividades cotidianas, especialmente diante dos processos de precarização do trabalho e das tensões entre as exigências institucionais e os princípios do projeto ético-político do Serviço Social. Além disso, busca-se examinar as estratégias construídas pelos(as) assistentes sociais diante das condições institucionais e organizacionais que atravessam sua prática, no âmbito das políticas públicas de saúde mental e atenção às drogas.

Esta pesquisa toma como referência a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária, o Projeto Ético-Político do Serviço Social e a legislação vigente sobre álcool e outras drogas, situando-os no contexto do capitalismo contemporâneo e das reconfigurações do mundo do trabalho. Os avanços conquistados a partir da Reforma Psiquiátrica apontam a importância do reconhecimento da necessidade de superação do modelo asilar e manicomial, historicamente excludente e segregador. Nesse processo, a implantação de serviços de saúde mental de caráter aberto e comunitário revelou-se fundamental para a constituição de uma rede de atenção articulada ao território, possibilitando o cuidado em liberdade e evitando o isolamento decorrente da internação em hospitais psiquiátricos.

O CAPS AD foi escolhido como lócus desta pesquisa por se constituir em um equipamento estratégico dentro da RAPS. Trata-se de um serviço substitutivo que se organiza a partir de um modelo de atenção comunitária, participativo e democrático, voltado ao cuidado de pessoas que apresentem demandas de saúde mental decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Sua centralidade decorre do papel de articular ações de cuidado territorializadas, promover a inserção social dos usuários e romper com práticas de caráter excludente historicamente associadas ao modelo manicomial.

A inserção do Serviço Social no campo da saúde mental remonta à década de 1950. A partir desse período, pode-se observar os caminhos de luta e de transformação da política de saúde brasileira, especialmente no âmbito da saúde mental, articulados às redefinições da própria profissão. Um marco desse processo foi o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, de caráter latino-americano, que buscou romper com o conservadorismo profissional da época, promovendo mudanças significativas nos planos teórico, político, metodológico, ideológico e cultural.

O(a) assistente social está inserido(a) na divisão sociotécnica do trabalho, atuando no âmbito do trabalho coletivo como trabalhador(a) assalariado(a), inscrito(a) no movimento mais amplo de produção e reprodução social no sistema capitalista. Nesse contexto, a presente pesquisa busca refletir o trabalho do(a) assistente social no CAPS AD III de Araguari/MG, a partir das percepções desses/as profissionais acerca das potencialidades e dos desafios que permeiam sua prática, bem como dos processos e das condições de trabalho a que estão submetidos/as no desempenho de suas funções técnicas no cotidiano institucional.

Para tanto, torna-se fundamental resgatar a trajetória da RAPS no município de Araguari/MG e, em especial, a história do CAPS AD local. Em 2006, o município incorporou o Programa de Redução de Danos à Secretaria Municipal de Saúde, por meio do serviço de saúde mental, implementando o Centro de Apoio ao Dependente Químico (CAD), que se constituiu como uma das primeiras iniciativas estruturadas voltadas ao cuidado de pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas. Posteriormente, em 2017, foi implantado o CAPS AD, ampliando e qualificando as ações de saúde mental nesse campo. Em agosto de 2022, o serviço foi expandido para a modalidade CAPS AD III, passando a ofertar atenção integral e contínua, com funcionamento em tempo integral, incluindo noites, finais de semana e feriados.

A metodologia adotada nesta pesquisa combinou procedimentos de pesquisa bibliográfica, documental e empírica, orientados pela abordagem qualitativa e fundamentados no materialismo histórico-dialético. Para a produção dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, compostas por perguntas abertas e fechadas, o que possibilitou à pesquisadora

apreender diferentes dimensões do objeto de estudo. Todas as entrevistas foram gravadas, com autorização dos participantes, e posteriormente transcritas para análise.

Optou-se pela abordagem qualitativa por entender que esta se mostra mais adequada para desvelar questionamentos, apreender dúvidas e produzir conhecimentos capazes de oferecer respostas ao objeto de estudo desta pesquisa. A pesquisa qualitativa, como destaca Minayo (2017, p. 21), “dedica-se ao universo dos significados, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, o que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis”.

Nessa mesma direção, Raichelis e Arregui (2021) ressaltam que compreender a realidade do trabalho do(a) assistente social em políticas públicas como a saúde mental exige considerar as condições concretas e os processos de precarização e intensificação do trabalho, dimensões que apenas uma abordagem qualitativa permite apreender em profundidade.

Foram convidados a participar da pesquisa os(as) assistentes sociais atuantes no CAPS AD III - Milton de Lima Filho do município de Araguari/MG, conforme já mencionado. Para a definição dos/as sujeitos/as da pesquisa, realizou-se, inicialmente, consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com o objetivo de verificar a existência do serviço de CAPS AD voltado ao atendimento de usuários/as de álcool e outras drogas no município. Em seguida, estabeleceu-se contato com a Coordenação de Saúde Mental de Araguari, a fim de apresentar a proposta de pesquisa, esclarecer seus objetivos e solicitar a devida autorização para sua realização, bem como para formalizar o convite aos(as) profissionais assistentes sociais vinculados ao serviço.

Os critérios de inclusão definidos para a pesquisa foram: ser assistente social, de ambos os sexos; possuir vínculo empregatício com o CAPS AD do município de Araguari/MG, independentemente do regime de contratação; aceitar participar de forma voluntária; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram realizadas duas entrevistas com assistentes sociais atuantes no CAPS AD III - Milton de Lima Filho. Quanto ao perfil dos/as participantes, ambos/as possuem formação em Serviço Social em instituições privadas, na modalidade semipresencial, e apresentam pós-graduação na área de Saúde Mental (concluída ou em andamento). Ingressaram no serviço em períodos distintos, por meio de concurso público e sob regime estatutário, com cargas horárias diferenciadas (30h e 40h semanais) e remuneração aproximada de três salários mínimos. Ressalta-se que, para fins de preservação da identidade, suas falas serão apresentadas ao longo do texto por meio das siglas **AS1** e **AS2**.

A recolha dos dados foi realizada no CAPS AD III - Milton de Lima Filho, em local previamente escolhido pelo/a entrevistado/a, de modo que se sentisse em ambiente confortável.

Para a condução das entrevistas semiestruturadas, elaborou-se um roteiro com questões abertas e fechadas conduzidas pela pesquisadora. Para sua realização, foram apresentados aos/as participantes os objetivos da pesquisa e o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE), cuja assinatura ocorreu no início da entrevista, assegurando que os/as participantes tivessem plena ciência do conteúdo antes de sua participação. Ressalta-se que os/as entrevistados/as foram orientados/as quanto ao direito de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP, por meio de parecer consubstanciado de Nº 7.784.825, sob o CAAE 89749125.0.0000.5408 emitido no sistema Plataforma Brasil, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, contou com documento de autorização expedido pela Coordenação de Saúde Mental do município de Araguari, possibilitando a realização do estudo no CAPS AD III.

Para a avaliação das informações obtidas nas entrevistas, utilizou-se a técnica de **análise de conteúdo**, entendida como um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento, aplicados a discursos diversificados, que possibilitam tanto o tratamento quantitativo, por meio de cálculos de frequência, quanto o qualitativo, pela identificação de estruturas e sentidos implícitos, configurando-se como uma hermenêutica controlada baseada na inferência (Bardin, 2011).

Complementando essa concepção, Franco (2018) enfatiza que a análise de conteúdo permite ao pesquisador ultrapassar a dimensão literal das falas, possibilitando apreender sentidos latentes, contradições e elementos simbólicos que atravessam o discurso, constituindo-se em recurso privilegiado para compreender a complexidade dos fenômenos sociais investigados.

Nessa etapa, foi realizada uma leitura atenta e minuciosa de cada entrevista, com o objetivo de apreender com precisão o sentido das falas dos/as participantes. Em seguida, procedeu-se à transcrição literal e criteriosa do material, assegurando a fidelidade ao que foi dito. Posteriormente, os conteúdos foram organizados por temas recorrentes, com a identificação de subtemas, de modo a subsidiar a apreciação dos resultados e a análise de cada eixo temático, permitindo a construção de uma compreensão integrada do conteúdo produzido.

Esta dissertação está organizada em três capítulos. E são eles:

**O Capítulo 1 – O Trabalho e o Serviço Social: Fundamentos e Referenciais** propõe uma reflexão sobre o trabalho enquanto categoria ontológica e histórica, evidenciando suas transformações no desenvolvimento do capitalismo, com ênfase no contexto brasileiro. Aborda

a precarização das relações laborais como expressão contemporânea da reconfiguração do capital, a qual repercute tanto nas condições de vida da classe trabalhadora quanto na intervenção profissional dos(as) assistentes sociais. Discute, ainda, a inserção da profissão na divisão social e técnica do trabalho, a condição assalariada como expressão das determinações sociais e a articulação com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, que reafirma o compromisso da categoria com a defesa dos direitos sociais, da equidade e da justiça social.

**O Capítulo 2 – Políticas de Saúde Mental e Atenção às Drogas no Brasil e em Araguari/MG** busca refletir sobre o processo histórico de constituição da política de saúde mental e da política sobre álcool e outras drogas no país, destacando os marcos normativos, as conquistas do movimento da Reforma Psiquiátrica e os desafios impostos pelas contrarreformas no contexto neoliberal. Discute a criação e o fortalecimento da RAPS, seus princípios e diretrizes, bem como os tensionamentos em torno da disputa entre o cuidado em liberdade e a lógica manicomial. Por fim, apresenta a política de saúde mental no município de Araguari, com ênfase na implantação e no funcionamento do CAPS AD III - Milton de Lima Filho enquanto serviço estratégico da rede de atenção.

**O Capítulo 3 – Nos Bastidores do Cuidado: Desafios e Potencialidades no trabalho dos(as) assistentes sociais no CAPS AD III - Milton de Lima Filho** apresenta a discussão empírica da pesquisa, construída a partir das entrevistas realizadas com os/as assistentes sociais da unidade. O capítulo contempla os principais desafios institucionais e profissionais enfrentados no exercício do Serviço Social no CAPS AD de Araguari, evidenciando as condições e processos de trabalho que permeiam o cotidiano desses(as) profissionais, e também discute as potencialidades da prática profissional, destacando as contribuições do Serviço Social no atendimento a usuários/as de álcool e outras drogas, especialmente no que se refere à defesa de direitos, à promoção da cidadania e à efetivação de estratégias de cuidado em liberdade.

O presente trabalho tem como propósito ampliar e fortalecer as discussões acerca da atuação profissional no CAPS AD, diante das mudanças recentes na política de saúde mental no Brasil, marcadas pelo desmonte das políticas públicas e pela precarização do trabalho decorrente do avanço do ideário neoliberal, sem, contudo, pretender esgotar o debate.

## **2 CAPÍTULO 2 - O TRABALHO E O SERVIÇO SOCIAL: FUNDAMENTOS E REFERENCIAIS**

A categoria trabalho constitui um eixo fundamental para a compreensão da organização social na modernidade, sobretudo no modo de produção capitalista. Para além de sua dimensão econômica, o trabalho assume um papel estruturante nas relações sociais, influenciando diretamente os modos de vida, as formas de sociabilidade e a inserção dos sujeitos na sociedade. No campo do Serviço Social, a análise da categoria trabalho não se apresenta apenas como uma exigência teórica, mas como um requisito para a apreensão crítica das mediações que conformam a prática profissional.

Neste capítulo, busca-se desenvolver uma reflexão acerca do trabalho enquanto categoria ontológica e histórica, evidenciando suas transformações ao longo do desenvolvimento do capitalismo, especialmente no contexto brasileiro, marcado por profundas desigualdades estruturais. A precarização das relações de trabalho será abordada como expressão contemporânea da reconfiguração do capital, que impacta não apenas as condições objetivas de vida da classe trabalhadora, mas também os processos de intervenção profissional dos(as) assistentes sociais.

Em um segundo momento, serão discutidas as inter-relações entre o Serviço Social e a categoria trabalho, reconhecendo que a profissão se insere na divisão social e técnica do trabalho, sendo atravessada pelas contradições próprias do sistema capitalista. Por fim, o capítulo refletirá a condição assalariada dos(as) assistentes sociais, compreendida não apenas como vínculo jurídico-formal, mas como expressão das determinações sociais que incidem sobre o significado social da profissão. A reflexão será articulada ao projeto ético-político do Serviço Social, que, mesmo diante das tendências de precarização, mantém o compromisso com a defesa dos direitos sociais, a equidade e a justiça social.

Ao longo do capítulo, pretende-se, portanto, lançar luz sobre os elementos centrais que situam o Serviço Social como uma prática inserida nas relações sociais do trabalho, tensionada pelas dinâmicas do capital, mas também orientada por um projeto profissional comprometido com a transformação social.

### **2.1 Os Sentidos do Trabalho e os Processos de Precarização no Contexto Brasileiro**

No contexto da sociabilidade capitalista, o trabalho assume papel central na constituição da vida humana, sendo elemento essencial tanto para a reprodução material da existência quanto

para a afirmação da identidade social dos sujeitos. Para além de sua função econômica — vinculada à obtenção dos meios de subsistência — o trabalho representa uma forma de mediação entre o indivíduo e a sociedade, possibilitando a expressão de suas capacidades, a participação ativa na vida social e a transformação do meio em que está inserido.

Conforme aponta Marx (2011), o trabalho é uma atividade vital por meio da qual o homem transforma a natureza e, ao fazê-lo, transforma a si mesmo, afirmando-se como ser social e histórico. Para o autor, o trabalho faz parte da essência do homem, sendo uma objetivação do seu ser — uma exteriorização de sua humanidade — que visa transformar a natureza a fim de satisfazer suas necessidades humanas. O que distingue o ser humano dos demais animais é justamente sua capacidade de realizar essa transformação de maneira consciente, criativa e intencional (Marx, 2011, p. 512).

Nesse sentido, o trabalho não se restringe a uma dimensão meramente produtiva, mas configura-se como um espaço de relações sociais, onde os sujeitos se constroem enquanto seres históricos, coletivos e dialéticos. A inserção no mercado de trabalho, seja em sua dimensão formal ou informal, é mediada por determinações sociais mais amplas e revela, muitas vezes, as desigualdades estruturais que permeiam a organização social capitalista. É a partir dessa inserção que os sujeitos passam a desempenhar papéis socialmente reconhecidos, compreendendo sua utilidade social e sua condição de pertencimento à coletividade. Assim, o trabalho não apenas estrutura a vida cotidiana, mas também é constitutivo da condição humana e da luta por direitos, dignidade e emancipação social.

Sob essa perspectiva, o trabalho ultrapassa sua função estritamente econômica, configurando-se como mediação essencial entre o sujeito e a totalidade social. Para Iamamoto (2009), o trabalho é o princípio organizador da vida social e elemento constitutivo da vida dos sujeitos, na medida em que define seus modos de inserção na sociedade, seus acessos a direitos e sua possibilidade de participação política.

Com o avanço das forças produtivas, abrem-se condições objetivas para a instituição da propriedade privada e, conseqüentemente, para a exploração do homem pelo homem. Nesse sentido, Marx e Engels (2008, p. 36) afirmam que a história de todas as sociedades que existiram até hoje é a história das lutas de classes, isto é, a exploração e a opressão entre grupos sociais são fenômenos históricos, presentes desde os primórdios da organização social:

A moderna sociedade burguesa, saída do declínio da sociedade feudal, não aboliu as oposições de classes. Apenas pôs novas classes, novas condições de opressão, novas configurações de luta, no lugar das antigas. A nossa época, a época da burguesia, distingue-se, contudo, por ter simplificado as oposições de classes. A sociedade toda cinde-se, cada vez mais, em dois grandes campos inimigos, em duas grandes classes

que directamente se enfrentam: burguesia e proletariado (Marx; Engels, 2008, p. 36-37).

No modo de produção capitalista, coexistem dois sujeitos principais nas relações de produção: os proprietários dos meios de produção e os trabalhadores que, privados desses meios, vendem sua força de trabalho e passam a ser assalariados. Essa força de trabalho é incorporada ao processo produtivo, junto aos meios de produção. Marx observa que “a riqueza das sociedades em que domina o modo de produção capitalista aparece como uma ‘imensa coleção de mercadorias’” (Marx, 2011, p. 45). Compreender o papel da mercadoria no sistema capitalista e seus efeitos sobre o trabalhador é fundamental para delinear a natureza do trabalho nesse sistema excludente, que constitui um exército industrial de reserva sempre disponível ao capital e extrai do trabalhador a mais-valia.

Marx (1867, p. 43) *apud* Antunes, 2009, aponta que “a relação social entre os homens [...] assume, aos seus olhos, a forma fantástica de uma relação entre coisas”, ao descrever o fenômeno do fetichismo da mercadoria. No capitalismo, a lógica mercantil se generaliza a ponto de ocultar as relações sociais de exploração, atribuindo à mercadoria um valor abstrato que não revela a força de trabalho nela contida.

A forma como o trabalho se manifesta no capitalismo revela uma inversão estrutural que tem implicações profundas para o trabalhador: sua força de trabalho, ao ser convertida em mercadoria, deixa de ser compreendida como expressão da sua criatividade e potência humana, tornando-se objeto de troca no mercado. Esse processo produz uma alienação fundamental, pois o trabalhador não apenas perde o controle sobre os meios de produção e os produtos do seu trabalho, mas também passa a se relacionar consigo mesmo como mercadoria. Marx (2017, p. 152) destaca que “a forma sob a qual aparece essa força de trabalho, no mercado, como mercadoria, contém em si todas as condições que a tornam, de fato, uma mercadoria”, indicando que essa transformação é constitutiva da sociabilidade capitalista.

Com o advento do modo de produção capitalista, ocorre uma profunda reconfiguração das relações sociais de trabalho, em que o processo de produção, antes centrado na criação de valores de uso por meio do intercâmbio entre ser humano e natureza, passa a se articular com o trabalho abstrato, isto é, com o trabalho assalariado mediado pela lógica da mercadoria e pela produção de mais-valia. Nessa perspectiva, conforme apresenta Lessa (1999), a atividade humana é convertida em trabalho abstrato na medida em que é incorporada pelo capital, assumindo a forma de mercadoria destinada à valorização do valor. Para o autor, “uma enorme quantidade de atividades humanas são convertidas em mercadorias [...] e, sob a forma do

assalariamento universal, são incorporadas pelo capital ao seu próprio processo de autovalorização” (Lessa, 1999, p. 25).

Essa subsunção real do trabalho ao capital marca o processo de alienação que atinge diretamente a classe trabalhadora, que passa a vender sua força de trabalho como única possibilidade concreta de sobrevivência. Antunes (2010, p. 11) destaca que essa condição de alienidade — que Marx também denomina estranhamento, dado que a ênfase é a pura negatividade — não se efetiva apenas no resultado da produção, na perda do objeto produzido, mas abrange também o próprio ato de produção, pois este já se efetiva no espaço mesmo da atividade produtiva alienada. Nesse sentido, “no estranhamento do objeto do trabalho só se resume o estranhamento, a alienação na atividade mesma do trabalho” (Marx *apud* Antunes, 2009, p. 152-153). O trabalho deixou de ser uma forma de humanização da vida para a maioria das pessoas, transformando-se, sobretudo nas últimas décadas, em uma das formas mais severas de expropriação e degradação humana (Antunes, 2009).

Aquilo que era uma finalidade básica do ser social – a busca de sua realização produtiva e reprodutiva no e pelo trabalho – transfigura - se e se transforma. O processo de trabalho converte em meio de subsistência e a força de trabalho se torna, como tudo, uma mercadoria especial, cuja finalidade vem a ser a criação de novas mercadorias objetivando a valorização do capital (Antunes, 2005, p. 69).

Reforçando essa perspectiva, Salazar e Pozolini (2023) argumentam que o trabalho, ao ser absorvido pela lógica do capital, perde progressivamente sua identidade e seu sentido originário. O processo produtivo passa a estar marcado por uma relação de alienação que distancia o trabalhador de sua própria atividade e do produto que cria. Assim, o valor de uso das mercadorias é subordinado à lógica da valorização do capital, o que reduz o caráter concreto e útil do trabalho, destacando sua dimensão abstrata e instrumental dentro da dinâmica de reprodução capitalista.

O capitalismo, ao longo da história, diversificou as formas de organização e de produção de mercadorias sempre que se viu compelido a lançar mão de dispositivos capazes de manter elevadas taxas de lucro para a burguesia. O binômio fordismo/taylorismo constituiu, durante grande parte do século XX, o padrão hegemônico de produção industrial. Nesse modelo, o processo de trabalho pautava-se na produção em massa, estruturada de maneira verticalizada e padronizada. Antunes (2009, p. 39) expressa que, o trabalhador passa a ser “apêndice da máquina-ferramenta”, o que favorece a extração exacerbada de seu sobre trabalho — e, por consequência, de sua mais-valia:

Esse processo produtivo caracterizou-se, portanto, pela mescla da produção em série fordista com o cronômetro taylorista, além da vigência de uma separação nítida entre elaboração e execução. Para o capital, tratava-se de apropriar-se do *savoir-faire* do trabalho, “suprimindo” a dimensão intelectual do trabalho operário, que era transferida para as esferas da gerência científica. A atividade de trabalho reduzia-se a uma ação mecânica e repetitiva (Antunes, 2009, p.39).

A organização do trabalho, nos moldes tayloristas, no âmbito da indústria automobilística, aliada à consolidação do modelo fordista, representou, ao longo de grande parte do século XX, a forma mais avançada de racionalização capitalista do processo produtivo. No entanto, conforme expõem autores como Antunes (2009) e Harvey (1992), foi entre o final dos anos 1960 e o início da década de 1970 que esse padrão produtivo começou a apresentar sinais de esgotamento estrutural, diante das contradições do modelo de acumulação vigente, da intensificação das lutas operárias e da emergência de uma crise no modo de regulação fordista-keynesiano.

Sob a lógica neoliberal, passou-se a defender que a retomada das taxas de crescimento econômico exigia a manutenção de um Estado forte no controle sobre a força de trabalho e na garantia da estabilidade monetária, ao mesmo tempo em que limitava sua intervenção na economia e nos investimentos sociais. Para tanto, foram implementadas diversas reformas fiscais e outras mudanças estruturais no âmbito econômico. De acordo com Souza (2020, p. 58-62) e Antunes (2019, p. 34-39), embora o discurso neoliberal defenda a redução do papel do Estado, na prática este se fortalece para assegurar a reprodução do capital e o controle social, o que resulta na intensificação da precarização do trabalho e no aprofundamento da desigualdade social.

Tentando reter seus traços constitutivos mais gerais, é possível dizer que o padrão de acumulação flexível articula um conjunto de elementos de continuidade e de descontinuidade que acabam por conformar algo relativamente distinto do padrão taylorista/ fordista de acumulação. Ele se fundamenta num padrão produtivo organizacional e tecnologicamente avançado, resultado da introdução de técnicas de gestão da força de trabalho próprias da fase informacional, bem como da introdução ampliada dos computadores no processo produtivo e de serviços. Desenvolve-se em uma estrutura produtiva mais flexível, recorrendo frequentemente à desconcentração produtiva, às empresas terceirizadas etc. Utiliza-se de novas técnicas de gestão da força de trabalho, do trabalho em equipe, das “células de produção”, dos “times de trabalho”, dos grupos “semiautônomos”, além de requerer, ao menos no plano discursivo, o “envolvimento participativo” dos trabalhadores, em verdade uma participação manipuladora e que preserva, na essência, as condições do trabalho alienado e estranhado. O “trabalho polivalente”, “multifuncional”, “qualificado”, combinado com uma estrutura mais horizontalizada e integrada entre diversas empresas, inclusive nas empresas terceirizadas, tem como finalidade a redução do tempo de trabalho. De fato, trata-se de um processo de organização do trabalho cuja finalidade essencial, real, é a intensificação das condições de exploração da força de trabalho (Antunes, 2009, p. 54 – 55).

A análise de Antunes (2009, p. 54-55) evidencia que o padrão de acumulação flexível, característico do capitalismo contemporâneo, representa uma reconfiguração do processo produtivo em relação ao modelo taylorista/fordista. Embora se apresente como inovação tecnológica e organizacional, apoiado na informatização, na descentralização produtiva e em novas formas de gestão, sua essência permanece voltada para a intensificação da exploração da força de trabalho.

A partir da década de 1990, os processos de reestruturação das formas de produção e dos modos de organização e gestão do trabalho consolidaram-se de maneira mais incisiva no Brasil, inserindo-se nas transformações estruturais do sistema capitalista ao final do século XX. A classe trabalhadora passou a sentir os impactos dessa reorganização produtiva não apenas nos espaços laborais, mas também em sua vida cotidiana. Como destaca Alves (2015, p. 7–38), esse fenômeno está associado ao surgimento de um “novo (e precário) mundo do trabalho” e à fragmentação da classe como condição objetiva da precarização. De modo semelhante, a lógica da reestruturação produtiva intensificou a exploração da força de trabalho, promovendo a desarticulação dos coletivos e enfraquecendo as formas de resistência sindical (Alves, 2009, p. 188–197).

O que conseguimos apreender é que a reestruturação capitalista no Brasil sob a era neoliberal constituiu, no decorrer da década passada, uma nova morfologia social de acumulação capitalista baseada na ‘lógica da redundância do trabalho vivo’ (instaurada, seja por meio de cortes de pessoal, seja por meio da contratação precária) (Alves, 2009, p. 196).

No cenário das crises políticas e econômicas que marcam o Brasil no século XXI, a classe trabalhadora experimenta de forma ainda mais aguda os desdobramentos da reestruturação produtiva iniciada nos anos 1990. As violações de direitos tornam-se cada vez mais evidentes, manifestando-se em múltiplas formas de precarização, como salários insuficientes, assédio moral, jornadas exaustivas e intensificação da terceirização em condições laborais degradantes. Orientadas pela lógica neoliberal, essas transformações acentuam a fragmentação e a vulnerabilidade social dos trabalhadores, reforçando mecanismos de exploração, opressão e subordinação que fragilizam sua capacidade de resistência coletiva.

Cavalcante e Prêdes (2010) destacam que a precarização das relações de trabalho se intensificou a partir da priorização das formas flexíveis de produção desenvolvidas a partir da década de 1970. Para eles, a globalização e reestruturação produtiva constituem processos interligados que, associados à contrarreforma do Estado, provocaram transformações profundas

na vida da classe trabalhadora, acentuando a precarização do trabalho e ampliando os níveis de vulnerabilidade social.

Os autores ainda ressaltam que essa realidade atinge indistintamente os diversos segmentos de trabalhadores, revelando que a precarização não se restringe ao setor privado, mas também afeta o trabalho do servidor público no Brasil. Nesse contexto, os(as) assistentes sociais — cuja inserção profissional ocorre majoritariamente no setor público — vivenciam de modo particular essas contradições, enfrentando a intensificação das demandas, a perda de direitos e a crescente instabilidade das condições de exercício profissional (Cavalcante; Prêdes, 2010).

Na realidade brasileira, a dinâmica de globalização e reestruturação produtiva assumiu contornos específicos, consolidando o que Braga (2012, p. 21) denomina de “fordismo periférico”. Trata-se de um sistema social estruturado pela articulação entre economias capitalistas centrais e periféricas, marcado pela mundialização das trocas mercantis e pela dependência estrutural das nações periféricas. No caso do Brasil, essa configuração expressa uma inserção subordinada na lógica do capital internacional, cujos desdobramentos incidem diretamente sobre a conformação do mercado de trabalho, a efetivação dos direitos sociais e a definição das políticas públicas, em especial aquelas vinculadas à Seguridade Social.

Raichelis (2013, p. 617) ainda destaca que:

No Brasil, antes mesmo da onda (neo)liberalizante dos ajustamentos estruturais, as diferentes formas de precarização do trabalho, os altos índices de subemprego e a informalidade da força de trabalho urbana e rural, bem como a ausência e a fragilidade do sistema de proteção social já se apresentavam como traços marcantes do capitalismo dependente brasileiro, na transição do trabalho escravo para o trabalho livre, contexto que desencadeia a questão social no país. O chamado fordismo à brasileira guarda importantes singularidades em relação ao fordismo “clássico”, caracterizando-se por um regime de trabalho com fraca proteção social e elevados índices de rotatividade da força de trabalho, derivados da informalidade e da precariedade estrutural do mercado de trabalho no Brasil (Raichelis, 2013, p.616-617).

Esse panorama reforça que a precarização do trabalho no Brasil não se restringe ao período recente das reformas neoliberais, mas constitui um elemento histórico do capitalismo dependente nacional. A persistência de elevados índices de informalidade, rotatividade e ausência de proteção social evidencia que a classe trabalhadora brasileira sempre esteve exposta a condições laborais instáveis e vulneráveis. Nesse sentido, a onda (neo)liberalizante iniciada nos anos 1990 não inaugura, mas intensifica e diversifica tais expressões, atualizando antigas formas de exploração em novas roupagens e impondo limites ainda maiores à efetivação de direitos sociais universais.

Franco e Druck (2009, p. 8) destacam seis indicadores para compreender o processo de precarização do trabalho no Brasil contemporâneo, os quais expressam as múltiplas dimensões das transformações nas relações laborais. O primeiro indicador refere-se à vulnerabilidade das formas de inserção no mercado de trabalho, marcada pela informalidade e pela ausência de vínculos estáveis. O segundo diz respeito à intensificação do trabalho e à ampliação da terceirização, processos que fragmentam a produção e diluem as responsabilidades patronais. O terceiro aponta para a insegurança nas condições de saúde e segurança do trabalhador, agravada pelas novas formas de organização laboral. Em quarto lugar, destaca-se a perda das identidades individuais e coletivas, evidenciando a desarticulação das subjetividades vinculadas ao trabalho. O quinto indicador remete à fragilização das organizações sindicais e coletivas, que enfraquece a capacidade de resistência e de negociação de direitos. Por fim, o sexto evidencia a condenação e o esvaziamento progressivo dos direitos trabalhistas historicamente conquistados, revelando o enfraquecimento das proteções sociais no contexto neoliberal (Franco; Druck, 2009, p. 8).

Essa realidade impõe desafios significativos ao Serviço Social, uma vez que a profissão se insere na divisão sociotécnica do trabalho enquanto trabalho assalariado, tensionado pelas contradições próprias da sociabilidade capitalista. Entretanto, como apontam Salazar e Pazolini (2023), o Serviço Social também se constitui como trabalho concreto, na medida em que mobiliza conhecimentos técnico-operativos e ético-políticos voltados à mediação das expressões da questão social e à construção de respostas profissionais comprometidas com a emancipação humana. Para as autoras, é justamente essa dupla determinação — como trabalho abstrato e trabalho concreto — que confere ao Serviço Social sua complexidade e potencialidade crítica na atualidade.

Essa dupla determinação é visível no cotidiano do CAPS AD III. Para AS2, “há dias em que o nosso trabalho parece só estatística, relatórios e números. Mas, ao mesmo tempo, é no contato com o usuário e a família que a gente percebe a potência da nossa intervenção, quando conseguimos articular direitos e cuidado”. Essa fala expressa, na prática, a tensão entre o trabalho abstrato - como mercadoria, reduzido a metas e registros - e o trabalho concreto - como mediação de direitos e emancipação (AS2, 2025).

Desse modo, reconhecer a precarização do trabalho como um traço estrutural do capitalismo dependente brasileiro possibilita compreender os limites e desafios que se colocam ao exercício profissional em um cenário atravessado por contradições históricas. Cavalcanti e Predes (2010) argumentam sobre a necessidade de reconhecer a relação intrínseca entre o surgimento do Serviço Social, o assalariamento dos(as) assistentes sociais e o papel

desempenhado pelas políticas sociais, entendidas como estratégias do Estado — capturado pela lógica do capital — para intervir nos conflitos e responder às expressões da questão social em determinados períodos históricos. Assim, a precarização do trabalho do(a) assistente social está vinculada à própria precariedade estrutural das políticas sociais desde sua gênese, uma vez que, ao atuar diretamente com essas políticas, o profissional também se torna parte desse processo de precarização.

Com base nessa reflexão, o próximo item abordará a relação entre trabalho e Serviço Social, salientando como a precarização incide sobre o exercício profissional e tensiona suas condições objetivas de atuação, ao mesmo tempo em que reafirma a relevância do Projeto Ético-Político como horizonte de resistência e de defesa intransigente dos direitos sociais.

## **2.2 Trabalho e Serviço Social: Entre a Precarização e o Compromisso com o Projeto Ético-Político**

A compreensão das transformações no mundo do trabalho constitui requisito vital para refletir sobre a inserção e o exercício profissional do(a) assistente social na contemporaneidade. As tendências de flexibilização, terceirização e intensificação da exploração, impulsionadas pela lógica neoliberal, afetam diretamente as condições de trabalho da categoria. Esses impactos, contudo, não se restringem à dimensão material, alcançando também os fundamentos ético-políticos da profissão, ao tensionar seu compromisso histórico com a defesa dos direitos sociais e com a construção de práticas emancipatórias.

Enquanto integrante da classe trabalhadora, o(a) assistente social é diretamente afetado(a) pelas transformações ocorridas no mundo do trabalho, que aprofundam a precarização das relações laborais e resultam na perda progressiva de direitos historicamente conquistados. Nesse contexto, o exercício profissional passa a ser marcado por condições de trabalho cada vez mais instáveis, pela redução de recursos destinados às políticas sociais e pela intensificação das demandas institucionais, comprometendo a qualidade dos serviços prestados e aumentando a vulnerabilidade dos trabalhadores.

Coadunando com o exposto, Raichelis (2011) ressalta que a precarização e a flexibilização do trabalho impactam diretamente o exercício profissional do(a) assistente social em distintos espaços institucionais. Segundo a autora, essa realidade se manifesta por meio da insegurança nos vínculos empregatícios, das formas precárias de contratação, da intensificação das demandas laborais, do aviltamento salarial e da pressão constante por produtividade e

resultados imediatos. Acrescem a estes fatores a ausência de perspectivas de carreira de longo prazo e a carência de políticas de capacitação continuada, elementos que aprofundam a instabilidade e afetam significativamente o cotidiano profissional. Desse modo, o trabalho do(a) assistente social reflete não apenas os efeitos da lógica neoliberal, mas também a ampliação da sobrecarga e do desgaste físico e emocional vivenciados na prática cotidiana, repercutindo de forma direta na saúde mental dos profissionais.

Essa conjuntura foi evidenciada nas entrevistas realizadas. Conforme relatou AS1, “a demanda é sempre maior do que a equipe consegue atender, e isso gera um desgaste enorme. Muitas vezes precisamos estender nossa jornada de trabalho” (AS1, 2025). Corroborando essa percepção, AS2 ressaltou que “muitas vezes saímos do trabalho exaustos e sem conseguir atender todas as demandas, o que gera frustração e aumenta a pressão emocional” (AS2, 2025). Esses relatos sinalizam que a precarização do trabalho não se restringe às estruturas institucionais, mas impacta de maneira direta o bem-estar e a saúde mental dos(as) assistentes sociais.

Vicente (2015, p. 568) salienta que, ao analisar a inserção do Serviço Social nos espaços contemporâneos de trabalho, é imprescindível concebê-lo como “uma especialização coletiva do trabalho”, que atua igualmente na “(re)produção das relações sociais no capitalismo globalizado”. Nessa perspectiva, o Serviço Social consolida-se como uma profissão cujo significado social somente pode ser apreendido a partir da análise de sua inserção nas dinâmicas societárias. Em outras palavras, suas demandas, funções e atribuições adquirem sentido quando correlacionadas ao contexto sócio-histórico em que se desenvolvem. A concretização do exercício profissional é mediada pela realidade social vigente, de modo que a reflexão sobre a profissão exige a compreensão de seu caráter histórico, ontológico e político.

Isso significa dizer que uma profissão é compreendida como um produto histórico, adquirindo sentido e inteligibilidade na história da sociedade da qual é parte e expressão. De outro modo, ainda, uma profissão que se explica no movimento histórico, em um processo mais amplo e global (Santos; Iamamoto, 2022, p.7).

Yazbek (2020) ainda enfatiza que:

Ao afirmarmos o caráter histórico e político do Serviço Social que resulta de relações sociais, econômicas, políticas, culturais que moldam sua necessidade social, suas características e definem seus usuários, partimos da posição de que a profissão é uma construção histórica e contextualizada, situando-se nos processos de reprodução social da sociedade capitalista, sendo objeto de múltiplas determinações historicamente processadas (Yazbek, 2020, p. 295).

Yazbek (2020) aponta que o processo de reprodução da totalidade das relações sociais é complexo e dinâmico, abrangendo o novo, o diverso, o contraditório e o potencial de mudança. Para a autora, essa totalidade está em constante reelaboração, de modo que o mesmo movimento que sustenta a reprodução da sociedade de classes também engendra os conflitos dela decorrentes e as possibilidades de sua superação. Nessa mesma direção, Netto (2011, p. 67) enfatiza que a profissão não é neutra, pois está organicamente articulada à totalidade social e aos projetos políticos em disputa. Portanto, a compreensão crítica do Serviço Social implica reconhecer sua determinação histórico-social e seu compromisso ético-político com a transformação das condições de vida das classes subalternizadas.

Logo, o Serviço Social desenvolve-se sob uma dupla determinação: por um lado, como instrumento voltado à reprodução das condições necessárias ao capital; por outro, como resposta — em muitos casos preventiva — às pressões decorrentes da mobilização da classe trabalhadora, que reivindica o atendimento de necessidades sociais, individuais e coletivas, produzidas nas relações de produção e reprodução social. Netto (2005) sintetiza esse processo ao afirmar que:

O caminho da profissionalização do Serviço Social é, na verdade, o processo pelo qual seus agentes — ainda que desenvolvendo uma autorrepresentação e um discurso centrados na autonomia dos seus valores e da sua vontade — se inserem em atividades interventivas cuja dinâmica, organização, recursos e objetivos são determinados para além do seu controle. [...], o que [esse] deslocamento altera visceralmente, concretizando a ruptura, é, objetivamente, a condição do agente e o significado social de sua ação; o agente passa a inscrever-se numa relação de assalariamento e a significação social de seu fazer passa a ter um sentido novo na malha da reprodução das relações sociais. Em síntese: é com esse giro que o Serviço Social se constitui como profissão, inserindo-se no mercado de trabalho, com todas as consequências daí derivadas (principalmente com o seu agente tornando-se vendedor da sua força de trabalho) (Netto, 2005, p. 71–72).

Diante das tensões que atravessam o exercício profissional, especialmente a subordinação do(a) assistente social às determinações institucionais do trabalho, é crucial resgatar os fundamentos históricos que deram origem à profissão. Revisitar sua gênese possibilita compreendê-la como uma forma particular do trabalho social, constituída no interior da sociabilidade capitalista, momento em que o Estado amplia sua intervenção na mediação das expressões da questão social.

A institucionalização do Serviço Social está, portanto, diretamente articulada à ampliação do papel do Estado no processo de regulação social, conjuntura em que as múltiplas manifestações da questão social passam a ser incorporadas como objeto das políticas sociais, em uma tentativa de contenção das suas expressões mais agudas e de preservação da ordem

burguesa. De acordo com Behring (2009, p. 323), o Serviço Social, tanto no Brasil quanto em outros países, surge como parte de uma estratégia voltada à organização sistemática das respostas à questão social, buscando, de um lado, limitar o avanço das lutas operárias e, de outro, assegurar os elementos necessários à reprodução ampliada do capital no contexto do modelo fordista-keynesiano, consolidado no pós-Segunda Guerra Mundial

No caso brasileiro, a gênese da profissão está intrinsecamente ligada à conformação do Estado burguês e ao processo de modernização conservadora que marcou o início do século XX, sobretudo a partir da década de 1930. Nesse período, o país vivenciava uma transição econômica caracterizada pela substituição do modelo agrário-exportador pela intensificação da industrialização nos grandes centros urbanos, o que impulsionou o processo de urbanização e gerou novas demandas sociais, incorporadas de forma contraditória pelas políticas estatais.

Considerando esse quadro histórico, o Estado Novo, sob a liderança de Getúlio Vargas, viabilizou a criação de legislações trabalhistas e apoiou a constituição de instituições sociais orientadas por práticas paternalistas e assistencialistas. O Serviço Social, inserido nesse cenário, institucionaliza-se como parte integrante do aparato estatal, sendo, em sua origem, orientado por uma perspectiva conservadora e de base moral-religiosa, fortemente influenciada pela doutrina social da Igreja Católica<sup>1</sup>. A profissão passa a atuar como mediadora entre as demandas das classes subalternas e os interesses do Estado, consolidando-se como instrumento de gestão da questão social no processo de formação do Estado nacional e de consolidação das relações capitalistas no Brasil (Iamamoto, 2021).

É interessante notar que a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominantes. Por um lado, os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários, são pauta de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. Por outro, representam a busca de legitimidade das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis — como demonstra a expansão das políticas sociais no Brasil nos períodos de ditadura (1937-1945 e 1964-1984), que as instituem como tutela e favor: nada mais simbólico que a figura de Vargas como “pai dos pobres”, nos anos 1930 (Behring; Boschetti, 2011, p. 78).

---

<sup>1</sup> Embora a influência da Igreja Católica tenha sido determinante na conformação da identidade profissional do Serviço Social em sua origem, é o contexto socioeconômico do pós-Segunda Guerra Mundial — marcado pela intensificação da industrialização, pelo êxodo rural, pela urbanização acelerada e pelo crescimento das classes trabalhadoras urbanas, especialmente o operariado — que impulsiona a constituição de um campo de intervenção estatal voltado à reprodução social dessas camadas. Esse processo, ao demandar a criação de instituições sociais voltadas à mediação das expressões da questão social, possibilita a emergência e a consolidação do Serviço Social como profissão, vinculada à execução das políticas sociais públicas e integrada à lógica de regulação social do Estado (Raichelis, 2009, p. 445).

Como destacam Iamamoto e Carvalho (2020, p. 323), essas instituições “passam a desempenhar funções políticas, econômicas e ideológicas, vitais para a manutenção da dominação de classe”.

O processo de surgimento e desenvolvimento das grandes entidades assistenciais — estatais, autárquicas ou privadas — é também o processo de legitimação e institucionalização do Serviço Social. A profissão de Assistente Social apenas pode se consolidar e romper o estreito quadro de sua origem no bloco católico a partir e no mercado de trabalho que se abre com aquelas entidades. A partir desse momento só é possível pensar a profissão e seus agentes concretos — sua ação na reprodução das relações sociais de produção — englobados no âmbito das estruturas institucionais. O Assistente Social aparecerá como uma categoria de assalariados — quadros médios cuja principal instância mandatária será, direta ou indiretamente, o Estado. O significado social do Serviço Social pode ser apreendido globalmente apenas em sua relação com as políticas sociais do Estado, implementadas pelas entidades sociais e assistenciais (Iamamoto; Carvalho, 2020 p. 326).

A profissão consolidou-se em estreita vinculação com o surgimento das instituições sociais promovidas pelo Estado burguês, concebidas como mecanismos de regulação e contenção da classe trabalhadora. Nesse cenário, a prática profissional esteve associada à execução de serviços e benefícios voltados à reprodução da força de trabalho. A aliança histórica entre a Igreja Católica e a burguesia configurou a matriz conservadora da profissão, caracterizada por práticas de cunho moralizador e disciplinante. A intervenção social, sobretudo junto às famílias em situação de extrema pobreza, assumia feição socioeducativa e ideológica, orientada pela imposição de padrões de conduta que buscavam ajustar os sujeitos às diretrizes das classes dominantes.

O Serviço Social brasileiro, em parte de sua trajetória histórica, por uma série de condicionantes que ultrapassavam a intenção dos profissionais tomados isoladamente, negou sua dimensão política, embora sua intervenção tenha sido (e seja) orientada por pressupostos político-ideológicos e o produto de sua ação tenha contribuído (e contribua) para o fortalecimento de projetos políticos e relações de dominação (Barroco, 2022, p. 219).

Até o final da década de 1950, o Serviço Social manteve-se fortemente atrelado ao conservadorismo, condição que começa a ser tensionada nos anos 1960 em decorrência da progressiva erosão de suas bases tradicionais de legitimação. Os questionamentos iniciais a essa matriz conservadora surgiram sob a influência do movimento de Reconceituação do Serviço Social Latino-Americano<sup>2</sup> (1965-1975) e da aproximação inédita com a teoria social marxista.

---

<sup>2</sup> Segundo Netto (2017, p. 191), o movimento de reconceituação do Serviço Social esteve profundamente inserido no contexto sociopolítico latino-americano da década de 1960, sendo impulsionado pela necessidade de reavaliar o papel da profissão diante dos desafios impostos pelo subdesenvolvimento. Nesse processo, os assistentes sociais passaram a problematizar a funcionalidade de suas práticas frente às demandas concretas das populações, a

A partir dessas influências, o Serviço Social brasileiro adentrou o processo de Renovação Crítica, no qual a vertente de intenção rupturista assumiu papel central. Essa perspectiva foi decisiva para confrontar e superar o conservadorismo e o tradicionalismo que marcaram a profissão desde sua origem, abrindo caminho para a incorporação de referenciais teórico-metodológicos de caráter crítico. Ao mesmo tempo, lançou as bases para a formulação do Projeto Ético-Político<sup>3</sup> profissional, que se consolidaria como marco orientador da prática do Serviço Social no Brasil contemporâneo.

O processo de renovação do Serviço Social brasileiro impulsionou um novo modo de pensar e atuar dos(as) assistentes sociais. Esse movimento é apresentado por José Paulo Netto (2017, p. 138-139) como:

o conjunto de características novas, que no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendências do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de valorização teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais.

Iamamoto (2010, p. 205) corrobora as reflexões de Paulo Netto (2017) e oferece uma contribuição relevante para a análise do processo de reconceituação do Serviço Social, ao salientar que tal movimento se caracterizou pela “contestação ao tradicionalismo profissional”, implicando um “questionamento global da profissão: de seus fundamentos ideoteóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*”.

As décadas de 1970 e 1980 foram perpassadas por intensos movimentos e mobilizações sociais em escala global, protagonizados por organizações trabalhistas, movimentos estudantis e pela segunda onda do feminismo, entre outros. No Brasil, esse período coincidiu com a ditadura militar e com o avanço de uma política econômica de modernização conservadora, orientada pela industrialização de base pesada. Esse cenário impulsionou a expansão do

---

adequação dos métodos tradicionais às realidades nacionais e regionais, bem como a legitimidade das instituições representativas da categoria. Essa reflexão crítica foi atravessada por transformações políticas relevantes, como a crise dos pactos do pós-guerra, o surgimento de novos sujeitos políticos oriundos das classes subalternas, a influência da Revolução Cubana e as propostas reformistas como a Aliança para o Progresso. Esses elementos contribuíram para uma inflexão crítica na profissão, conduzida por segmentos de vanguarda que, ao questionarem os fundamentos tradicionais do Serviço Social, abriram espaço para sua renovação na América Latina.

<sup>3</sup> O Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro é um marco teórico e ético que orienta a profissão na perspectiva da transformação social, fundamentado em princípios como os direitos humanos, a justiça social e a crítica às desigualdades estruturais. Sua construção consolidou-se a partir da década de 1980, com destaque para a produção do Código de Ética Profissional de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/1993) e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996). Esse projeto é sustentado por uma matriz teórico-metodológica crítica, com base na tradição marxista, e busca articular teoria, prática e ética profissional. Autores como Beatriz Abramides, Valéria Forti, Yolanda Guerra, José Paulo Netto e Marcelo Braz têm contribuído significativamente para a análise e aprofundamento desse projeto, refletindo sobre sua aplicação na prática profissional contemporânea e os desafios impostos por contextos políticos e sociais adversos.

mercado de trabalho para profissionais do Serviço Social, com a criação de novos postos tanto no setor estatal quanto em empresas privadas, ampliando o campo de atuação da categoria.

Essa conjuntura inédita de inserção no mercado de trabalho, aliada à entrada da formação profissional no âmbito acadêmico, possibilitou a laicização<sup>4</sup> da profissão, bem como a necessidade de que o trabalho profissional se estruturasse em procedimentos racionais. (Netto, 2017, p. 162).

É evidente que a constituição desse profissional “moderno” exigia transformações profundas nos mecanismos de formação então vigentes, tarefa assumida, em grande medida, pela política educacional implementada durante a ditadura militar (Netto, 2017). As novas demandas oriundas do mercado de trabalho e da racionalidade estatal impuseram uma ampla refuncionalização das instituições de ensino, com o objetivo de romper definitivamente com os traços confessionais, paroquiais e provincianos que caracterizaram o surgimento e a fase inicial da formação em Serviço Social no Brasil. Essa reformulação não se restringiu ao conteúdo pedagógico, mas abrangeu também a expansão quantitativa das unidades formadoras, em consonância com o projeto de modernização conservadora em curso.

Diferentemente de outras profissões de nível superior, cuja formação acadêmica já possuía um lastro consolidado antes da ditadura militar, o Serviço Social adentrou o espaço universitário justamente durante o período de vigência da autocracia burguesa<sup>5</sup>. Não se tratou, portanto, de um mero ato formal ou jurídico, mas sim da efetiva incorporação da formação profissional ao circuito universitário, o que implicou profundas transformações nas condições de ensino (Netto, 2017).

Na esfera de conformação do perfil profissional, os efeitos desse processo revelaram-se múltiplos e ambíguos. De um lado, possibilitou institucionalmente a integração entre os conteúdos técnico-operacionais e os referenciais das ciências sociais, favorecendo o diálogo com campos como a sociologia, a psicologia social e a antropologia. Como destaca Netto (2017, p. 165), “é absolutamente inegável o aspecto positivo daí decorrente — principalmente se se leva em conta o fato, consensualmente reconhecido, da ausência de fortes tradições intelectuais

---

<sup>4</sup> Netto (2017), o autor analisa o processo de transformação do Serviço Social brasileiro, ressaltando a laicização como um elemento fundamental para a renovação da profissão. Segundo o autor, a ruptura com o confessionalismo foi crucial para o desenvolvimento de uma prática profissional mais crítica, comprometida com a defesa dos direitos sociais e a construção de uma atuação alinhada aos desafios históricos e políticos enfrentados pela categoria.

<sup>5</sup> O conceito de “autocracia burguesa” foi formulado por Florestan Fernandes na obra “A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica” (1975). O autor utiliza esse termo para caracterizar o controle político exercido pela burguesia no Estado brasileiro, que, embora se utilize de formas institucionais democráticas, impede a efetiva democratização da sociedade ao manter intactos os privilégios das classes dominantes.

e de investigação na formação profissional”. Concomitantemente, entretanto, essa mesma característica abriu um amplo espaço na formação para a assimilação de aspectos nocivos desse influxo — vinculados ao caráter tecnocrático e despolitizado que permeava determinadas abordagens das ciências sociais possíveis no contexto universitário sob a ditadura.

No âmbito do processo de reconceituação do Serviço Social no Brasil, Netto (2017) identifica três tendências que marcaram o período de renovação da profissão. A primeira direção se orienta por uma perspectiva modernizadora das concepções profissionais, configurando um esforço de adequação do Serviço Social — enquanto instrumento de intervenção inserido no arsenal de técnicas sociais — às exigências sociopolíticas emergentes no contexto do desenvolvimento capitalista pós-1964. Essa vertente alcança seu ponto culminante na segunda metade da década de 1960, tendo como principais expressões os documentos dos Seminários de Araxá (1967)<sup>6</sup> e Teresópolis (1970)<sup>7</sup>.

A segunda tendência consiste na reatualização do conservadorismo, que resgata elementos historicamente cristalizados na tradição conservadora da profissão, tanto no plano da (auto)representação quanto da prática profissional. Esses elementos são reformulados sobre uma base teórico-metodológica que se apresenta como inovadora, mas que, ao mesmo tempo, rejeita os fundamentos do positivismo clássico e também as influências do pensamento crítico-dialético, de matriz marxista.

Por fim, a terceira direção é representada pela perspectiva da intenção de ruptura, que se propõe a superar os fundamentos conservadores do Serviço Social tradicional. Essa vertente manifesta o objetivo explícito de romper tanto com a herança teórico-metodológica vinculada ao positivismo quanto com os paradigmas reformistas de intervenção social, buscando construir uma nova orientação crítica, vinculada aos interesses das classes trabalhadoras e à transformação das estruturas sociais.

---

<sup>6</sup> Os Seminários de Araxá, realizados em março de 1967, em Minas Gerais, foram promovidos pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS) e reuniram assistentes sociais com o objetivo de discutir a teorização da prática profissional. O resultado foi a produção do chamado “Documento de Araxá”, que propunha uma reorientação técnico-operativa da profissão, buscando adaptá-la às exigências do desenvolvimento nacional e ao planejamento estatal. Embora tenha representado um esforço de modernização, o evento manteve-se dentro dos limites da funcionalidade da profissão aos interesses do Estado e do empresariado, sem romper com os fundamentos conservadores do Serviço Social tradicional.

<sup>7</sup> Realizado em 1970, o Seminário de Teresópolis deu continuidade ao processo de teorização da prática profissional iniciado em Araxá. Organizado também pelo CBCISS, o evento buscou avançar na consolidação de um modelo de intervenção técnico-operativo mais ajustado às demandas do desenvolvimento capitalista e da modernização do Estado. Apesar de apresentar certa preocupação com a realidade social brasileira, o documento resultante do seminário permaneceu preso a uma perspectiva funcionalista e reformista, ainda distante de uma ruptura efetiva com o conservadorismo profissional vigente.

De fato, os vetores erosivos que, no Serviço Social, operavam contra o tradicionalismo desde o fim da década de 1950 sinalizavam que a profissão começava a ser permeada por rebatimentos das lutas sociais que apontavam para a problematização do conservadorismo que, inscrito já na sua implantação como prática institucionalizada no país (a partir de meados dos anos 1930), parecia constituir o seu caráter congênito e imutável. Contextualizado no curso da democratização da sociedade e do Estado brasileiros, que na entrada dos anos sessenta registrou uma precipitação no seu ritmo, o Serviço Social — de forma visível, pela primeira vez — vulnerabilizava-se a vontades sociais (de classe) que indicavam a criação, no marco profissional, de núcleos capazes de intervir no sentido de vinculá-lo a projeções societárias pertinentes às classes exploradas e subalternas (Netto, 2017, p. 326).

É nesse contexto que se desenvolve o processo de renovação do Serviço Social, o qual estabelece as balizas histórico-sociais e ideoculturais que permitiram à profissão vivenciar as mais profundas transformações desde sua origem no Brasil. A reconceituação do Serviço Social na América Latina, e particularmente no Brasil, não se desenvolveu de forma isolada, mas em consonância com as lutas políticas e sociais mais amplas da região. Como destaca Netto, ao citar Faleiros, “a ruptura com o Serviço Social tradicional se inscreve na dinâmica de rompimento das amarras imperialistas, de luta pela libertação nacional e de transformações da estrutura capitalista excludente, concentradora, exploradora” (Faleiros, 1987, p. 51, *apud* Netto, 2017, p. 190).

Iamamoto (2017, p. 26) ainda complementa:

[...] de ascensão dos movimentos das classes sociais, das lutas em torno da elaboração e aprovação da Carta Constitucional de 1988 e da defesa do estado de direito, a categoria foi sendo socialmente questionada pela prática política de diferentes segmentos da sociedade civil e não ficou a reboque desses acontecimentos. O florescimento de um processo de lutas democráticas, cuja visibilidade no cenário político só se dá no último quartel da década de 1970, condiciona, fundamentalmente, o horizonte de preocupações emergentes no âmbito do Serviço Social com alterações nos campos do ensino, da pesquisa e da organização político-corporativa dos assistentes sociais. Revigora-se uma ampla e fecunda organização da categoria em suas bases sindicais, acadêmicas e profissionais.

O grupo que buscava romper com o conservadorismo presente no Serviço Social passou a se expandir de forma mais significativa a partir da crise da ditadura militar e do processo de abertura democrática, no final da década de 1970. No âmbito político-organizativo, o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS, realizado em 1979 na cidade de São Paulo, representou um marco no processo de ruptura com a tradição conservadora. Esse evento expressou uma nova compreensão da profissão, especialmente no que se refere à articulação entre o direito e a totalidade da vida social, ao reconhecimento da relação entre as lutas por direitos e as classes sociais, bem como ao movimento teórico, ético e político que passou a

orientar o Serviço Social na defesa e reivindicação de direitos no contexto das lutas sociais (Teixeira; Braz, 2009).

A tensão política entre os projetos profissionais revelou-se no momento em que, em face da emergência de diferentes projetos profissionais, surgiu uma oposição ao tradicionalismo profissional, ou seja, à vertente profissional praticamente hegemônica no Brasil até os anos 1960. Seu marco político é o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), de 1979,<sup>2</sup> que assinala uma ruptura ética e política que vem sendo mantida desde então pela hegemonia do projeto profissional — conhecido como projeto ético-político do Serviço Social brasileiro — caracterizado por sua oposição ao conservadorismo do Serviço Social, em suas formas tradicionais e reatualizadas (Barroco, 2022, p. 219).

A década de 1980 se destaca como um momento determinante na consolidação do projeto ético-político do Serviço Social<sup>8</sup>, caracterizando-se por avanços políticos, teóricos e éticos. No plano político, destaca-se a reorganização das entidades da categoria e o fortalecimento da articulação sindical. No campo teórico, a obra de Yamamoto e Carvalho (1982) representa um ponto de inflexão ao alicerçar, em bases marxistas, a análise do Serviço Social no interior da reprodução das relações sociais capitalistas, possibilitando a crítica à ética tradicional.

Como pontua Barroco:

A década de 1980 é, portanto, um marco fundamental nesse processo de conquistas: as políticas (desencadeadas pela organização político-sindical e pela reorganização das entidades representativas da categoria); as teóricas, marcadas pela obra de Yamamoto (Yamamoto e Carvalho, 1982), publicada em 1982, que, através de uma sólida fundamentação, buscada em Marx, colocou em novos patamares a compreensão dos fundamentos sócio-históricos e do significado do Serviço Social no processo de (re)produção das relações sociais burguesas, forneceu as bases para a crítica à ética tradicional; as éticas, que em 1986, pela primeira vez desde 1947, romperam com os pressupostos neotomistas e com a visão conservadora que orientou historicamente o Código de Ética Profissional, instituindo um novo Código de Ética orientado pelo compromisso com as classes trabalhadoras, seguindo pelos anos noventa com uma série de conquistas Barroco (2022, p. 220).

No âmbito ético, a promulgação do novo Código de Ética em 1986 rompeu com os pressupostos neotomistas<sup>9</sup> e a tradição conservadora que historicamente orientava a profissão,

---

<sup>8</sup> Yamamoto (2021, p. 222) destaca que o projeto do Serviço Social brasileiro está historicamente situado no contexto das lutas pela democratização da sociedade e do Estado, especialmente impulsionadas pelas mobilizações operárias que desafiaram a ditadura do grande capital. A autora ressalta que, durante a ascensão dos movimentos das classes sociais e as disputas em torno da Constituição de 1988, a categoria dos assistentes sociais passou a ser questionada socialmente por sua prática política, não permanecendo passiva diante desses eventos. Essas profundas transformações sociais, especialmente a partir do final da década de 1970, fomentaram um processo de lutas democráticas que influenciaram diretamente as demandas e os desafios colocados ao Serviço Social, exigindo respostas profissionais renovadas.

<sup>9</sup> Os pressupostos neotomistas no Serviço Social brasileiro encontram-se expressos na obra Serviço Social e Doutrina Católica, de Helena Iracy Junqueira (1968), que evidencia a influência da Doutrina Social da Igreja na

instituindo um compromisso com os interesses das classes trabalhadoras. O período também evidenciou o aprofundamento do debate sobre a dimensão política da profissão, influenciado pelo pensamento de Gramsci<sup>10</sup>, especialmente no que se refere às categorias de hegemonia, sociedade civil e intelectual orgânico, as quais subsidiaram a crítica ao conservadorismo e orientaram a construção do projeto ético-político profissional (Faleiros, 2017; Yazbek, 2020), contribuindo significativamente para o fortalecimento de uma direção social crítica no Serviço Social brasileiro.

Com o processo de redemocratização e o envolvimento da categoria com os movimentos sociais, consolidou-se uma perspectiva crítica e comprometida com a transformação social. Essa direção se reafirma na década de 1990, com a reformulação do Código de Ética em 1993, que aprofunda seus fundamentos e reafirma o compromisso profissional com os direitos humanos e a emancipação das classes subalternas (Barroco, 2022, p 220).

O Código de Ética do(a) Assistente Social, promulgado em 1993, estabelece os princípios éticos que orientam a atuação profissional junto à população usuária, aos demais profissionais com os quais interage e às instituições nas quais está inserido/a. Além de definir os direitos e deveres dos(das) assistentes sociais, o documento também prevê as sanções cabíveis em caso de violação desses princípios e normas, bem como os procedimentos éticos relacionados à sua aplicação e fiscalização.

O Código de Ética de 1993 (EC/93) e o Projeto Ético - político do Serviço Social, consolidados nos anos 1990, assinalam a maturidade intelectual profissional e a construção de uma autoimagem pautada na perspectiva teórica marxista e no compromisso ético - político com a luta da classe trabalhadora. Nesse momento, o serviço social deixa claro seu rompimento com o conservadorismo e com perspectiva moralista em torno da questão social. A realidade passa a ser investigada a partir das contradições inerentes à sociedade capitalista e os sujeitos como parte dos processos econômicos, políticos, sociais e culturais. Apesar das importantes conquistas obtidas na década de 1980, período marcado pela redemocratização do país, pelas fortes mobilizações sociais e pela implementação da Constituição de 1988, nos anos de 1990 fortes desafios são impostos à classe trabalhadora através da implementação da política neoliberal (Pinheiro, 2024, p. 137).

---

formação profissional. A ruptura com esse paradigma conservador é discutida por José Paulo Netto em *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64* (17.<sup>a</sup> ed., 2017) e em *Transformações societárias e Serviço Social* (2001), nos quais o autor, a partir do referencial marxista, fundamenta a construção de uma ética crítica, historicamente situada, que se consolida no Código de Ética de 1986.

<sup>10</sup> A crítica ao conservadorismo e a apreensão do pensamento gramsciano no Serviço Social é aprofundadamente examinada por Ivete Simionatto em *Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social* (3. ed., Cortez/UFSC, 2004), obra que sistematiza a trajetória das categorias gramscianas (hegemonia, sociedade civil, intelectual orgânico) na formação profissional. Essa abordagem é complementada em artigo publicado com Fabiana Luiza Negri, “Gramsci e a produção do conhecimento no Serviço Social brasileiro” (*Katálisis*, v. 20, n. 1, 2017), no qual ampliam-se discussões acerca da contribuição de Gramsci para a constituição do projeto ético-político profissional.

Embora a profissão tenha alcançado significativo amadurecimento em suas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, os(as) assistentes sociais continuam a se deparar com uma realidade profundamente adversa em seus espaços de trabalho. Esse cenário é marcado pelo retrocesso nas políticas sociais, cortes orçamentários, escassez de investimentos públicos, precarização das condições laborais e crescente terceirização dos serviços por meio de parcerias com organizações sociais. Soma-se a isso o reavivamento de valores conservadores, que tensionam os princípios críticos e democráticos que orientam o projeto ético-político da profissão.

Guerra (2005, p. 24) observa que todos esses mecanismos interferem no exercício profissional do Serviço Social, à medida que reforçam tendências neoconservadoras, focalistas, controlistas e localistas, promovendo uma abordagem microscópica das questões sociais, reduzidas a problemas ético-morais. Nessas circunstâncias de condições efetivamente precárias, o atendimento às demandas, sejam elas reais ou potenciais, torna-se comprometido, impactando negativamente tanto o processo quanto os resultados das intervenções profissionais.

Nesse contexto, Passos e Lupatini (2020) observam que a reforma trabalhista 2017<sup>11</sup>, fruto de uma política neoliberal em curso desde os anos 1990, aprofundou a precarização das relações de trabalho, afetando diretamente os profissionais do Serviço Social. O sancionamento da nova legislação em 2017, realizado sem participação popular, despojou os trabalhadores de direitos fundamentais, consolidando os interesses imediatos da classe capitalista e representando um retrocesso em relação às conquistas históricas de regulamentação e direitos laborais no país. Ao caminhar em sentido contrário aos interesses dos trabalhadores e restringir direitos, a lei assume contornos de uma contrarreforma trabalhista, inserida em um contexto mais amplo, marcado pela lógica de acumulação de capital, pelas particularidades do modelo brasileiro de acumulação — de caráter dependente — e pelas reformas do Estado implementadas nas últimas décadas.

Considerando tais condições, Camargo (2021) sinaliza que a profissão do Serviço Social tem sido impactada pelas injunções contemporâneas, vivenciando, junto ao conjunto da classe trabalhadora, a precarização do trabalho em diferentes instituições empregadoras, manifestada em variados graus e níveis. Além disso, o mercado de trabalho da categoria tem se modificado

---

<sup>11</sup>Instrumentalizada pela Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017, a chamada “reforma” trabalhista no Brasil entrou em vigor em 11 de novembro de 2017, alterando mais de cem artigos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e estabelecendo a prevalência das negociações contratuais sobre a legislação trabalhista tradicional. Essa reforma estruturou-se em quatro diretrizes principais: (i) a supremacia das negociações entre empregados e empregadores sobre as normas trabalhistas; (ii) a ampliação das atividades terceirizadas, incluindo tanto atividades-meio quanto atividades-fim; (iii) a flexibilização dos contratos de trabalho e das jornadas laborais; e (iv) a imposição de limites ao acesso e à atuação da Justiça do Trabalho (Passos; Lupatini, 2020).

não apenas em função das demandas e exigências profissionais, mas também pela intensificação da precarização das relações laborais, refletida na criação de novas modalidades de contratação e na gestão dessa força de trabalho. “A hipótese é de presenciarmos a proletarização do trabalho do(a) assistente social em dimensões até então desconhecidas do universo profissional, demarcada por uma intensa pauperização das condições de vida e de trabalho” (Camargo, 2021, p. 495).

Antunes (2018) observa que a atual dinâmica da precarização do trabalho apresenta dois traços distintivos. O primeiro refere-se à universalização desse fenômeno, que passa a atingir também os trabalhadores mais qualificados, ultrapassando o limite antes restrito à força de trabalho pouco ou nada especializada. O segundo aspecto diz respeito à sua mundialização, uma vez que a precariedade laboral se manifesta de forma generalizada tanto em países centrais quanto periféricos, revelando-se como uma tendência estrutural do capitalismo contemporâneo.

Ainda destaca que as novas formas de exploração intensificada do trabalho, associadas às diferentes modalidades de flexibilização e informalização da força laboral — como contratos que permanecem à margem da legislação trabalhista —, combinadas com avanços tecnológicos relativos, constituem um traço característico do capitalismo brasileiro recente.

[...] a combinação entre neoliberalismo, financeirização da economia e reestruturação produtiva acarretou também profundas metamorfoses na classe trabalhadora e em sua morfologia. A flexibilização produtiva, as desregulamentações, as novas formas de gestão do capital, o aumento das terceirizações e da informalidade acabaram por desenhar uma nova fase do capitalismo no Brasil (Antunes, 2018, p. 136-137).

Discorrer sobre o trabalho do(a) assistente social na contemporaneidade requer situá-lo como pertencente à classe trabalhadora, cuja força de trabalho é vendida em troca de remuneração salarial. À luz dessa realidade, o profissional está submetido às mesmas contradições, limitações e pressões que permeiam o universo dos trabalhadores assalariados em geral.

A mercantilização da força de trabalho do assistente social, pressuposto do estatuto assalariado, subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames do trabalho abstrato e o impregna dos dilemas de alienação, impondo condicionantes socialmente objetivos à autonomia do assistente social na condução do trabalho e à integral implementação do projeto profissional (Iamamoto, 2021, p. 416).

Iamamoto e Carvalho (2020, p. 79-80)<sup>12</sup> afirmam que a compreensão da profissão deve considerar duas dimensões indissociáveis: a realidade vivida e representada na consciência dos

---

<sup>12</sup> Iamamoto e Carvalho (2020).

sujeitos profissionais, e a atuação profissional enquanto atividade socialmente determinada. Essa perspectiva clarifica que o exercício profissional, inserido nas contradições da sociedade capitalista, é condicionado por processos de trabalho em constante transformação. Nesse contexto, ainda que orientado pela defesa de direitos e pela melhoria das condições de vida das populações em situação de vulnerabilidade, o(a) assistente social acaba, em alguma medida, por reproduzir os antagonismos próprios do capitalismo, o que reafirma a complexidade e os limites de sua intervenção.

Nessa realidade, investigar o exercício profissional do(a) assistente social exige uma leitura crítica da realidade e das transformações estruturais que caracterizam o mundo contemporâneo. Tais mudanças incidem diretamente sobre o objeto de trabalho da profissão, isto é, sobre as expressões da questão social (Iamamoto, 2009, p. 13).

Sendo assim, Silva e Silva (2022, p. 4) esclarece que, diante da intensificação dessas expressões, especialmente no contexto da pandemia da Covid-19, tornou-se necessário redimensionar e adaptar a prática profissional. A crise sanitária, ao somar-se a um cenário já marcado por instabilidade econômica e política, agravou de forma significativa as contradições sociais no país. As respostas do capital às crises sistêmicas ampliaram os níveis de exploração da força de trabalho, resultando em desemprego, precarização das condições de vida, defasagem escolar, desvalorização salarial e desregulamentação dos direitos trabalhistas.

No âmbito da defesa do Projeto Ético-Político do Serviço Social, os profissionais enfrentam tensões permanentes, expressas na disputa entre projetos profissionais e societários distintos. Embora a renovação crítica tenha proporcionado avanços significativos na formação e no exercício profissional, o conservadorismo permanece presente e busca se fortalecer em um cenário global permeado por ideologias autoritárias e retrógradas. Circunstância que impõe ao assistente social o desafio de reafirmar o compromisso ético com a emancipação humana e com a defesa intransigente dos direitos, enfrentando contradições que atravessam tanto a realidade social quanto a própria profissão.

De acordo com Yamamoto (2021, p. 37), um dos principais desafios profissionais consiste em reconhecer, na particularidade da vida dos sujeitos, os elementos universais e estruturais da realidade social, deslocando as demandas da esfera privada para a mobilização coletiva em defesa dos direitos. Esse movimento exige sólida competência teórico-metodológica, articulação entre o singular e o coletivo e permanente qualificação profissional, de modo a sustentar práticas críticas, éticas e propositivas.

Para nós, é urgente conhecer e ouvir os sujeitos sociais, suas necessidades e interesses, respeitar suas expressões culturais e sua situação de vida, contribuindo para sua explicação; e apoiar o fortalecimento de suas formas autônomas de organização, de modo que elas possam adquirir visibilidade na cena pública. E reforçar relações de confiança e alianças na vida e na luta coletiva, iluminada por horizontes de emancipação política e humana (Iamamoto, 2021, p. 37-38).

No campo da saúde mental, especialmente nos CAPS AD, o compromisso com a garantia de direitos se manifesta na atenção a sujeitos historicamente estigmatizados e excluídos. Romper com práticas excludentes herdadas do modelo manicomial, bem como fortalecer a autonomia, a inclusão social, a cidadania desses sujeitos, contribuindo para seu processo de politização e para o fortalecimento da luta pela ampliação e pela qualidade dos serviços sociais prestados pelo Estado, constitui uma das expressões mais significativas da concretização do Projeto Ético-Político.

Além disso, Santos e Moraes (2022) ressaltam a importância de desenvolver estratégias contra-hegemônicas que atuem no interior das estruturas capitalistas, valorizando iniciativas coletivas que promovam organização política e resistências à remanicomialização da atenção à saúde mental. Entre essas iniciativas, destacam-se a atuação de movimentos sociais, grupos e núcleos de pesquisa em instituições de ensino superior, bem como ações culturais, eventos comunitários e práticas de sociabilidade afetiva, todas voltadas à desinstitucionalização e ao fortalecimento do movimento antimanicomial.

Refletir sobre os avanços legislativos nessa área revela-se, portanto, indispensável diante das disputas atuais em torno da efetivação de direitos, tendo a luta antimanicomial como eixo estruturante desse processo.

### **3 CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO ÀS DROGAS NO BRASIL E EM ARAGUARI-MG**

#### **3.1 A política de saúde mental no Brasil: Avanços, Contrarreformas e Disputas de Projetos**

A construção social da loucura como sinônimo de risco e periculosidade foi fundamental para a institucionalização da loucura sob a égide da medicina, consolidando a ordenação dos espaços hospitalares por esse saber-poder. Conforme analisado por Barros (1994), com base nas contribuições de Michel Foucault, a articulação entre os campos da medicina e da justiça contribuiu para a constituição da doença mental como categoria socialmente regulada, possibilitando uma sobreposição entre os mecanismos de punição e tratamento, onde o ato de cuidar confundia-se com o de punir. Essa lógica instituiu uma relação tutelar com o sujeito em sofrimento psíquico, sustentando as práticas manicomiais em pilares de segregação, exclusão e desumanização (Amarante, 1995, p. 24-25).

A atenção e o cuidado direcionados a essa parcela da população foram, historicamente, exercidos por meio de instituições manicomiais — espaços fechados cuja principal finalidade era o isolamento dos chamados “loucos”<sup>13</sup>. Nessas instituições, os indivíduos em sofrimento psíquico eram submetidos a práticas marcadamente violentas e desumanas, como o uso de camisas de força, contenções físicas e químicas, além de serem frequentemente deixados em pátios ou restritos a leitos, em condições degradantes.

O isolamento das pessoas consideradas “loucas” implicava sua completa exclusão da vida social, do acesso a direitos, a bens e à participação no consumo. No contexto da sociedade capitalista, indivíduos que não produziam nem consumiam eram vistos como um entrave, sendo, portanto, tratados como um problema a ser controlado, contido e afastado do convívio social. Ainda que avanços significativos tenham sido alcançados nas políticas de atenção e cuidado voltadas a essa população, observa-se, na atualidade, a permanência de resquícios dessa lógica excludente, que continua a influenciar práticas institucionais e sociais.

---

<sup>13</sup> Costa e Tundis (2001, p. 11-12) apontam que, com a consolidação da sociedade capitalista, foram instituídos mecanismos cotidianos de controle social, muitas vezes silenciosos e respaldados pelo saber científico, que passaram a legitimar a reclusão de diversos grupos considerados socialmente indesejáveis, como órfãos, epiléticos, miseráveis, libertinos, idosos, crianças abandonadas, pessoas com deficiência, religiosos, infratores e indivíduos classificados como loucos. Nesse cenário, a ideologia psiquiátrica teria se desenvolvido como uma forma de enquadrar, sob o rótulo da doença mental, comportamentos que destoassem dos padrões impostos pela racionalidade burguesa. Assim, o destino asilar estaria mais relacionado à posição social do sujeito do que à existência de uma patologia propriamente dita.

Estudos indicam que sempre houve um corte de classe na assistência à loucura institucionalizada pelo manicômio (Basaglia, 2005; Rosa; Campos, 2013; Gomes, 2015). Nesta perspectiva, a compreensão é de que o manicômio serviu historicamente para invisibilizar parte da classe trabalhadora que não se inseria na esfera produtiva (Gomes, 2018, p. 27).

Costa e Tundis (2001, p. 31) observam que, no cenário nacional, a experiência da loucura assumiu contornos distintos daqueles descritos por Foucault na realidade europeia. No Brasil, sua manifestação ocorreu de forma silenciosa, dispersa e pouco visível, diluída na vastidão do território nacional. No entanto, os autores destacam que essa invisibilidade não implica a inexistência do fenômeno. Tal apagamento pode ser compreendido à luz das especificidades do processo de urbanização brasileira: até o final do século XVII, as cidades permaneciam escassamente povoadas e marcadas por um desenvolvimento urbano incipiente, o que dificultava a consolidação de espaços institucionais destinados ao controle e à exclusão dos chamados “loucos”.

A institucionalização da assistência psiquiátrica no Brasil tem seu marco inaugural com a criação do primeiro hospício, denominado Hospício Dom Pedro II, fundado no Rio de Janeiro em 1852. Projetado para abrigar 350 pacientes, o estabelecimento rapidamente atingiu sua capacidade máxima, refletindo a lógica excludente e segregadora predominante na época. Esse modelo institucional reforçava o afastamento social e familiar dos indivíduos internados, consolidando o asilamento como prática central do tratamento psiquiátrico no Brasil imperial. Longe de representar um espaço de cuidado, esses estabelecimentos se constituíram como cenários de violação de direitos humanos, caracterizados pela negligência, pelo sofrimento e por diversas formas de tortura institucionalizada.

Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista, os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los (Resende, 2001, p. 39).

## **Figura 1 – Colônia de Barbacena: o holocausto brasileiro em imagens**



**Fonte:** Brasil (2019). Colônia de Barbacena: o holocausto brasileiro em imagens. Fotografia histórica. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/colonia-de-barbacena-o-holocausto-brasileiro-em-imagens/>. Acesso em: 22 ago. 2025.

Amarante (1995, p. 88-89) apresenta fases distintas a respeito da trajetória da psiquiatria no Brasil. A primeira, de caráter higienista, desenvolveu-se entre o século XIX e a primeira metade do século XX, marcada pela medicalização social e pelo uso da psiquiatria como instrumento de controle. Após a Segunda Guerra Mundial, inicia-se a trajetória da saúde mental<sup>14</sup>, influenciada por experiências internacionais que propõem uma abordagem preventiva e comunitária. Essa nova perspectiva desloca o foco da simples prevenção de doenças mentais para a promoção da saúde mental. É importante assinalar que o surgimento de uma trajetória não implica a extinção da anterior. A trajetória higienista não deixa de existir com o aparecimento da trajetória da saúde mental.

Nos anos finais do regime militar brasileiro, observa-se o esgotamento do chamado "milagre econômico", caracterizado por crescimento acelerado sustentado por endividamento externo e concentração de renda. A crise econômica, associada à repressão política, gerou crescente insatisfação social, especialmente entre as camadas médias e populares, que se viam excluídas dos processos de participação política e mobilidade social. Esse cenário contribuiu

---

<sup>14</sup> Amarante destaca que os planos elaborados pelas políticas públicas refletem esse projeto e integram essa trajetória. Entre os principais exemplos estão o Manual de Assistência Psiquiátrica do INPS (Brasil. MPASI-INPS, 1973) e o Plano Integrado de Saúde Mental do IPISAM (Brasil. MS/DINSAM, 1977). Ressalta ainda que, em 1970, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) passou a ser denominado Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM).

para o enfraquecimento do regime e o início da abertura política gradual (Silva 2018; Pastrello, 2022; Silva; Silva, 2022).

A flexibilização da censura, ainda que limitada e estratégica, permite o emergir de críticas antes silenciadas, ampliando a visibilidade das contradições sociais e políticas do período. Esse processo resulta na intensificação do debate público sobre as condições concretas de vida e trabalho, e fomenta o questionamento da estrutura estatal, das políticas econômicas e sociais, e da própria organização do poder. Nesse cenário, delineiam-se as condições para a reorganização dos partidos políticos, sindicatos, associações e demais expressões da sociedade civil. Paralelamente, os movimentos sociais contrários ao regime passam a se fortalecer, articulando reivindicações por acesso a direitos, serviços públicos e melhores condições de vida, conforme a Amarante explica:

É neste contexto que surgem as primeiras e importantes manifestações no setor saúde, com a constituição, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e do REME, decorrentes seja da própria necessidade de discussão e organização das políticas de saúde (o que já vinha ocorrendo no interior dos sindicatos de trabalhadores do ABCD e das Comunidades Eclesiais de Base), seja da necessidade de discutir as práticas das categorias dos profissionais da saúde. Em 1978, estas entidades consolidam uma participação política efetiva, quando torna-se mais visível o crescimento dos movimentos populares de oposição ao regime, dentre os quais eles próprios, que tornam-se conhecidos e importantes não apenas para o setor saúde, mas para a conjuntura política em geral. Como espaços de organização e produção do pensamento crítico em saúde, o CEBES e o REME co-possibilitam a estruturação das bases políticas das reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. (Amarante, 1995, p. 89-90).

Amarante (1995) revela a centralidade de determinados coletivos na gestação de rupturas paradigmáticas no campo da saúde, especialmente em um contexto histórico marcado pela repressão política e pelo silenciamento de vozes dissonantes. Ao destacar o surgimento do CEBES e do REME, o autor não apenas registra um marco institucional, mas evidencia uma dinâmica de construção coletiva do pensamento crítico que escapa às estruturas convencionais do poder. Há, no trecho, uma valorização da emergência de práticas políticas oriundas de espaços historicamente marginalizados — como sindicatos e comunidades de base — que, ao se organizarem, tornam-se sujeitos ativos na formulação de novos horizontes para as políticas públicas. Assim, a saúde é concebida não como um campo neutro ou meramente técnico, mas como um território de disputa e de afirmação de projetos societários, nos quais o saber e a ação se entrelaçam em direção a transformações mais amplas.

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar segregador, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais

envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental (Tenório, 2002, p. 34).

Entre os diversos movimentos sociais que emergem nesse contexto de efervescência política, destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), cuja origem está fortemente vinculada ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e à Revista de Saúde em Debate (REME). Esse movimento assume papel de grande relevância ao trazer à tona um conjunto de denúncias contra o regime militar, com foco particular nas graves violações presentes no sistema nacional de assistência psiquiátrica, incluindo práticas de tortura, corrupção e fraudes. Nesse processo, ganha força a mobilização por propostas alternativas ao modelo asilar hegemônico, apontando para a construção de um novo paradigma de cuidado em saúde mental, pautado na defesa dos direitos humanos e na crítica às instituições manicomiais (Amarante, 1995, p. 90).

Foi nos marcos do processo de redemocratização, ocorrido no período compreendido entre 1975- 1985, que germinaram as primeiras sementes do movimento que originou o amplo processo social e político de questionamento dessa realidade e mobilizando forças pela superação do modelo manicomial: tratava-se do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (Passos *et al.*, 2021, p. 44).

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem seu início marcado pela crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) em 1978. Naquele período, profissionais de saúde, particularmente do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), deflagraram uma greve devido a diversas irregularidades, como a falta de recursos e as precárias condições de trabalho e assistência aos pacientes. Tais condições geraram um ambiente de violência institucional, evidenciado pela exclusão e marginalização dos pacientes, além da exploração dos serviços de saúde mental pela chamada "indústria da loucura", termo que descreve o modelo assistencial então vigente (Amarante, 1995).

Esse modelo hospitalocêntrico de assistência, sustentado por fundos públicos, mas administrado pela iniciativa privada, priorizava o lucro e a internação dos pacientes, em detrimento da reintegração social e da humanização do atendimento. De acordo com Resende (2001), a política de saúde mental no Brasil ainda estava fortemente influenciada por práticas de institucionalização e exclusão, especialmente no setor privado, o que agrava a vulnerabilidade dos indivíduos com transtornos mentais.

Além das condições estruturais, a crise da DINSAM também foi um ponto de inflexão para o MTSM, que passou a defender a desinstitucionalização e a criação de uma rede de

cuidados substitutiva ao modelo hospitalar. A mobilização dos profissionais de saúde mental, acompanhada por uma crescente sensibilização da sociedade, resultou em modificações significativas na legislação e na organização dos serviços de saúde mental no Brasil, com a implementação de estratégias que buscavam garantir os direitos humanos e a autonomia dos pacientes (Amarante, 1995; Resende, 2001).

A década de 1980 foi, de fato, marcada pela expansão e formalização do modelo sanitarista no Brasil, com destaque para as "ações integradas em saúde". Essas ações enfatizavam o atendimento ambulatorial e integravam sistemas de referência e contrarreferência no trabalho das equipes de saúde mental, priorizando o cuidado extra-hospitalar. Paralelamente, buscava-se implementar maior rigor no controle das internações hospitalares.

De acordo com Vasconcelos (2000, p. 25), o movimento que defendia mudanças na política de assistência à saúde mental, até aquele momento, sustentava um modelo baseado no sanitarismo, cujo foco estava "no controle e na humanização dos hospitais psiquiátricos, bem como na difusão de serviços ambulatoriais". Dentro desse cenário, o MTSM emergiu com importantes reivindicações, que incluíam, entre outras, a não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, a regionalização das ações em saúde mental, o controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados, a expansão da rede ambulatorial e, principalmente, a humanização e reintegração social dos pacientes nos asilos estatais. Essas demandas refletiam uma busca por um modelo de assistência mais descentralizado e humanizado, alinhado aos princípios da reforma psiquiátrica e à luta antimanicomial no Brasil, visando à transformação do cuidado em saúde mental e à reintegração social dos indivíduos com transtornos mentais.

No final da década de 1980 foi marcado pelo fechamento temporário do espaço político no âmbito do Estado, o que afetou diretamente os interesses democráticos-populares e a política de saúde mental. Esse cenário gerou conflitos internos dentro do movimento MTSM. Um dos principais aspectos desse conflito estava relacionado aos objetivos do movimento no que diz respeito à reforma psiquiátrica. A corrente que defendia a aliança do movimento de saúde mental com os movimentos populares passou também a apoiar a necessidade de alinhar as reivindicações do movimento com as propostas do movimento de reforma psiquiátrica italiano, que foi além da reforma dos manicômios, ao reivindicar sua extinção. Dessa forma, na segunda metade da década de 1980, o MTSM se transformou no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), direcionando seus esforços para o fechamento dos manicômios e a criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial.

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar segregador, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental (Tenório, 2002, p. 34).

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira<sup>15</sup> emergiu como um agente crucial na reestruturação da assistência à saúde mental no Brasil, desafiando o modelo hospitalocêntrico e o paradigma da doença, promovendo transformações nas relações entre a sociedade, o indivíduo em sofrimento psíquico e a concepção de loucura.

Em 1989, no contexto da reforma em andamento, o deputado Paulo Delgado apresentou um projeto de lei que propunha a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos e a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos. O projeto tramitou por doze anos no Congresso Nacional, sem ser aprovado, até que um segundo projeto, mais "ameno" do ponto de vista econômico e político, substituiu o de 1989 e foi aprovado em 2001, transformando-se na Lei nº 10.216<sup>16</sup>, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Reconhecida como uma legislação de grande impacto social, talvez a mais abrangente entre as leis médicas brasileiras, a lei estabeleceu um novo modelo de tratamento para os transtornos mentais no Brasil.

As conquistas históricas advindas do movimento da Reforma Sanitária, bem como os avanços relacionados à consolidação e expansão do SUS, passam a ser tensionados diante das exigências de expansão do capital. Processo a qual se insere em um contexto brasileiro marcado por contradições, em que se observa, por um lado, a implementação de uma contrarreforma impulsionada pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e, por outro, a persistência das reivindicações oriundas das lutas sociais. No âmbito da Saúde Pública, esses reordenamentos podem ser identificados por meio de diversas medidas.

1) a criação das Organizações Sociais - OS, defendidas como modelo de gestão para as unidades públicas de saúde; 2) a ampliação das Unidades de Pronto Atendimento - UPA, que fortalecem o modelo médico hospitalocêntrico, alterando a essência do Sistema Único de Saúde - SUS; 3) a criação das Fundações Estatais de Direito

<sup>15</sup> A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, constituiu um marco para o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Representou o encerramento da trajetória sanitária, voltada exclusivamente à transformação do sistema de saúde, e inaugurou o processo de desinstitucionalização, orientado à desconstrução das práticas historicamente cristalizadas no trato com a loucura, tanto nas instituições quanto na sociedade. Na sequência, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental consolidou o lema "Por uma Sociedade sem Manicômios" e ampliou os horizontes da reforma, ao enfatizar não apenas mudanças estruturais, mas também o cotidiano dos serviços, as relações entre profissionais e usuários, a cultura e as mentalidades sociais. (Tenório, 2002).

<sup>16</sup> A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, estabelece diretrizes para a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil. Ela redireciona o modelo assistencial em saúde mental, priorizando a atenção psicossocial em serviços comunitários e a reintegração social dos pacientes. A legislação representa um marco na política de saúde mental do país, alinhando-se aos princípios da Reforma Psiquiátrica e promovendo a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos.

Privado; 4) a produção das chamadas parcerias público-privada; 5) a criação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIPs; 6) a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, em 2010, representando uma empresa privada voltada à administração de hospitais universitários. (Ramos; Forti, 2018, p. 90).

A adoção de novos modelos de gestão da saúde, intensificados no Brasil a partir dos anos 2000, resultou na substituição gradual dos concursos públicos por contratos terceirizados, caracterizados por condições laborais cada vez mais precarizadas. Favorecendo a flexibilização das relações de trabalho no âmbito da Saúde Pública. Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), o governo de Michel Temer marcou um novo momento no processo de desmonte do SUS, ao acelerar as formas contemporâneas de privatização da saúde, promover alterações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecer articulações com o setor privado por meio da Coalizão Saúde, além de propor os chamados planos de saúde acessíveis. A esse quadro soma-se o congelamento dos gastos públicos na área da saúde, instituído pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016, o qual impôs restrições significativas ao financiamento do SUS.

O estudo realizado pelo IPEA por meio da Nota Técnica 28, elaborada por Fabíola Vieira e Rodrigo Benevides (2016), apresenta algumas questões seríssimas com relação ao orçamento. Uma dessas questões é a perda de recursos federais destinados ao SUS estimada em R\$654 bilhões de reais nesse período de 20 anos, em um cenário conservador (crescimento médio do PIB de 2% ao ano). Ao utilizar uma estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$1 trilhão. Ou seja: ao comparar a regra da PEC com a atual, quanto mais a economia brasileira crescer nesse período, maior a perda de recursos para a Saúde (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 15).

A promulgação da Lei nº 13.429<sup>17</sup>, durante o governo Michel Temer, intensificou a flexibilização das relações de trabalho na saúde pública, aprofundando o processo de privatização que já se consolidava na esfera privada. Essa legislação possibilitou a substituição progressiva dos vínculos públicos tradicionais, regulados pelo Regime Jurídico Único, por contratos terceirizados caracterizados pela precarização das condições laborais. Antunes (2018) assinala que tal movimento não apenas transferiu para o setor público a lógica empresarial predominante, mas também promoveu uma reconfiguração da produção de valor no campo da

---

<sup>17</sup> A Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017, alterou dispositivos da Lei nº 6.019/1974 e regulamenta a terceirização e o trabalho temporário no Brasil. Sancionada durante o governo Michel Temer, essa legislação ampliou a possibilidade de contratação de trabalhadores terceirizados, inclusive nas atividades-fim das empresas, o que gerou intensos debates quanto à precarização das relações de trabalho e à flexibilização de direitos historicamente conquistados. Seu conteúdo representa uma inflexão no modelo de proteção trabalhista brasileiro, alinhando-se às diretrizes neoliberais de gestão e de reforma do Estado. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm). Acesso em: 28 ago. 2025.

saúde, deslocando atividades que historicamente geraram valores socialmente úteis para uma esfera cada vez mais permeada pela lógica da mais-valia.

Por fim, cabe sinalizar que as novas reconfigurações do mundo do trabalho e a contrarreforma do Estado também influenciam fortemente na recomposição da luta antimanicomial no cenário brasileiro. A flexibilização e a precarização das novas formas contratuais promoveram uma ruptura entre as diferentes gerações de antimanicomiais, suscitando o surgimento de novos coletivos que pudessem reivindicar melhores condições e vínculos de trabalhos. Essa ruptura traz para a Luta Antimanicomial novas questões, o que vêm possibilitando maiores reflexões de que a luta por uma sociedade sem manicômios não possui sentido se não for associada a luta de classes. (Passos, 2017, p. 62).

As contrarreformas na política de saúde implementadas durante o governo Temer repercutiram de forma direta no campo da saúde mental, fragilizando conquistas históricas da Reforma Psiquiátrica. A Portaria nº 3.588/2017 introduziu alterações na RAPS que apontam para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos, a criação de leitos em hospitais gerais e a ampliação de serviços ambulatoriais. Essas medidas foram aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em dezembro de 2017, sem consulta à sociedade e sem a participação efetiva de pesquisadores e representantes do controle social (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

A contradição que atravessa as políticas de saúde, impactando diretamente o campo da saúde mental e os avanços da Reforma Psiquiátrica, constitui a base de reflexão desta dissertação sobre o trabalho dos(as) assistentes sociais no CAPS AD III – Milton de Lima Filho, em Araguari-MG. Esse cenário torna-se ainda mais desafiador diante das tensões que permeiam a política de drogas no Brasil, historicamente pautada por uma lógica repressiva e punitiva, em desacordo com os princípios da atenção psicossocial e com as bases ético-políticas da Reforma Psiquiátrica, o que compromete a efetivação do cuidado em liberdade e o fortalecimento da rede substitutiva.

### **3.2 Entre a proibição e o cuidado: a trajetória da política brasileira sobre drogas**

A trajetória da política brasileira sobre drogas caracteriza-se por um percurso marcado por contradições, tensões e disputas entre os paradigmas da repressão e do cuidado. Desde o início do século XX, consolidou-se no país um modelo proibicionista, amparado por dispositivos médico-jurídicos que atribuíram aos usuários de drogas a condição dual de doentes e criminosos (Petuco, 2016). O Decreto nº 4.294/1921 inaugurou esse movimento ao estabelecer penalidades para o comércio de substâncias como ópio e cocaína. Posteriormente,

o Código Penal de 1940 incluiu o tráfico de drogas no rol dos crimes contra a saúde pública, reafirmando o caráter repressivo que se intensificou nas décadas seguintes.

Esse arranjo normativo não se desenvolveu isoladamente. O Brasil aderiu às convenções internacionais da ONU de 1961, 1971 e 1988, alinhando-se ao paradigma global da “guerra às drogas”. Como observado por Carvalho, “a legislação brasileira não se constituiu de modo autônomo, mas em consonância com o proibicionismo internacional liderado pelos Estados Unidos” (Carvalho, 2016, p. 83). Tal alinhamento reforçou a criminalização do uso e a repressão ao comércio ilícito, priorizando estratégias punitivas em detrimento de abordagens de saúde pública.

Durante o regime militar (1964–1985), a política de drogas adquiriu contornos ainda mais repressivos. A Lei nº 6.368/1976, conhecida como Lei de Tóxicos, estabeleceu penas severas e incluiu a possibilidade de internação compulsória como forma de tratamento. Esse modelo moralizante recaiu, sobretudo, sobre as populações pobres e negras, evidenciando o caráter seletivo e disciplinador da legislação (Gomes; Medeiros, 2024).

A “epidemia”<sup>18</sup> de HIV/Aids, nos anos 1980, foi decisiva para a introdução da redução de danos (RD) no Brasil. Experiências pioneiras, como a de Santos (SP) em 1989, com a distribuição de seringas estéreis, marcaram uma ruptura com o paradigma exclusivamente proibicionista (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2019). Segundo Inglez-Dias *et al.* (2022), tais iniciativas foram fundamentais para conter a disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis, ainda que enfrentassem resistências políticas e judiciais. Mais do que estratégia sanitária, a RD consolidou-se como prática ético-política de cuidado, orientada pela dignidade e pelo protagonismo dos sujeitos (Maximino; Almeida, 2023).

Rodrigues complementa ao esclarecer que:

As estratégias de RD consistem em assistir indivíduos ou grupos, auxiliar na promoção de mudanças no ambiente social em que vivem e contribuir para a implementação de políticas públicas efetivas em seu favor. A assistência a indivíduos ou grupos baseia-se no fato ineludível de que as pessoas já usam drogas e que, portanto, não é possível prevenir o uso, mas minimizar os danos diretos e indiretos que tal uso possa acarretar (Rodrigues, 2025, p. 6).

---

<sup>18</sup> O termo “epidemia” aparece entre aspas por tratar-se de uma designação socialmente construída à época, que, embora utilizada para descrever o rápido crescimento dos casos de HIV/Aids nos anos 1980, esteve também permeada por sentidos moralizantes e estigmatizantes. À época, o uso da expressão não se restringia a um conceito técnico da saúde pública, mas reforçava discursos que associavam a doença a determinados grupos sociais, produzindo exclusão e discriminação. Como analisa Ceccon (2025), o discurso midiático sobre o HIV/Aids ajudou a consolidar representações sociais que reforçaram preconceitos e ampliaram o imaginário de medo em torno da doença, contribuindo para a manutenção de estigmas.

Sob esse enfoque, Rodrigues (2025) enfatiza que a decisão de continuar ou interromper o uso de drogas deve ser compreendida como uma escolha individual, a ser analisada em um ambiente acolhedor e livre de julgamentos. Estratégias que apenas reforçam o lema “diga não às drogas” tendem a ser ineficazes, pois os usuários já possuem conhecimento dos riscos e prazeres associados ao consumo. A abordagem de redução de danos, portanto, deve se dar por meio do diálogo, considerando a interpretação que cada indivíduo faz de sua própria experiência e as condições de vida que envolvem suas relações interpessoais, familiares, afetivo-sexuais, laborais e de moradia.

Prudêncio e Senna (2022) destacam que, a partir da década de 1980, a emergência da “epidemia” de Aids favoreceu a incorporação das questões relacionadas ao álcool e a outras drogas no campo da saúde. Até então, a abordagem pública era marcada por concepções higienistas e eugênicas, que legitimavam práticas repressivas, proibicionistas e moralizantes. A introdução desse tema, aliada à adoção da estratégia de RD, possibilitou avanços significativos no cuidado aos usuários, oferecendo alternativas que iam além da lógica da abstinência total e do proibicionismo.

Com a redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988, emergiram novas perspectivas no campo das políticas sociais. A Lei nº 10.216/2001 e a Portaria GM/MS nº 336/2002 instituíram os CAPS, entre eles os CAPS AD, inaugurando a lógica do cuidado em liberdade e fortalecendo a Reforma Psiquiátrica. A criação da RAPS, em 2011, ampliou esse processo ao integrar CAPS, consultórios na rua, serviços residenciais e hospitalares, reforçando os princípios de territorialidade, interdisciplinaridade e RD (Brasil, 2011). Ainda assim, como analisa Ribeiro (2023), a incorporação da temática das drogas no SUS ocorreu de forma lenta e permeada de resistências.

Para tanto, cabe trazer breve reflexão apresentada por Iamamoto (2001) a respeito do redirecionamento das políticas sociais nos anos 1990. A autora aponta que, sob a lógica neoliberal, as políticas públicas passaram a ser orientadas pela redução dos gastos sociais e pela privatização como resposta à crise fiscal. Nesse processo, o Estado renunciou a dimensões importantes de sua soberania e passou a destinar parcelas crescentes de seus recursos ao atendimento dos interesses do capital financeiro internacional e de grupos privados, tanto no campo político quanto no econômico.

Assim, Iamamoto (2001) identifica a existência de dois projetos distintos e antagônicos que disputam a hegemonia no campo das políticas sociais públicas. O primeiro, de caráter democrático e universalista, fundamenta-se nos princípios de controle social, participação popular e universalização de direitos, defendendo a concepção de seguridade social inscrita na

Constituição Federal de 1988 e reafirmando a primazia do Estado na condução das políticas públicas. Em contrapartida, o segundo projeto, de inspiração neoliberal, contrapõe-se a essa perspectiva ao subordinar a política social à lógica econômica, reduzindo os direitos sociais às restrições orçamentárias e promovendo severos ataques aos preceitos constitucionais de 1988.

De acordo com Behring e Boschetti (2011):

Ao longo dos anos de 1990, propagou-se na mídia falada e escrita e nos meios políticos e intelectuais brasileiros uma avassaladora campanha em torno das reformas. A era Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi marcada por esse mote, que já vinha de Collor, cujas características de outsider (ou o que vem de fora) não lhe outorgaram legitimidade política para conduzir esse processo. Tratou-se, como se pôde observar, de ‘reformas’ orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos de 1980. Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada –, estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade (Behring; Boschetti, 2011, p. 148-149).

Conforme analisam Iamamoto (2001), Behring e Boschetti (2011), às reformas neoliberais da década de 1990 subordinaram as políticas sociais à lógica econômica, reduzindo os direitos sociais às restrições orçamentárias e promovendo privatizações e cortes nos gastos públicos. Esse processo fragilizou a seguridade social prevista na Constituição de 1988 e abriu caminho para contradições que se tornariam mais visíveis nos anos seguintes, sobretudo no campo da política sobre drogas.

No início dos anos 2000, a política brasileira avançou com contradições. A Política Nacional Antidrogas (2003) reafirmou a abstinência como meta, enquanto a Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), retirou a pena de prisão para porte de drogas para uso pessoal, mas endureceu as penas relacionadas ao tráfico. Campos (2018, p. 34) observa que “a lei despenalizou parcialmente o usuário, mas ampliou a punição do tráfico, contribuindo para a intensificação do encarceramento”. Dados posteriores confirmaram um aumento expressivo do encarceramento, em especial de mulheres jovens, negras e pobres (Ribeiro, 2023).

A Lei nº 11.343/2006, conhecida como Lei de Drogas, embora tenha trazido inovações, continua sendo alvo de críticas por seu caráter predominantemente punitivo, que penaliza o uso e o porte de drogas, sobretudo para consumo pessoal, sem diferenciar adequadamente usuários e traficantes. A referida legislação impacta a prática institucional, contribuindo para a marginalização e criminalização das populações mais vulneráveis, compostas majoritariamente

por pessoas em situação de pobreza e exclusão social (Gomes; Medeiros, 2024; Montenegro *et al.*, 2022).

Conforme salientam Montenegro *et al.*:

A mudança discursiva observada na assistência ao usuário de drogas aponta para um movimento contraditório. Por um lado, há avanços na incorporação da redução de danos; por outro, persiste um discurso que reforça a responsabilização individual e o controle social, dificultando a efetividade das políticas públicas e a promoção de direitos (Montenegro *et al.*, 2022, p. 171).

A divergência entre avanços legislativos e a manutenção de práticas excludentes ecoa os limites estruturais já identificados na política de saúde mental, onde conquistas convivem com retrocessos impostos pelo avanço do neoliberalismo e pela contrarreforma do Estado (Ramos; Forti, 2018). Gomes e Passos (2019) apontam que o projeto neoliberal representa um cenário marcado pelo retrocesso dos direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora, ao priorizar a focalização das políticas sociais como estratégia de precarização. Esse processo, segundo os autores, não se restringe ao enfraquecimento das ações sociais, mas conduz ao seu efetivo desmonte, comprometendo de forma estrutural a própria concepção de Seguridade Social.

Nesse cenário, Ribeiro afirma:

A política pública de saúde mental e drogas no Brasil é afetada diretamente por esse contexto. Sob a lógica neoliberal, o campo da saúde mental brasileira é marcado por avanços e retrocessos, pelo confronto entre forças opostas que, de um lado, defendem o SUS e a Reforma Psiquiátrica, lutando pelo modelo de atenção antimanicomial de base territorial e comunitária, e, de outro, defendem o fortalecimento do modelo hospitalocêntrico, manicomial, de isenção da responsabilidade do Estado e responsabilização da sociedade civil (Ribeiro, 2023, p. 116).

A partir de 2015, a política passou a enfrentar uma inflexão conservadora. Passos (2017) clarifica que, naquele ano, a substituição abrupta de Roberto Tykanori por Valencius Wurch na Coordenação Nacional de Saúde Mental, em meio a uma conjuntura de crise política, representou o retorno de concepções manicomiais. A mudança, resultado de acordos políticos, sinalizou a retomada de paradigmas hospitalocêntricos e abstencionistas, enfraquecendo diretrizes que vinham sendo construídas sob a lógica da Reforma Psiquiátrica.

No final de 2015, diante de uma conjuntura extremamente adversa e que antecede ao golpe parlamentar, foi que o primeiro psiquiatra conservador e manicomial assumiu a direção nacional da política. O então recém Ministro da Saúde Marcelo Castro anunciou, no dia 10 de dezembro, a exoneração de Roberto Tykanori e o convite feito a Valencius Wurch para assumir o cargo. Tal mudança de gestão deu - se de forma abrupta e condicionada pelos acordos entre o PT e o PMDB, uma vez que a

substituição do Ministro da Saúde ocorreu na tentativa de garantir, minimamente, um acordo para a permanência de Dilma Rousseff na presidência. O que levou a uma reorganização no Ministério da Saúde e das coordenações das políticas setoriais no âmbito da saúde (Passos, 2017, p. 68).

Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) analisam que, a partir de 2016, intensificou-se um processo de contrarreforma, expresso em medidas de austeridade fiscal e desmonte das políticas sociais. No campo da saúde mental, esse movimento se materializou com a publicação da Portaria nº 3.588/2017<sup>19</sup>, que reinseriu hospitais psiquiátricos na RAPS e vinculou o financiamento público à ocupação de leitos em hospitais gerais. Essas alterações representaram um estímulo à lógica da internação, em contradição direta com a Reforma Psiquiátrica e com os princípios da atenção psicossocial (Brasil, 2017).

A Portaria de 2017 se alia à ideia de uma “nova política de saúde mental”, através do reconhecimento do cuidado através do retorno à lógica hospitalar e a convocação à abstinência total com o incentivo financeiro para aberturas de novos leitos hospitalares e a centralidade do cuidado de usuários de drogas nas CT (seja por incentivo financeiro, seja por novos credenciamentos) (Prudêncio; Senna, 2022, p. 172).

Conforme Prudêncio e Senna (2022), a utilização da internação compulsória de usuários de drogas em comunidades terapêuticas, apresentada como estratégia de cuidado em saúde, configura uma “nova política de saúde mental” que retoma práticas de caráter manicomial e higienista. Do mesmo modo, Gomes (2018) observa que, a partir da aprovação da portaria ministerial, os hospitais psiquiátricos passaram a receber significativo volume de recursos públicos, apontando para o redirecionamento da política de saúde mental ao modelo hospitalocêntrico, em detrimento da ampliação da RAPS de base territorial.

Esse processo expressa a reação conservadora que busca restaurar práticas manicomiais e enfraquecer o movimento antimanicomial, reduzindo a potência da RAPS como política pública de caráter emancipador (Passos *et al.*, 2021). Vasconcelos (2016, p. 214) salienta que “a retração do Estado resulta na transferência da responsabilidade do cuidado às famílias e a entidades filantrópicas”, fragilizando a proteção social.

Um tipo de política que procura isentar o Estado de suas responsabilidades e transferi-las para sociedade civil, transferindo também o orçamento público, que passa a ser disputado por entidades privadas, em um claro processo de mercantilização dos serviços de saúde mental. O desfinanciamento da RAPS e o financiamento de instituições com perfil manicomial, como

<sup>19</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera a Política Nacional de Saúde Mental e a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/17156946](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/17156946). Acesso em: 29 ago. 2025.

as Comunidades Terapêuticas, são expressões do ataque à Reforma Psiquiátrica. (Ribeiro, 2023, p. 128).

Com a ascensão do governo Bolsonaro, em 2019, pautado por uma agenda conservadora e ultraliberal, houve o aprofundamento das contrarreformas já iniciadas na gestão anterior. O movimento em questão configurou um retrocesso substancial nas políticas de saúde mental, ao reintroduzir orientações compatíveis com o modelo manicomial e ao fragilizar a lógica territorial e comunitária.

Clarificando esse processo, Delgado (2019) destaca que:

Entre 2016 e 2019, o governo federal tomou as seguintes medidas: 1) modificou a PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra ‘substitutivo’ para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção); 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial (Delgado, 2019, p. 2-3)

É possível observar que as políticas implementadas pelo governo federal entre 2016 e 2019 tiveram efeitos significativos sobre a organização da atenção à saúde mental no país. As medidas apontadas por Delgado (2019) indicam um reposicionamento do modelo de atenção, com fortalecimento do hospital psiquiátrico e das estruturas tradicionais, ao mesmo tempo em que enfraquecem serviços comunitários e territoriais, como os agentes comunitários de saúde e os Centros de Atenção Psicossocial. Tal conjunto de ações sugere uma tendência de centralização e medicalização do cuidado em saúde mental, em detrimento da atenção básica e das estratégias de cuidado em rede, com implicações diretas para o acesso, a integralidade e a territorialidade do serviço prestado à população.

Essa dinâmica foi aprofundada com a publicação da Nota Técnica nº 11/2019, que reafirmou a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e o incentivo às comunidades terapêuticas, além de legitimar práticas como o uso do eletrochoque, a internação de crianças e adolescentes e a priorização do atendimento ambulatorial às demandas psiquiátricas. Alguns meses após a divulgação da Nota Técnica foi editado o Decreto nº 9.761/2019, que instituiu a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), centrada na abstinência, acompanhada do

PLANAD 2022–2027, ambos amplamente criticados por reduzirem a relevância da estratégia de redução de danos (Ribeiro, 2023).

Nesse contexto, observa-se a ampliação do financiamento destinado às Comunidades Terapêuticas (CTs), em grande parte de natureza religiosa e privada. Embora apresentadas como uma resposta à insuficiência da rede pública de atenção, tais instituições têm sido amplamente denunciadas por reproduzirem práticas moralizantes, imporem a abstinência como condição obrigatória e violarem direitos humanos (Aragão; Rosa, 2019; Costa, 2020).

De acordo com Santos (2019), citado por Rodrigues (2025), as CTs foram desenvolvidas e disseminadas principalmente por iniciativas da sociedade civil, frequentemente em parceria com instituições religiosas, com o objetivo de assistir pessoas usuárias de drogas. Esses modelos de cuidado não compreendem a abstinência apenas como meta final do tratamento, mas como condição para que o indivíduo possa ingressar no processo terapêutico. São instituições de caráter fechado, que remetem à lógica dos antigos asilos e hospitais psiquiátricos, geralmente localizadas entre as periferias urbanas e a zona rural, promovendo o isolamento social, a vigilância cotidiana e a imposição de regras rigorosas de convivência.

Ainda a respeito das CTs, o Conselho Federal de Serviço Social <sup>20</sup> (2018) expõe que essas instituições, em grande parte, se organizam a partir de normas rígidas de funcionamento que impõem controle sobre a vida cotidiana dos internos. Segundo o Conselho, essas práticas incluem o disciplinamento, a obrigatoriedade da abstinência e a adoção da espiritualidade como recurso central de “cura”, o que se expressa em exigências como a leitura da Bíblia, as orações e o caráter confessional. Formas de intervenção que se contrapõem ao exercício da autonomia, da liberdade e de outros princípios fundamentais que orientam a profissão do(a) assistente social.

**Quadro 1** – Comparação entre CAPS AD e Comunidades Terapêuticas

| Aspectos   | CAPS AD                                               | Comunidades Terapêuticas                                               |
|------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Base legal | Portaria GM/MS nº 336/2002; inseridos na RAPS (2011). | Reconhecidas oficialmente em 2011, financiadas por convênios públicos. |

<sup>20</sup> O Conselho Federal de Serviço Social (2018) alerta para a precarização do trabalho profissional nesses espaços, onde assistentes sociais atuam frequentemente sem condições adequadas. “Sobre o vínculo empregatício, predomina o trabalho voluntário e celetista, ainda que se evidenciem a prestação de serviços, pessoa jurídica, contratos temporários e informais” (Conselho Federal de Serviço Social, 2018b, p. 12).

|                            |                                                                                         |                                                                                                                                                |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modelo de atenção          | Rede pública, interdisciplinar, territorializada e comunitária.                         | Instituições privadas, majoritariamente religiosas, com ênfase na abstinência.                                                                 |
| Objetivo central           | Redução de danos, cuidado em liberdade, reinserção social.                              | Recuperação moral e espiritual, foco em disciplina e abstinência total.                                                                        |
| Equipe profissional        | Equipe multiprofissional (assistente social, psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, etc.).  | Composta muitas vezes por voluntários e líderes religiosos; presença irregular de profissionais.                                               |
| Duração do tratamento      | Atendimento contínuo, com projetos terapêuticos singulares (PTS).                       | Internações prolongadas (6 a 12 meses ou mais).                                                                                                |
| Integração intersetorial   | Articulação com saúde, assistência social, educação e justiça.                          | Inserção limitada nas redes públicas; forte dependência de convênios.                                                                          |
| Críticas do Serviço Social | Fortalecem a política pública e os direitos humanos, ainda que com limites estruturais. | Criticadas pelo CFESS (2018), Aragão e Rosa (2019) e Costa (2020) por práticas moralizantes, violações de direitos e precarização do trabalho. |

**Fonte:** Elaborado pela autora (2025), com base em Brasil (2002; 2004), Conselho Federal de Serviço Social (2018), Aragão e Rosa (2019) e Costa (2020).

Conforme comparação apresentada no Quadro 1, observa-se que, enquanto os CAPS AD se organizam a partir de princípios comunitários, intersetoriais e de cuidado em liberdade, as CTs permanecem centradas em abordagens moralizantes e de afastamento social, o que representa um retrocesso frente às diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Essa dinâmica reproduziu, no campo das políticas sobre drogas, o mesmo processo de contrarreforma identificado na saúde mental, marcado pelo desfinanciamento da rede pública, pela precarização das relações de trabalho e pela fragilização dos CAPS AD (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018; Antunes, 2018). Além disso, a condução da política nacional sobre álcool e drogas, anteriormente vinculada ao Ministério da Saúde, foi transferida para o Ministério da Cidadania, reforçando uma lógica de gestão de caráter manicomial e proibicionista (Prudêncio; Senna, 2022).

Diante dessa trajetória, observa-se que a política de drogas no Brasil tem sido historicamente atravessada por antagonismos. Para o Serviço Social, esse contexto impõe o desafio de articular uma atuação crítica, pautada nos direitos humanos e na defesa da dignidade, ao mesmo tempo em que enfrenta a seletividade penal, o racismo institucional e os retrocessos neoliberais. Os CAPS AD, enquanto dispositivos da RAPS, configuram-se como espaços estratégicos para a efetivação de direitos, reafirmando o compromisso ético-político do Serviço Social com a dignidade humana e com a luta por uma sociedade sem manicômios — luta esta que, como lembra Passos (2017), só encontra sentido quando articulada à luta de classes e à crítica ao neoliberalismo.

A análise de Ribeiro e Silva (2024) evidenciam que, embora a produção de conhecimento sobre drogas no campo do Serviço Social ainda seja incipiente, ela se estrutura a partir de uma perspectiva crítica que ultrapassa o enfoque biomédico, reconhecendo o caráter estrutural da questão, intrinsecamente relacionado ao racismo, à exclusão social e à seletividade penal. Tal constatação reforça que a política brasileira sobre drogas continua marcada por tensões entre práticas repressivas e ações voltadas ao cuidado, configurando um campo de disputas constante. Nesse contexto, o Serviço Social reafirma seu compromisso ético-político com a defesa da liberdade, da emancipação e da dignidade humana, sustentando práticas intersetoriais e orientadas pela perspectiva emancipatória.

Outro aspecto relevante diz respeito ao papel dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil que atuam na defesa das políticas de redução de danos e na promoção de um cuidado pautado na perspectiva humanizada. Esses atores exercem função estratégica na produção de conhecimento e na luta contra o estigma e a criminalização das pessoas que fazem uso de drogas, contribuindo, assim, para o fortalecimento de políticas públicas de caráter democrático e inclusivo (Montenegro *et al.*, 2022).

Contudo, a conjuntura política e econômica atual, marcada pelo avanço do neoliberalismo e por políticas de austeridade, impõe limitações significativas à efetividade das políticas sobre drogas. A redução de investimentos públicos e o endurecimento das políticas de segurança reforçam a lógica punitiva, dificultando a implementação de práticas de cuidado e o acesso pleno aos direitos sociais (Ribeiro, 2023). Essa realidade revela a tensão permanente entre a repressão e o cuidado, situando a RAPS como um dos principais arranjos institucionais voltados à materialização do cuidado integral, embora sujeita aos desafios impostos pelo contexto político-econômico restritivo.

### ***3.2.1 A Rede atenção psicossocial (RAPS): Uma Nova Abordagem de Cuidado***

A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) insere-se no contexto dos avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica brasileira e pelas transformações decorrentes da implementação do SUS. Essa rede surge como resposta às históricas violações de direitos ocorridas no interior das instituições asilares, assumindo papel estratégico na reorganização da atenção à saúde mental, especialmente no que se refere às pessoas em sofrimento psíquico e àquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Constitui-se, portanto, em um arranjo institucional que reafirma a lógica do cuidado em liberdade, pautado na inclusão social, na garantia de direitos e na centralidade do território (Brasil, 2011).

Não obstante, como adverte Vasconcelos (2019), a consolidação da RAPS não deve ser compreendida de forma isolada, mas em articulação com o conjunto das políticas sociais e com o histórico processo da luta antimanicomial. A insuficiência de financiamento público e a fragilidade da intersetorialidade comprometem sua efetividade, sobretudo em um contexto de contrarreformas e avanço do projeto neoliberal, que tende a reduzir direitos sociais e a transferir responsabilidades para famílias e organizações filantrópicas.

No contexto do atendimento a pessoas com dependência de álcool e outras drogas, a estrutura instituída pela RAPS configura-se como um arranjo articulado e essencial para a promoção da autonomia, da cidadania e da garantia de direitos. Essa rede viabiliza o acesso a cuidados integrados — envolvendo a atenção primária, os CAPS AD, unidades residenciais e estratégias de redução de danos —, favorecendo um cuidado territorializado, multiprofissional e centrado nas complexas necessidades dos usuários (Brasil, 2011).

De acordo com a Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que instituiu a RAPS, são diretrizes fundamentais para o seu funcionamento, em seu artigo 2º:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Brasil, 2011).

Essas diretrizes representam uma mudança paradigmática, na qual o cuidado deixa de se concentrar na internação, passando a priorizar a integralidade, a dimensão territorial e a participação social. À luz dessas diretrizes, Duarte e Paiva (2021) destacam a RAPS como um marco da política de saúde mental, por consolidar o paradigma psicossocial substitutivo ao modelo hospitalar e por possibilitar a atenção integral no território.

Além disso, a RAPS estrutura-se a partir de princípios que visam assegurar a autonomia dos sujeitos, o respeito aos direitos humanos e a efetivação da cidadania, promovendo um cuidado integral e humanizado. Ao reconhecer os determinantes sociais do processo saúde-doença e a complexidade do sofrimento psíquico e do uso de drogas, a rede organiza ações articuladas, com ênfase em serviços comunitários e de base territorial, integrando estratégias intersetoriais e garantindo a continuidade do cuidado. Ademais, incorpora o paradigma da atenção psicossocial, a educação permanente dos profissionais e o monitoramento sistemático da efetividade dos serviços (Brasil, 2011).

A Rede de Atenção tem como objetivos centrais ampliar o acesso da população aos serviços de saúde mental e assegurar atendimento qualificado às pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, assim como a seus familiares. Ainda, busca assegurar a articulação entre os diferentes pontos de atenção no território, promovendo um cuidado contínuo e integrado, com ênfase no acolhimento, no acompanhamento sistemático e na resposta eficaz às situações de urgência (Brasil, 2011).

Nos termos da Portaria nº 3.088/2011, a estrutura da RAPS contempla os seguintes eixos e componentes:

I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde: 1. Equipes de Atenção Básica; 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas: 2.1. Equipe de Consultório na Rua; 2.2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; 3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF b) Centros de Convivência e Cultura; II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Acolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Leitos de

psiquiatria em hospital geral b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral); VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (Brasil, 2011).

A organização da RAPS em diferentes eixos evidencia a preocupação em estruturar um sistema que contemple desde a atenção básica até a hospitalar, incluindo serviços de urgência e estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Trata-se de uma configuração que busca romper com o modelo hospitalocêntrico, valorizando a inserção comunitária e a promoção da autonomia das pessoas em sofrimento mental. Ademais, a incorporação de iniciativas de geração de renda e trabalho reflete uma perspectiva ampliada de saúde, que reconhece a centralidade dos determinantes sociais na promoção do bem-estar e da cidadania.

Outro aspecto relevante da Rede, conforme definido na Portaria nº 3.088/2011, refere-se à descrição do funcionamento e da organização dos CAPS, que se constituem como pontos de atenção especializada e desempenham papel central na articulação do atendimento no território. O artigo 4º, §4º, estabelece a seguinte organização:

CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes.

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes.

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS-AD; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.

CAPS-AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário; indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

CAPS-AD 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 para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.

CAPS i: 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 cento e cinquenta mil habitantes (Brasil, 2011).

A RAPS organiza-se de forma intersetorial, articulando ações nas áreas da educação, justiça, assistência social, esporte, trabalho e cultura, com o objetivo de assegurar a

integralidade do cuidado e promover a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2011). Nesse contexto, a centralidade dos CAPS revela-se estratégica, uma vez que esses serviços atuam como núcleos articuladores da rede e constituem espaços privilegiados para a implementação de práticas substitutivas ao modelo hospitalar.

No item 2.2.2, serão abordados em maior profundidade os CAPS AD e os Consultórios na Rua, considerados dispositivos essenciais para a consolidação da atenção psicossocial e da política de redução de danos nos territórios.

### ***3.2.2 CAPS AD e os Consultórios de Rua***

A constituição da RAPS abriu espaço para a criação de dispositivos específicos voltados ao atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Destacam-se, nessa conjuntura, os CAPS AD e os Consultórios na Rua, ambos orientados pelo princípio do cuidado em liberdade e pela lógica comunitária.

No processo de consolidação normativa e institucional, é importante ressaltar que a estruturação dos CAPS, em suas diferentes modalidades, não surgiu de forma imediata com a RAPS, mas foi antecedida por regulamentações que progressivamente redefiniram o papel desses serviços na rede de saúde mental.

A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, inserida no contexto de avanços impulsionados pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica, atualizou as normas anteriormente estabelecidas pela Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992<sup>21</sup>, e regulamentou a organização dos CAPS em modalidades distintas: **CAPS I**, **CAPS II** e **CAPS III**, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Além desses equipamentos, a Portaria instituiu o **CAPS AD**, destinado a pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e o **CAPSi**, voltado ao cuidado de crianças e adolescentes com demandas relacionadas à saúde mental.

A Portaria constituiu uma etapa fundamental na consolidação dos serviços substitutivos, ao estruturar a rede de atenção em saúde mental com base territorial e comunitária, alinhada ao

---

<sup>21</sup> A Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, pode ser considerada um dos primeiros esforços normativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) voltados à organização da atenção em saúde mental. Esse marco estabeleceu diretrizes para o funcionamento dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, regulamentando, pela primeira vez, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos estratégicos no processo de transição do modelo asilar para um cuidado comunitário. Ainda que apresentasse limitações decorrentes do contexto político e institucional da época, a referida portaria inaugurou uma base normativa que seria posteriormente revisada e ampliada, notadamente pela Portaria nº 336/2002.

princípio do cuidado em liberdade. As modalidades foram definidas segundo critérios de porte populacional, grau de complexidade e abrangência, de modo a substituir progressivamente o modelo hospitalocêntrico e assegurar uma atenção mais próxima das necessidades concretas dos(as) usuários(as).

Conforme a GM/MS nº 336/2002 esclarece:

4.5 - CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.
- h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso (Brasil, 2002).

A Portaria GM/MS nº 336/2002 ainda determina que essas unidades devem atuar “em regime aberto, com cobertura territorial definida e funcionamento diário”, além disso, devem articular ações clínicas, visitas domiciliares e oficinas terapêuticas, visando à inserção social e à construção de vínculos (Brasil, 2002).

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;

- f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.
- h - atendimento de desintoxicação (Brasil, 2002).

Nesse arranjo, os CAPS assumem o papel de porta de entrada qualificada para o atendimento em saúde mental. Além de ampliar o acesso, sua atuação está vinculada à promoção da cidadania e à defesa dos direitos das(os) usuárias(os), evidenciando a dimensão social do cuidado. Conforme dispõe o inciso I do art. 7º da Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011<sup>22</sup>, os CAPS devem contar com equipe multiprofissional, organizada sob perspectiva interdisciplinar, responsável por oferecer atendimentos em diferentes modalidades de intensidade — intensiva, semi-intensiva e não intensiva<sup>23</sup> — em consonância com as necessidades singulares de cada sujeito (Brasil, 2011).

A publicação da Portaria nº 130, em 2012, representou um marco para a organização dos CAPS AD III, ao redefinir seus parâmetros de funcionamento e reafirmar o compromisso do Estado com a atenção psicossocial pautada na integralidade. Essa normativa estabeleceu que esses serviços devem assegurar cuidado contínuo, com funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, inclusive em finais de semana e feriados, em conformidade com a lógica de um serviço aberto e comunitário (Brasil, 2012).

Art. 5º O CAPS AD III observará as seguintes características de funcionamento:

- I - constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;
- II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc);
- III - ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, das 07 às 19 horas;
- IV - condicionar o recebimento de usuários transferidos de outro Ponto de Atenção, para abrigamento noturno, ao prévio contato com a equipe que receberá o caso;

<sup>22</sup> A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) — já abordada no item 3.2.1 desta dissertação — configurou-se como um marco na organização da política de saúde mental no Brasil, ao estruturar a rede de cuidados voltada a pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 3 set. 2025.

<sup>23</sup> Os atendimentos nos CAPS são organizados em três modalidades: Intensivo, destinado a pessoas em grave sofrimento psíquico ou em situação de crise, exigindo acompanhamento diário e contínuo, inclusive domiciliar, quando necessário; Semi-intensivo, voltado a usuários que apresentam melhora parcial do quadro, podendo ser acompanhados até doze dias no mês, com suporte direto da equipe para recuperação da autonomia; e Não-intensivo, indicado para pessoas que já não necessitam de acompanhamento frequente, sendo atendidas até três vezes ao mês, também com possibilidade de atendimento domiciliar (Brasil, 2011).

- V - produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;
- VI - regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros;
- VII - promover inserção proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial;
- VIII - organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos;
- IX - estabelecer profissionais de referência para cada usuário;
- X - adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (agulhas e seringas limpas, preservativos, etc), dentre outras;
- XI - ofertar cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD III;
- XII - promover junto aos usuários e familiares a compreensão das Políticas Públicas, especialmente dos fundamentos legais da Política Pública de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, e da defesa de seus direitos; (Brasil, 2012, Art. 5º).
- XIII - orientar-se pelos princípios da Redução de Danos;
- XIV - responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica;
- XV - compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações em Hospital Geral e outros Pontos de Atenção;
- XVI - realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da Região de Saúde;
- XVII - funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), participando diretamente do resgate voltado aos usuários com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com vistas a minimizar o sofrimento e a exposição, de acordo com pactuação prévia; e
- XVIII - articula-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário (Brasil, 2012).

Além da exigência de assegurar acesso permanente, a Portaria prevê a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), como estratégia central de personalização do cuidado, e a adoção de tecnologias de baixa exigência, a exemplo do acolhimento em horários flexíveis e da disponibilização de insumos de proteção à saúde. Ao privilegiarem práticas voltadas para a redução de danos e para a ampliação do acesso, às diretrizes reforçam o caráter inclusivo da RAPS, ao mesmo tempo em que tensionam os limites de um modelo historicamente marcado por práticas excludentes e hospitalocêntricas.

#### **Quadro 2 – Principais legislações e normativas relacionadas aos CAPS AD**

| <b>Ano</b> | <b>Legislação/Portaria/Nota</b> | <b>Conteúdo principal</b> | <b>Impacto para os CAPS AD</b> |
|------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
|------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------|

|      |                                                                            |                                                                                                                                            |                                                                                                             |
|------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1992 | Portaria MS/SAS nº 224/1992                                                | Primeira regulamentação dos serviços substitutivos em saúde mental.                                                                        | Base normativa inicial para os CAPS, abrindo caminho para modalidades específicas.                          |
| 2002 | Portaria nº 336/2002                                                       | Regulamenta modalidades CAPS I, II e III; cria o CAPS AD (álcool e drogas) e o CAPSi (infantil).                                           | Institui formalmente o CAPS AD como dispositivo especializado no cuidado a pessoas que fazem uso de drogas. |
| 2003 | Política Nacional Antidrogas (PNAD)                                        | Marco político, com forte viés proibicionista.                                                                                             | Reforça a tensão entre cuidado em liberdade e perspectivas repressivas.                                     |
| 2004 | Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas | Diretrizes específicas para o cuidado a usuários de drogas.                                                                                | Amplia a legitimidade do CAPS AD como serviço estratégico no SUS.                                           |
| 2011 | Portaria nº 3.088/2011                                                     | Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).                                                                                            | Consolida os CAPS AD como pontos de atenção especializados, de base territorial e comunitária.              |
| 2012 | Portaria nº 130/2012                                                       | Redefine os CAPS AD III: funcionamento 24h/dia, inclusive fins de semana e feriados; acolhimento contínuo; tecnologias de baixa exigência. | Expande a capacidade assistencial dos CAPS AD III, reforçando a lógica da redução de danos.                 |
| 2017 | Portaria nº 3.588/2017                                                     | Altera a RAPS, valorizando internações e hospitais psiquiátricos.                                                                          | Considerado um retrocesso: ameaça à centralidade do CAPS AD na rede comunitária.                            |

|                |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |
|----------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2019           | Nota Técnica nº 11/2019                          | Reforça abordagem abstencionista e comunidades terapêuticas.                                                                                                                                                                                 | Reduz o protagonismo da lógica de redução de danos e enfraquece o papel do CAPS AD.                                                                                                       |
| 2019 em diante | Debates políticos e Resolução nº 32/2021 (Conad) | Ampliação do financiamento das comunidades terapêuticas; manutenção da vigência da Portaria nº 3.588/2017 e da Nota Técnica nº 11/2019; retomada do debate no Ministério da Saúde e no Conselho Nacional de Saúde sobre revisão da política. | Não há novas portarias específicas; permanece cenário de disputas institucionais, com críticas ao enfraquecimento da lógica da redução de danos e pressões pela revogação de retrocessos. |

**Fonte:** Elaboração própria, com base em legislações do Ministério da Saúde (1992–2019 em diante).

O quadro apresentado sintetiza os principais marcos normativos que regulamentaram a criação e o funcionamento dos CAPS AD no Brasil, abrangendo desde a publicação da Portaria MS/SAS nº 224/1992 até os debates mais recentes posteriores à Nota Técnica nº 11/2019. A sistematização salienta que a política de saúde mental foi gradualmente estruturada em torno da lógica territorial e comunitária, inicialmente com a definição das modalidades de CAPS, avançando para a consolidação da RAPS, em 2011, e para a redefinição dos CAPS AD III, em 2012, como serviços de maior complexidade e abrangência. Ao mesmo tempo, o quadro destaca as tensões históricas que atravessam essa política, marcadas pela disputa entre o paradigma do cuidado em liberdade e a permanência de práticas de caráter hospitalocêntrico.

Sendo assim, observa-se que, embora os avanços normativos tenham representado conquistas significativas para a Reforma Psiquiátrica e para a consolidação dos CAPS AD como dispositivos estratégicos na rede de atenção, a política de drogas no Brasil continua permeada por contradições. A Portaria nº 3.588/2017 e a Nota Técnica nº 11/2019 exemplificam esse movimento, ao recolocar as internações no centro do cuidado e reforçar perspectivas abstencionistas. Cumpre destacar que tais elementos já foram abordados no item 2.2, no qual foi apresentado um breve resgate histórico da construção da política de drogas no país e evidenciados os embates que marcam sua trajetória (Brasil, 2017; Brasil, 2019).

No que se refere aos **Consultórios na Rua (CnR)**, Borysow, Oda e Furtado (2023) destaca que a Política Nacional para a População em Situação de Rua<sup>24</sup>, instituída em 2009 a partir das demandas de movimentos sociais, passou a incorporar necessidades específicas de cuidado em saúde, incluindo atenção a usuários de drogas, com ênfase no crack. Inspirado em experiências municipais bem-sucedidas, o Ministério da Saúde implementou os CnR como dispositivos estratégicos para o atendimento desse segmento populacional (Borysow; Oda; Furtado, 2023; Brasil, 2012).

Instituídos formalmente pela Portaria nº 122/2011, os CnR integram a atenção básica da RAPS. A portaria estabelece que esses dispositivos devem realizar busca ativa e cuidado itinerante de pessoas em situação de rua<sup>25</sup>, articulando-se com UBSs, CAPS e outros pontos de atenção (Brasil, 2012). Além disso, a normativa define três modalidades de equipes (I, II e III)<sup>26</sup>, especifica a composição multiprofissional e determina que estas forneçam insumos de proteção, acompanhem os usuários e facilitem o acesso a outros serviços de saúde e assistência social.

As equipes dos CnR foram concebidas como porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde, promovendo a articulação entre atenção básica, serviços especializados e políticas intersetoriais voltadas à inclusão social e à garantia de direitos (Brasil, 2009, 2012, 2014, 2024).

Apesar desses avanços, a implementação dos CnR enfrenta desafios significativos. Segundo Boldorini *et al* (2020), embora os CnR atuem como porta de entrada para a atenção básica há barreiras sociais e burocráticas que dificultam a integração intersetorial e a continuidade do cuidado. Além disso, fatores relacionados ao estigma e autoestigma da população em situação de rua podem comprometer a efetividade das intervenções.

Santos *et al.* (2025) destacam que os desafios também incidem sobre os profissionais que atuam nesse serviço, os quais enfrentam preconceitos que fazem com que o trabalho no

---

<sup>24</sup> A Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053/2009, tem como objetivo articular e integrar as políticas públicas voltadas a esse segmento, garantindo acesso a serviços de saúde, educação, assistência social, moradia, trabalho, cultura e lazer. Em 2024, a Lei nº 14.821 instituiu a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua), promovendo qualificação profissional, elevação da escolaridade e ampliação de oportunidades de trabalho e renda, com a criação de mecanismos como Centros de Apoio ao Trabalhador em Situação de Rua (CatRua) e as Bolsas QualisRua. Complementarmente, o Plano Ruas Visíveis (2023) prevê ações intersetoriais para inclusão social e produtiva, reforçando o compromisso do Estado com os direitos dessa população (Brasil, 2009, 2012, 2024).

<sup>25</sup> Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que compartilha características como pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e ausência de moradia convencional regular, utilizando logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, assim como unidades de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória (Brasil, 2009).

<sup>26</sup> A Portaria nº 122/2012 definiu que os Consultórios na Rua se organizam em três modalidades: Modalidade I, composta por quatro profissionais (dois de nível superior e dois de nível médio, excluído o médico); Modalidade II, composta por seis profissionais (três de nível superior e três de nível médio, também sem médico); e Modalidade III, que corresponde à equipe da Modalidade II acrescida de um médico (Brasil, 2012).

CnR seja, por vezes, percebido de forma depreciativa. Nesse sentido, é fundamental que esses profissionais, “além de possuírem habilidades técnicas e gerenciais, desenvolvam posturas capazes de superar tais narrativas” (Santos *et al.*, 2025, p. 9). Esses elementos evidenciam que, mesmo sendo uma estratégia inovadora, o atendimento itinerante ainda enfrenta limites estruturais e institucionais.

Os CAPS AD e os Consultórios na Rua (CnR) configuram-se como conquistas significativas na promoção do cuidado em liberdade e na garantia de direitos das pessoas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Amparados por portarias e legislações que valorizam a integralidade do cuidado e a participação social, esses dispositivos materializam os princípios da Reforma Psiquiátrica. Os CAPS AD constituem-se como serviços estratégicos de atenção especializada, voltados à oferta de cuidado contínuo e territorializado, enquanto os CnR exercem papel essencial na busca ativa e no cuidado itinerante, articulando diversas políticas e setores, com ênfase na atenção às pessoas em situação de rua (Brasil, 2012; Boldorini *et al*, 2020; Borysow; Oda; Furtado2023).

### **3.3 O município de Araguari-MG**

#### ***3.3.1 Contexto histórico e Perfil do Município***

A contextualização histórica e a caracterização do município de Araguari-MG revelam-se fundamentais para a compreensão do cenário em que se desenvolve a atuação do(a) assistente social, bem como para o entendimento da conformação das políticas públicas no território. Essa análise permite situar, de forma mais ampla, as condições históricas, sociais e econômicas que incidem sobre a política de saúde mental e sobre a atenção destinada às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, evidenciando as especificidades locais e os desafios que se colocam para a efetivação do cuidado em liberdade.

A constituição histórica do município remonta ao século XVIII, no contexto da interiorização da colonização portuguesa. O Triângulo Mineiro foi desbravado por Bartolomeu Bueno da Silva, o “Anhanguera”, durante a expansão das rotas entre São Paulo e Goiás. Habitadas pelos Caiapós, as terras foram palco de resistência indígena, vista pelos colonizadores como obstáculo à comunicação entre capitanias. Para consolidar a ocupação, a Coroa organizou, em 1748, uma expedição militar que resultou na expulsão dos Caiapós e na sua posterior aldeação compulsória em dezoito povoados ao longo da Estrada de Anhanguera,

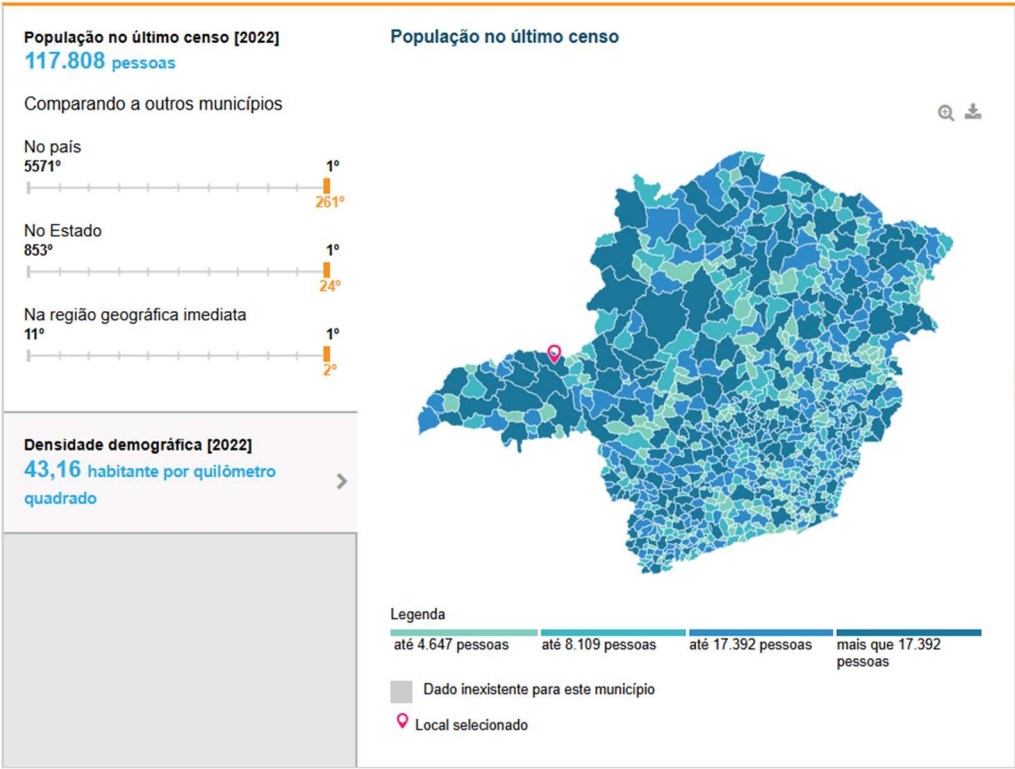
evidenciando a expropriação territorial indígena e a imposição da ordem colonial (Martins, 2006).

No início do século XIX, Antônio Resende Costa, o “Major do Córrego Fundo” e comissário de Sesmarias, procedeu à demarcação de terras na região, dentre elas a Sesmaria do Serrote (atual Fundão) e a da Pedra Preta (atual Cunhas), consideradas embriões do município. O Major doou parte de suas posses à Igreja Católica, que estabeleceu a freguesia de Nossa Senhora da Ventania. Em torno da sede paroquial formou-se o povoado, impulsionado por moradores vindos de Brejo Alegre e pelo caráter agregador das festas religiosas, que se tornaram polos de sociabilidade e de construção da identidade comunitária (Campos, 2010).

A vila de Brejo Alegre experimentou um processo de urbanização lento e pouco planejado, condicionado pela dinâmica agrária da região. Apesar disso, em 28 de agosto de 1888, foi elevada à categoria de cidade, passando a denominar-se Araguari, por meio da Lei Provincial nº 3.591 (Minas Gerais, 1988). Essa trajetória clarifica, de um lado, a violência da expropriação indígena e a concentração fundiária consolidada pelas sesmarias, e, de outro, o papel central da Igreja como ordenadora da vida social e cultural, elementos estruturantes que ainda hoje marcam a configuração territorial e política do município.

Localizado na mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, Araguari possui área territorial de 2.729,777 km<sup>2</sup> (IBGE, 2024). Em 2022, a população era de 117.808 habitantes, com densidade demográfica de 43,16 hab/km<sup>2</sup>. Nessa data, o município ocupava a 24<sup>a</sup> posição em população absoluta e a 216<sup>a</sup> em densidade entre os 853 municípios de Minas Gerais; em nível nacional, situava-se nas posições 261 e 1707 de 5.570, respectivamente. Em 2025, a população estimada alcançou 123.432 habitantes, consolidando sua posição como o terceiro município mais populoso do Triângulo Mineiro, atrás apenas de Uberlândia e Uberaba (IBGE, 2025).

**Figura 2 - Dados demográficos referentes ao Censo 2022**



**Fonte:** IBGE. Censo Demográfico 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 set. 2025.

No aspecto econômico, o Produto Interno Bruto (PIB) de 2021 alcançou R\$5,8 bilhões, com PIB per capita de R\$49.322,18, colocando Araguari na 100ª posição em Minas Gerais e na 980ª em todo o país. Em 2024, as receitas realizadas totalizaram R\$ 827.921.368,3 (x1000), enquanto as despesas empenhadas atingiram R\$ 834.716.390,01 (x1000), números que o situam, respectivamente, nas posições 26 e 23 no estado e 233 e 224 no Brasil. O percentual de receitas externas chegou a 76,91%, correspondendo à 732ª posição em Minas Gerais e à 4420ª no país, revelando a significativa dependência de recursos externos para a manutenção do orçamento municipal (IBGE, 2024).

**Quadro 3** – Indicadores socioeconômicos e territoriais de Araguari-MG

| Indicador               | Dado          |
|-------------------------|---------------|
| Área territorial (2024) | 2.729,777 km² |
| Área urbana (km²)       | ≈ 54          |

|                                              |                                                                                        |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| População estimada (2025)                    | ≈ 123.432 habitantes                                                                   |
| Densidade demográfica (hab/km²)              | Baixa                                                                                  |
| População de 0 a 6 anos (%)                  | 8%                                                                                     |
| Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, 2010) | 0,773 – Alto                                                                           |
| PIB (2021)                                   | R\$ 5.837.822,89 mil                                                                   |
| PIB per capita (2021)                        | R\$ 49.322,18                                                                          |
| Atividades econômicas principais             | Agronegócio, logística e indústria de transformação                                    |
| Localização estratégica                      | Eixo rodoviário e ferroviário (BR-050); proximidade com Uberlândia, Goiânia e Brasília |

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados do IBGE (2024); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2010); IBGE (2021).

No que se refere ao trabalho e ao rendimento da população de Araguari, os dados do IBGE revelam importantes indicadores socioeconômicos. Em 2022, o salário médio mensal dos trabalhadores formais correspondia a 2,2 salários mínimos, evidenciando uma média compatível com a realidade de cidades de porte médio no interior de Minas Gerais. Nesse mesmo ano, o município registrava 32.878 pessoas ocupadas em postos de trabalho formais, o que expressa a relevância do mercado formal na composição da força de trabalho local.

Quanto ao campo institucional, a gestão municipal é exercida pelo Poder Executivo, chefiado pelo prefeito, e operacionalizada por secretarias setoriais. Entre essas instâncias, sobressai a Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social, responsável por articular políticas de proteção e promoção social. Sua estrutura inclui a Subsecretaria de Prevenção ao Uso de Drogas, setores específicos de Proteção Social, Juventude, Combate à Fome e Vigilância Socioassistencial, além do Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD). “O Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas de Araguari – COMAD dedicar-se-á à prevenção, tratamento, reinserção social e ao pleno desenvolvimento das ações referentes à redução de danos decorrentes do uso de drogas” (Araguari, 2024, art. 22).

De igual relevância, destaca-se a Secretaria Municipal de Saúde, eixo estratégico da gestão pública local, responsável pela coordenação da política de saúde no território. Sob sua competência, organiza-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Araguari, fundamentada nos dispositivos da Lei nº 10.216/2001, da Portaria nº 3.088/2011, bem como na legislação municipal.

Nesse âmbito, a Lei Orgânica do Município, em seu Capítulo III do Título V, estabelece os princípios norteadores da política de saúde, enquanto o Código de Saúde, instituído pela Lei Complementar nº 21/2013, regulamenta a organização e a gestão do SUS no município. Além dessas atribuições, a Secretaria assume a responsabilidade pela articulação intersetorial, aspecto indispensável para o funcionamento da RAPS, uma vez que sua efetividade depende da integração com a assistência social, a educação e outras áreas de políticas públicas.

### ***3.3.2 Política Municipal de Saúde Mental e a RAPS em Araguari-MG***

A Política Municipal de Saúde de Araguari-MG está organizada a partir dos princípios constitucionais do SUS, em especial aqueles previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e regulamentados pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Essas normativas definem a saúde como direito de todos e dever do Estado, orientando a gestão municipal a garantir a universalidade, a integralidade e a participação social como fundamentos da política local. No campo da saúde mental, essa base normativa nacional se articula com diretrizes específicas que redirecionam o modelo assistencial e priorizam práticas territoriais e comunitárias.

No âmbito federal, destacam-se a Lei nº 10.216/2001, que assegura os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e propõe a substituição progressiva do modelo manicomial pelo cuidado em liberdade, e a Portaria nº 3.088/2011, que institui a RAPS, estabelecendo parâmetros para sua organização e financiamento.

Além das legislações de esfera federal, a Lei Orgânica do Município de Araguari e normas complementares, como a Lei Ordinária nº 7.091/2025, reforçam a institucionalidade da política de saúde ao estabelecer princípios e diretrizes essenciais para a efetivação do direito à saúde. Esses dispositivos normativos não apenas estruturam a atuação do poder público local, mas também asseguram a participação social e a fiscalização da gestão, configurando-se como marcos jurídicos relevantes para a consolidação da política municipal. Nesse contexto, destacam-se os artigos 171 e 172 da Lei Orgânica, os quais explicitam os fundamentos do direito à saúde no município:

Art. 171. A saúde é direito de todos os munícipes e dever do Poder Público, assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação do risco de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 172. O direito à saúde implica nos seguintes direitos fundamentais:

I – condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;  
 II – respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;  
 III – opção quanto ao tamanho da prole;  
 IV – acesso universal e igualitário de todos os habitantes do Município às ações e serviços de proteção e recuperação da saúde sem qualquer discriminação;  
 V – proibição de cobrança ao usuário pela prestação de serviços de assistência à saúde, públicos ou contratados pela Previdência, exceto os previstos em lei (Araguari, 2013, p. 74).

Essas normativas dialogam diretamente com a realidade de Araguari, onde a política municipal se materializa por meio da Secretaria Municipal de Saúde e de dispositivos como o CAPS AD, articulados com a Atenção Primária e outros dispositivos da rede.

Ainda no plano local, o Código de Saúde do Município de Araguari, instituído pela Lei Complementar nº 21/2013, revela-se como marco normativo fundamental para a consolidação da política municipal. Entre seus dispositivos, destacam-se aqueles que determinam a responsabilidade do ente municipal no desenvolvimento da política de saúde mental, vinculando-a às diretrizes nacionais e estaduais, bem como à observância da Lei nº 10.216/2001.

O Código municipal também dispõe sobre a organização das Redes de Atenção à Saúde, estabelecendo que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços deve se iniciar pelas Portas de Entrada do SUS e se completar em uma rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Entre essas portas de entrada, a legislação destaca a atenção primária, os serviços de urgência e emergência e a atenção psicossocial, reconhecendo a importância da articulação entre os diferentes níveis de cuidado. Esse ordenamento reafirma o compromisso do município com a integralidade e a equidade, princípios estruturantes do SUS, e fundamenta a organização da RAPS no território (Araguari, 2013).

No campo da saúde mental e da atenção ao uso de álcool e outras drogas, a legislação municipal dispõe sobre a garantia de ações voltadas à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação e à reinserção social, assegurando que tais práticas ocorram de forma não discriminatória e pautadas nos princípios da integralidade e do atendimento humanizado.

Art. 427. O Município de Araguari garantirá e implementará ações e serviços que compreendam a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social plena de pessoas em sofrimento mental ou em uso abusivo de álcool e outras drogas, sem discriminação de qualquer natureza, promovendo assistência integral e

eficaz, com atendimento humanizado e através do desenvolvimento de políticas públicas que visem à melhoria da sua qualidade de vida. (Araguari, 2013, p. 76).

Desse modo, verifica-se que a política de saúde em Araguari está sustentada por um conjunto de dispositivos legais provenientes das esferas federal, estadual e municipal, os quais constituem as bases normativas para a organização dos serviços e a efetivação do direito à saúde. As legislações abrangem desde os princípios gerais que estruturam o SUS até as especificidades relacionadas à política de saúde mental no município, orientando a gestão local na construção de uma rede territorializada, integral e intersetorial. Para fins de sistematização, o **Quadro 4** a seguir reúne as principais legislações que fundamentam a política de saúde em Araguari-MG.

**Quadro 4** – Principais legislações que embasam a política de saúde em Araguari-MG

| <b>Legislação</b>                                              | <b>Âmbito</b> | <b>Conteúdo/Contribuição</b>                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Constituição Federal de 1988 (arts. 196 e 198)                 | Federal       | Estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado; cria as bases do SUS, regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.                          |
| Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde)                      | Federal       | Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando o SUS em todo o território nacional.                                                    |
| Lei nº 8.142/1990                                              | Federal       | Regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e o financiamento do sistema por meio de transferências intergovernamentais.                                          |
| Lei nº 10.216/2001                                             | Federal       | Redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assegurando direitos e priorizando o cuidado em liberdade.                                                                   |
| Portaria nº 3.088/2011 – MS                                    | Federal       | Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), definindo seus componentes, objetivos e diretrizes de funcionamento.                                                            |
| Constituição do Estado de Minas Gerais (1989, arts. 196 a 200) | Estadual      | Define o direito à saúde no estado, assegurando princípios de descentralização, universalidade e participação da comunidade na formulação e no controle das políticas públicas. |
| Lei Estadual nº 13.317/1999                                    | Estadual      | Dispõe sobre a regionalização e hierarquização da assistência à saúde em Minas Gerais, integrando municípios em microrregiões e macrorregiões de saúde.                         |
| Lei Estadual nº 18.679/2009                                    | Estadual      | Institui a Política Estadual de Saúde Mental em Minas Gerais, alinhada à Lei nº 10.216/2001, promovendo a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico.                 |
| Lei Complementar nº 21/2013 (Código de Saúde do Município)     | Municipal     | Estabelece normas para a política de saúde em Araguari, com dispositivos específicos sobre saúde mental, prevenção, tratamento e reinserção social.                             |

|                                       |           |                                                                                                                                               |
|---------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lei Orgânica do Município de Araguari | Municipal | Define princípios e competências do poder público municipal, assegurando o direito à saúde e a implementação de políticas sociais integradas. |
| Lei Ordinária nº 7.091/2025           | Municipal | Cria comissões de fiscalização, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde, fortalecendo a gestão e o controle social.                  |

**Fonte:** Elaboração própria, com base na Constituição Federal de 1988; Brasil (1990a; 1990b; 2001; 2011); Minas Gerais (1989; 1999; 2009); Araguari (2013; 2025).

A compilação apresentada no **Quadro 4** evidencia que o município dispõe de um arcabouço normativo consistente, capaz de orientar a organização da política de saúde e, em especial, da saúde mental. Entretanto, a efetividade dessas regulamentações depende de sua materialização no território, mediante a estruturação dos serviços e a articulação entre a rede.

É nesse cenário que se insere a RAPS de Araguari, atualmente composta pela Atenção Primária, constituída por 23 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) e por 5 Unidades Básicas de Saúde (UBSs). No nível secundário de cuidados à saúde, o município conta com o Centro de Especialização de Atendimento e Acompanhamento Materno Infantil (CEAAMI), o Centro de Apoio Especializado (CAE), a Policlínica, o Programa Humanizado de Atendimento Domiciliar (PHAD) e o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), que ampliam a rede de atenção no território<sup>27</sup>.

Os serviços especializados em saúde mental do município compõem uma rede que integra diferentes dispositivos, articulados entre si e com os demais pontos do SUS. Essa rede é formada pelo CAPS AD III, pelo CAPS Adulto, pelo CAPSi, pela Equipe Multiprofissional em Saúde Mental, além de 10 leitos de saúde mental na Santa Casa da Misericórdia, que possibilitam acolhimento em situações de crise e garantem suporte em casos de maior complexidade.

A rede hospitalar do município é composta pela Santa Casa da Misericórdia, pelo Hospital Padre Júlio Maria e pelo Hospital Sagrada Família, instituições que oferecem suporte em diferentes níveis de atenção. Já no que concerne às urgências e emergências, Araguari conta com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), configurando pontos estratégicos para o cuidado imediato e para a integração com os demais serviços da rede.

<sup>27</sup> Dados fornecidos pela Coordenação do CAPS AD III de Araguari-MG, 2025.

Entretanto, como ressaltam os entrevistados, a rede apresenta contradições importantes. O CAPS AD III - Milton de Lima Filho, além de exercer o papel de referência municipal, tornou-se também um serviço de abrangência regional: “Somos referência de sete municípios [...] aqui é próprio e o único de categoria III” (AS1, 2025). Essa centralidade, contudo, acarreta sobrecarga de demandas e formação de filas para hospitalidade: “são oito leitos [...] fica fila, porque precisa. A gente articula com o CREAS e com o Ministério Público” (AS1, 2025).

Para fins de organização, o **Quadro 5** a seguir apresenta os principais equipamentos que integram a política municipal de saúde mental em Araguari.

**Quadro 5** – Equipamentos específicos de saúde mental em Araguari-MG

| <b>Equipamento</b>                                                                    | <b>Público-alvo</b>                                                                    | <b>Funcionalidade/Serviços</b>                                                                                                                             | <b>Localização</b>                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| CAPS AD III Milton de Lima Filho – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III | Pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e demandam cuidado em saúde            | Atendimento multiprofissional; acolhimento em regime 24h; leitos para internação de curta duração (até 14 dias); oficinas terapêuticas; reinserção social. | Rua Terezinha Machado da Silva, nº 550, Bairro São Sebastião, Araguari/MG. |
| CAPS I                                                                                | População em geral, em sofrimento psíquico (transtornos mentais graves e persistentes) | Atendimento multiprofissional; acompanhamento psicossocial; atividades terapêuticas; suporte à reinserção social.                                          | Rua Afonso Pena, 287 - Centro, Araguari/MG.                                |
| CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil                                 | Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico                                         | Atendimento especializado em saúde mental infantojuvenil; acompanhamento multiprofissional; atividades terapêuticas.                                       | Rua Josias Batista Leite, 169, bairro Bosque, Araguari/MG.                 |
| Equipe Multiprofissional em Saúde Mental                                              | População em geral, em articulação com a rede SUS                                      | Ações de apoio clínico, acompanhamento psicossocial e suporte à Atenção Primária; encaminhamentos e articulação intersetorial.                             | Atuação descentralizada                                                    |
| Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral (Santa Casa da Misericórdia)                 | Pessoas em crise psíquica que demandam internação hospitalar                           | 10 leitos destinados ao atendimento de saúde mental em hospital geral, garantindo cuidado integral em situação de maior complexidade.                      | Santa Casa da Misericórdia de Araguari                                     |

**Fonte:** Elaboração própria, com base em dados Prefeitura de Araguari; Coordenação de Saúde Mental do Município (2024); CAPS AD Araguari (Araguari, 2025).

Assim, apresenta-se a estrutura da saúde mental no município de Araguari, a qual sinaliza a diversidade dos serviços atualmente ofertados. A presença de diferentes dispositivos, articulados entre si e com os demais pontos da rede, reflete avanços significativos na consolidação da política local de saúde mental, ainda que persistam desafios relacionados a investimentos contínuos e ao fortalecimento da articulação intersetorial. Entre esses serviços, destaca-se o **CAPS AD III**, que ao longo dos anos assumiu papel estratégico no atendimento às pessoas com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, apontando como referência fundamental para a compreensão das dinâmicas locais de cuidado e, sobretudo, para a análise do trabalho do(a) assistente social desenvolvida nesta dissertação.

### ***3.3.3 CAPS AD III - Milton de Lima Filho: Estrutura e Funcionamento***

No subitem **3.3.3**, busca-se apresentar a configuração atual do CAPS AD III - Milton de Lima Filho, acompanhada de uma breve contextualização que permita situar o equipamento na realidade local, em articulação direta com o objeto desta dissertação, o trabalho do(a) assistente social no CAPS AD.

Nesse percurso histórico, destaca-se que o Centro de Apoio ao Dependente Químico (CAD), inaugurado em 2004, constituiu-se como o primeiro serviço municipal voltado à atenção diária de pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, estendendo também o cuidado aos seus familiares. Em julho de 2006, o Programa de Redução de Danos foi incorporado à Secretaria Municipal de Saúde, por meio do serviço de saúde mental, passando a funcionar no CAD. Já em 2007, consolidou-se um novo enfoque de trabalho, que associava o modelo inicial às perspectivas e práticas da redução de danos, ampliando as possibilidades de intervenção junto à população usuária de álcool e outras drogas.

Em 2017, o município de Araguari implantou o CAPS AD, representando um avanço na organização da política local de saúde mental ao ofertar cuidados especializados em regime de atenção diária e comunitária, conforme as diretrizes da Portaria nº 336/2002 (Brasil, 2002) e da Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2011). Em agosto de 2022, ocorreu a transição para a modalidade **CAPS AD III**, regulamentada pela Portaria nº 130/2012 (Brasil, 2012), ampliando a cobertura e a resolutividade do serviço. Nessa configuração, o CAPS AD III - Milton de Lima

Filho passou a funcionar em tempo integral, inclusive à noite, nos finais de semana e feriados, consolidando-se como equipamento estratégico da RAPS<sup>28</sup>.

De caráter comunitário, aberto e de base territorial, o CAPS AD III destina-se ao atendimento de pessoas em situação de sofrimento mental decorrente do uso de álcool e outras drogas, articulando cuidado, acompanhamento contínuo e estratégias de reinserção social. Entre suas atribuições centrais estão a elaboração e execução do PTS<sup>29</sup>, o desenvolvimento de práticas de redução de danos, a promoção da reinserção social em articulação com outras políticas públicas, o fortalecimento da autonomia dos/as usuários/as e a retaguarda assistencial em situações de crise.

Entre os objetivos gerais expressos nos documentos institucionais, destaca-se: “promover a assistência qualificada aos/às usuários/as com transtornos mentais, decorrentes do uso de álcool e outras drogas, residentes no município de Araguari e na microrregião de saúde de Uberlândia/Araguari” (Araguari, 2023)<sup>30</sup>.

Os municípios pactuados com Araguari para referência em atenção a usuários/as de álcool e outras drogas são: **Araporã, Cascalho Rico, Indianópolis, Monte Alegre de Minas, Nova Ponte, Prata e Tupaciguara**. Dessa forma, o CAPS AD III - Milton de Lima Filho torna-se referência regional para esses municípios, ofertando acolhimento diário e acompanhamento contínuo, em consonância com o PTS, garantindo suporte clínico e psicossocial, tanto em situações de rotina quanto em momentos de crise.

No conjunto de suas atribuições específicas, destacam-se:

Funcionar como referência dentro do território de abrangência para Abordagem Psicossocial ao usuário de álcool e outras drogas do Município de Araguari e dos municípios da microrregião que esteja em uso prejudicial dessas substâncias; Construir diálogos com as autoridades locais e da microrregião buscando soluções conjuntas para fortalecer a rede de cuidados, e viabilizar a continuidade do tratamento dos pacientes em todos os pontos da rede; Atender os familiares desses pacientes na mesma unidade buscando fortalecer os vínculos e laços familiares; Ofertar assistência em saúde mental de qualidade e excelência técnica, visando o alívio do sofrimento psíquico, a superação do estado agudo da patologia; Acompanhar os usuários com transtorno mentais, álcool e outras drogas através de uma Equipe Interdisciplinar; Implementar ações de matriciamento junto às unidades de saúde pertencentes à rede

<sup>28</sup> As informações relativas à trajetória histórica do CAPS AD em Araguari/MG foram obtidas por meio de pesquisa documental disponibilizada pela Coordenação do referido serviço, em consulta realizada especificamente para esta pesquisa de mestrado.

<sup>29</sup> O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento previsto na Política Nacional de Saúde Mental, caracterizado como um conjunto de condutas e propostas terapêuticas construídas de forma coletiva e interdisciplinar, direcionadas a um sujeito ou grupo específico. Seu objetivo é articular estratégias de cuidado que contemplem as necessidades clínicas, psicossociais e familiares dos/as usuários/as, respeitando a singularidade de cada caso e a lógica territorial da Atenção Psicossocial (Brasil, 2012).

<sup>30</sup> Documento institucional produzido e revisado pelos/as colaboradores/as e coordenadores do CAPS AD, juntamente com a Coordenação Geral da RAPS, Araguari/MG, em 29 nov. 2023.

de Saúde Mental do Município e da Microrregião Pactuados; Implementar ações de articulação intersetorial com a rede de proteção, atenção e cuidados a usuários de álcool e outras drogas e outras redes; Ampliar as condutas e encaminhamentos terapêuticos do tratamento clínico proposto pelo serviço; Afirmar a coerência da identidade de um CAPS AD III enquanto serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico para a demanda de usuário de álcool e outras drogas, proposta pela Política Nacional de Saúde Mental em Vigência; Investir amplamente na abertura de espaço para inserção social à usuários de álcool e outras drogas com transtorno mental; Trabalhar segundo lógica de território e dos demais princípios da Atenção Psicossocial. (Araguari, 2023).

Além disso, o CAPS AD III desempenha papel estratégico como articulador da RAPS, estabelecendo vínculos diretos com a atenção básica, os serviços de urgência e emergência e os hospitais gerais, o que reafirma sua condição de serviço territorializado e integrado. A Portaria nº 3.088/2011 ressalta que os CAPS configuram-se como “serviços de saúde locais e regionais, responsáveis pelo acompanhamento clínico e pela reintegração social dos usuários, sendo referência para a rede de saúde mental” (Brasil, 2011, p. 3).

Conforme documentos institucionais, a metodologia de cuidado estrutura-se a partir das orientações legais do Ministério da Saúde e de referenciais teóricos diversos, que incluem abordagens psicanalíticas, empíricas e sistêmicas de intervenção familiar. Também se fundamenta em perspectivas humanistas e existenciais, orientadas pelo paradigma da redução de danos. O serviço prioriza a atenção integral ao sujeito, entendida como um processo complexo e desafiador, marcado por diferentes racionalidades, mas que visa garantir práticas humanizadas, corresponsáveis e inclusivas. Sendo assim, o cuidado ofertado busca a reabilitação psicossocial, estimulando sentimentos de pertencimento e promovendo o fortalecimento de vínculos, a reinserção social e a reconstrução de trajetórias de vida (Araguari, 2023).

Nessa mesma direção, os documentos institucionais estabelecem critérios de demanda que orientam a inclusão de usuários no CAPS AD III, direcionados principalmente a indivíduos em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas que apresentem prejuízos significativos em diferentes dimensões de suas vidas, como a social, a escolar/profissional, a pessoal e a familiar. Destaca-se que a avaliação da intensidade desses prejuízos é o que permite determinar a gravidade do quadro psicopatológico e, por conseguinte, fundamentar a necessidade de acompanhamento pelo serviço especializado (Araguari, 2023).

Contudo, tais critérios, ao privilegiarem a avaliação dos prejuízos individuais como medida de gravidade, podem restringir a compreensão mais ampla sobre os determinantes sociais que atravessam o uso de álcool e outras drogas. Ao enfatizar a dimensão clínica e psicopatológica, corre-se o risco de secundarizar fatores estruturais como pobreza,

desigualdade, estigmatização e fragilidade das redes de apoio comunitário, que são determinantes na trajetória dos/as usuários/as.

Todavia, as entrevistas realizadas com os(as) assistentes sociais do CAPS AD - Milton de Lima Filho revelam que a prática cotidiana extrapola tais critérios formais. O acolhimento, segundo relatam, envolve não apenas a avaliação do consumo de substâncias, mas também a identificação de condições sociais e jurídicas que afetam diretamente a vida dos/as usuários/as, como a situação de rua, a ausência de documentação civil, conflitos familiares, entre outros. Somado a isso, mencionam a recorrência de casos de recaída, que exigem acompanhamento contínuo e flexibilidade no processo de cuidado. Essa realidade revela que, embora os critérios documentais sejam importantes para organizar o serviço, o cotidiano impõe demandas mais amplas, que só podem ser enfrentadas a partir de uma atuação interdisciplinar e comprometida com os princípios da redução de danos e da universalidade do acesso (AS1; AS2, 2025)

Em continuidade à discussão sobre os acolhimentos realizados na unidade, os documentos institucionais preveem que estes ocorram por meio de encaminhamentos oriundos de diferentes pontos da rede — como a Atenção Básica e as Unidades de Pronto Atendimento —, bem como por demanda espontânea. O serviço abrange tanto residentes de Araguari quanto dos municípios pactuados da microrregião, assegurando acesso sem necessidade de agendamento prévio. O atendimento é realizado pessoalmente, de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, contemplando demandas espontâneas, bem como situações de urgência e emergência. Quando necessário, casos mais complexos podem ser encaminhados para outros pontos da rede, de modo a garantir a integralidade do cuidado (CAPS AD III, 2023).

Embora o documento institucional reafirme a centralidade do acolhimento como porta de entrada para o CAPS AD III, a limitação do atendimento presencial ao período das 7h às 19h revela uma contradição em relação à própria lógica que fundamenta os CAPS AD III, caracterizados como serviços de atenção contínua, abertos 24 horas por dia. Essa delimitação temporal pode restringir o acesso de usuários que buscam atendimento em situações de crise fora do horário estabelecido, reproduzindo fragilidades comuns no processo de implementação das políticas públicas de saúde mental no Brasil. Assim, ainda que a diretriz do acolhimento esteja presente de forma normativa, sua efetivação plena encontra limites práticos, que impactam diretamente a integralidade e a universalidade do cuidado.

O CAPS AD III - Milton de Lima Filho conta com uma equipe multiprofissional composta por **dois médicos psiquiatras, cinco enfermeiros** (três no período noturno e dois no diurno), **doze técnicos de enfermagem** (seis em cada turno), **três psicólogos, dois fisioterapeutas e dois assistentes sociais**, que asseguram o cuidado clínico, social e

comunitário dos usuários. Integram ainda a equipe **quatro redutores de danos**<sup>31</sup> **de nível médio**, responsáveis por ações estratégicas junto às pessoas em uso de drogas, além de um **artesão em reciclagem**, voltado às oficinas terapêuticas e de reinserção social. O serviço conta, também, com uma **farmacêutica**, responsável pela dispensação e acompanhamento medicamentoso, e um **auxiliar administrativo**, que garante o suporte às atividades de gestão e funcionamento da unidade.

A composição multiprofissional do CAPS AD III revela avanços significativos no campo da atenção psicossocial, na medida em que reúne profissionais de diferentes áreas que atuam de forma integrada, articulando dimensões clínicas, sociais e comunitárias do cuidado. A presença de psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais contribui para um atendimento abrangente, ao mesmo tempo em que a inserção de redutores de danos, artesão em reciclagem e farmacêutica amplia o escopo das práticas, reforçando a perspectiva da integralidade.

Entretanto, a equipe também evidencia limites estruturais. A inexistência de uma Equipe de Consultório na Rua implica a centralização das ações de redução de danos no CAPS AD III, conferindo sobrecarga a esse serviço e restringindo a capilaridade das estratégias de cuidado junto à população em situação de rua e em territórios de maior vulnerabilidade. De igual modo, embora a inclusão de profissionais como artesão em reciclagem e redutores de danos represente uma inovação ao ampliar horizontes de inserção social e autonomia dos usuários, a composição ainda carece de profissionais de outras áreas — como terapeutas ocupacionais, educadores físicos e nutricionistas — cuja atuação poderia fortalecer a abordagem interdisciplinar e responder de forma mais ampla às necessidades sociais e de saúde dos usuários.

Experiências em outros contextos demonstram a importância dessas equipes especializadas: Engstrom *et al.* (2016), ao analisarem a prática do Consultório na Rua em Manguinhos (RJ), evidenciam que a presença de profissionais de diferentes áreas, voltados ao trabalho comunitário, fortalece os vínculos terapêuticos e amplia o alcance das políticas de saúde. Na mesma direção, Freitas (2017) aponta que o Consultório na Rua funciona como dispositivo estratégico de aproximação às populações em situação de rua, permitindo maior efetividade das práticas de redução de danos e revelando fragilidades quando essa função fica restrita aos CAPS AD.

---

<sup>31</sup> Cabe destacar que o município de Araguari não dispõe de Equipe de Consultório na Rua, de modo que as ações de redução de danos são concentradas no CAPS AD III, ampliando a centralidade dessa unidade no atendimento territorial.

Em termos de cobertura assistencial, os dados institucionais do CAPS AD III indicam que o serviço mantém uma **frequência média diária de aproximadamente 45 usuários**, em regime de atendimento contínuo, o que demonstra sua capacidade de acolhimento e acompanhamento intensivo de casos em diferentes níveis de complexidade. No período mensal, esse número se amplia para cerca de **120 usuários atendidos**<sup>32</sup>, evidenciando a centralidade do CAPS AD III na rede municipal e regional de atenção psicossocial voltada às pessoas em uso de álcool e outras drogas.

No que concerne à hospitalidade noturna, o CAPS AD III constitui-se como serviço de referência regional, de acordo com a pactuação estabelecida na Comissão Intergestores Regional (CIR). A unidade disponibiliza **oito leitos de hospitalidade**, organizados entre setores femininos e masculinos, com a oferta de **quatro refeições diárias** aos usuários. O tempo de permanência pode alcançar até 14 dias consecutivos, podendo ser prorrogado por determinação da equipe multiprofissional, em conformidade com as necessidades singulares de cada caso.

Do ponto de vista das políticas públicas, o CAPS AD III exerce contribuição significativa ao consolidar a diretriz da integralidade, articulando de maneira indissociável o cuidado clínico-terapêutico e o psicossocial. Como observam Duarte e Paiva (2021, p. 129), “a integralidade como uma das diretrizes do SUS também está relacionada à noção de direito à saúde”, o que reforça a centralidade dos CAPS na efetivação desse princípio no cotidiano dos serviços.

No entanto, o funcionamento dos CAPS AD não se dá sem tensões. Pesquisas apontam que a escassez de recursos materiais e humanos limita a efetividade da rede e repercute diretamente no processo de trabalho das equipes multiprofissionais (Bastos; Roza; Serrão, 2020). Nesse sentido, os(as) assistentes sociais que atuam nesses espaços são desafiados/as a conciliar o compromisso ético-político com a defesa de direitos e as condições concretas de trabalho, frequentemente marcadas por sobrecarga e insuficiência estrutural. Essa contradição se traduz em práticas que, ao mesmo tempo em que buscam ampliar o acesso e fortalecer o cuidado em liberdade, enfrentam entraves que restringem sua efetividade plena.

Além disso, estudos como o de Reis e Ferrazza (2022) demonstram que a implementação de práticas de redução de danos em CAPS AD ainda encontra obstáculos, seja pela insuficiência de recursos, seja pela dificuldade de formação continuada dos profissionais. Tais desafios dialogam com os achados desta pesquisa, ao evidenciar que, mesmo reconhecendo o CAPS AD III como espaço de potencialidades — sobretudo pela possibilidade de articulação

---

<sup>32</sup> Dados fornecidos pela Coordenação do CAPS AD III de Araguari-MG, 2025.

comunitária e pelo funcionamento 24 horas —, os/as profissionais identificam limites concretos que tensionam cotidianamente a efetivação do direito à saúde.

Dessa forma, a análise da configuração e do funcionamento do CAPS AD III - Milton de Lima Filho evidencia tanto os avanços representados pela consolidação de um serviço de base comunitária e territorial, quanto os limites impostos pelas condições concretas de trabalho e pela insuficiência de recursos. Essas constatações permitem compreender que a atuação do(a) assistente social nesse espaço se desenvolve em meio a tensões próprias da política de saúde mental no Brasil, situando-se entre conquistas e fragilidades que atravessam o cotidiano institucional. A partir desse cenário, o próximo capítulo se dedicará a discutir as potencialidades e os desafios da prática profissional do Serviço Social no CAPS AD III, a partir das percepções dos(as) assistentes sociais entrevistados/as, destacando como tais dimensões se materializam no exercício concreto do trabalho.

#### **4 CAPÍTULO 3 – NOS BASTIDORES DO CUIDADO: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO TRABALHO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS NO CAPS AD III - MILTON DE LIMA FILHO**

Como já exposto na introdução, o objetivo central desta dissertação é compreender o trabalho desenvolvido pelos(as) assistentes sociais no CAPS AD III - Milton de Lima Filho. Para alcançar esse propósito, foram realizadas entrevistas com assistentes sociais que compõem a equipe técnica do serviço (doravante identificadas como AS1 e AS2), buscando apreender, a partir de suas narrativas, elementos que revelam tanto os desafios quanto às potencialidades da prática profissional. O foco, portanto, está no trabalho do Serviço Social desenvolvido no CAPS AD III, em sua interface com a RAPS e com as demandas sociais que se manifestam no território de Araguari.

No que se refere aos procedimentos metodológicos, a pesquisa utilizou como instrumentos de coleta de dados a **entrevista semiestruturada**, a **pesquisa documental** e a **pesquisa bibliográfica**. As entrevistas possibilitaram apreender percepções e experiências acerca do exercício profissional. A pesquisa documental, baseada em legislações, planos e documentos institucionais, contribuiu para contextualizar os achados empíricos; e a pesquisa bibliográfica forneceu o aporte teórico necessário para fundamentar a discussão, a partir da produção acadêmica sobre saúde mental, política de drogas e Serviço Social.

##### **4.1 Desafios no Trabalho do(a) Assistente Social no CAPS AD III – Milton de Lima Filho**

A partir das entrevistas realizadas, tornou-se possível perceber que os(as) assistentes sociais enfrentam uma série de desafios em sua prática cotidiana no CAPS AD III -Milton de Lima Filho. Esses desafios estão relacionados tanto às condições estruturais e institucionais do serviço quanto às tensões próprias do campo da saúde mental e das políticas sobre drogas. Não se tratam de questões isoladas, mas de processos que se articulam a dimensões históricas, políticas e econômicas que conformam a política de saúde mental no Brasil.

Um dos principais desafios identificados refere-se ao **preconceito que ainda permeia tanto a rede de saúde quanto a sociedade em geral**. Conforme destacou o AS1: “o que mais dificulta é o preconceito mesmo. O preconceito, as portas fechadas pra esse público. Então, a gente às vezes tem que até brigar, lutar, pra garantir” (AS1, 2025). Essa constatação converge com as análises de Passos (2017), para quem o avanço da política de saúde mental no Brasil se

deu em um contexto de resistências históricas, no qual “a estigmatização dos usuários se tornou uma barreira estrutural para a efetivação de direitos” (Passos, 2017, p. 27).

O preconceito dirigido às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas manifesta-se de forma multifacetada, desde a negação explícita de acesso a serviços até a desvalorização simbólica de suas demandas, traduzida em atendimentos precários e olhares moralizantes. Como lembra Goffman (2008, p. 12), em sua clássica obra sobre o estigma, “o estigma se refere a um atributo profundamente depreciativo, que reduz quem o porta de uma pessoa íntegra e comum a alguém desacreditado e diminuído”. Essa leitura ajuda a compreender como a identidade social desses sujeitos é constantemente desqualificada, condicionando sua trajetória de cuidado e de inserção social.

Dessa forma, os usuários do CAPS AD não enfrentam apenas os efeitos diretos do uso de drogas, mas também o peso de uma **dupla exclusão**: a exclusão material, expressa na dificuldade de acesso aos bens e serviços públicos, e a exclusão simbólica, derivada do julgamento moral que recai sobre suas escolhas e modos de vida. Tal cenário fragiliza a consolidação do modelo de cuidado em liberdade proposto pela Reforma Psiquiátrica, que pressupõe não apenas a substituição do hospital psiquiátrico, mas sobretudo a afirmação de práticas de cuidado que reconheçam a dignidade, a singularidade e os direitos humanos dos usuários.

Essa condição de dupla vulnerabilidade evidencia que sujeitos com sofrimento mental relacionado ao uso de álcool e outras drogas enfrentam, simultaneamente, exclusão social — manifestada em dificuldades de acesso e preconceito institucional — e desafios internos que podem afetar sua autoestima e diminuir a busca por tratamento. A discriminação estrutural atua como barreira cotidiana ao exercício de direitos, percepção que também foi confirmada pelos/as entrevistados/as desta pesquisa.

O usuário faz parte da rede, é de todo o serviço público. Mas, muitas vezes, pelo fato de estar vinculado ao CAPS, é exigido que um profissional do CAPS o acompanhe para garantir seus direitos. No entanto, o acesso deveria ser assegurado em qualquer serviço, independentemente dessa vinculação. Essa é uma dificuldade recorrente que enfrentamos (AS1, 2025).

Amarante (2007) destaca que as práticas de exclusão associadas à loucura e ao uso de substâncias psicoativas se sustentam em uma lógica moralizante e repressiva, que reforça o controle social em detrimento da promoção de cuidado e cidadania. Assim, a dupla exclusão vivenciada por esses sujeitos — entre o estigma e a marginalização — reflete a permanência de

paradigmas excludentes que desafiam a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e das políticas de saúde mental no Brasil.

Na mesma direção, Dias *et al.* (2024) identifica que parte desse estigma é reproduzido por profissionais de saúde, cujas crenças preconceituosas impactam diretamente a qualidade do cuidado ofertado. A percepção estigmatizante sobre os “usuários de drogas” aparece de forma explícita nos relatos dos profissionais entrevistados no estudo de Dias *et al.* (2024), que ao serem questionados sobre a imagem que lhes vem à mente diante dessa população, destacaram:

Eles apresentaram exemplos de suas crenças imediatas quando pensam em um usuário de droga, e a imagem física se direciona quase sempre a um homem mais velho, emagrecido, sujo, mal vestido, debilitado em sua saúde e sua aparência e associado a uma comorbidade psiquiátrica. Eles concordaram que o estereótipo físico se forma primeiro na mente, e depois outros rótulos se colam ao sujeito, como “perigoso”, por exemplo (Dias *et al.*, 2024, p. 10).

Esse relato aponta como a construção social do estereótipo do “usuário de drogas” se ancora em imagens degradantes que associam o sujeito à precariedade física, à marginalidade e à periculosidade. Trata-se de um processo de estigmatização que naturaliza a exclusão, reduzindo a pessoa a atributos negativos e invisibilizando sua condição de sujeito de direitos. Ao projetar tais imagens no imaginário coletivo, reforça-se um ciclo de preconceito que atravessa não apenas a percepção social, mas também as práticas institucionais, impactando o acesso aos serviços de saúde.

As entrevistas realizadas no CAPS AD III confirmam que tais estereótipos continuam presentes no cotidiano da rede de atenção psicossocial. O/A entrevistado/a AS2 destacou que “muitas vezes, quando o usuário chega em um serviço, já existe uma imagem pré-formada dele, como alguém perigoso ou incapaz de mudança, e isso atrapalha o acolhimento”. Ainda enfatiza, que “hoje existe muito estigma, que se traduz em preconceito. Muitas vezes, a depender da formação ou mesmo da falta de conhecimento.” (AS2, 2025).

Essa percepção corrobora a análise de Costa (2021), que aponta que o senso comum em torno das substâncias reforça estereótipos alimentados pela discriminação e pelo racismo estrutural, contribuindo para a criminalização das drogas e para a adoção de práticas punitivas pelo Estado. Nesse cenário, políticas de prevenção e programas de educação permanente nos serviços de saúde destinados a esses usuários podem ser comprometidos, consolidando um cuidado marcado por viés moralizador. Diante disso, torna-se fundamental expandir ações de capacitação permanente, abrangendo não apenas os profissionais que atuam diretamente com

esses usuários, mas também a comunidade e os próprios usuários, de modo a promover um cuidado mais qualificado, inclusivo e alinhado à perspectiva de direitos.

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (2016), compete ao(à) assistente social atuar no enfrentamento de preconceitos e de concepções moralizantes que, em muitos casos, resultam na violação de direitos das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Nesse sentido, uma das estratégias mobilizadas tanto pelos(as) assistentes sociais quanto pela equipe do CAPS AD III para combater o estigma é o **matriciamento**, aspecto ressaltado no depoimento do(a) profissional identificado(a) como AS2.

A gente atua em toda a rede, realizando também o matriciamento. Matriciamos a Unidade de Pronto Atendimento para orientar, pois esse é um dos deveres do CAPS: matricular os serviços e mostrar que a saúde mental é responsabilidade de todos. O paciente não é apenas do CAPS. Também realizamos o matriciamento nas Unidades Básicas de Saúde, a fim de discutir casos e reforçar que esses usuários são responsabilidade de toda a rede. O paciente também tem o corpo para baixo que precisa ser cuidado, não apenas a saúde mental (AS2, 2025).

O matriciamento, ao proporcionar espaços de orientação, discussão de casos e troca de saberes, contribui para desconstruir visões estigmatizantes acerca das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, além de favorecer a integralidade da atenção. Trata-se, portanto, de uma estratégia que fortalece a intersetorialidade e potencializa o alcance das ações em saúde mental, reafirmando o compromisso ético-político do Serviço Social com a defesa de direitos e com a promoção de práticas emancipatórias no campo da saúde.

Segundo Fagundes *et al.* (2021),

O matriciamento é uma prática interdisciplinar e a proposta é que profissionais da Atenção Básica e especialistas de diferentes áreas atuem juntos, com vistas à qualificação do cuidado fornecido na AB e à diminuição de encaminhamentos desnecessários, sem de fato haver uma demanda claramente estabelecida que justifique a atenção especializada. A organização do trabalho deve se dar de modo a fomentar parcerias, onde o ambiente favoreça que os profissionais possam trocar seus saberes, ampliando assim suas concepções sobre adoecimento e formas de tratamento aos sujeitos (Fagundes *et al.*, 2021, p. 2313).

A literatura atual indica que o matriciamento em saúde mental constitui uma ferramenta essencial para consolidar práticas integradas e corresponsáveis na atenção psicossocial. Silva e Dubeux (2025), em estudo realizado nos CAPS II e III de Recife/PE, observaram que o matriciamento tem contribuído para fortalecer o vínculo entre os serviços especializados e a atenção básica, ao mesmo tempo em que oferece suporte técnico às equipes de saúde. Os autores ressaltam que essa estratégia possibilita ampliar o acesso e qualificar o cuidado, ainda que enfrentando desafios como a sobrecarga dos profissionais matriciadores e a falta de recursos

para garantir a continuidade das ações, o que evidencia a necessidade de investimentos estruturais para sustentar a proposta em sua integralidade.

Sob essa ótica, Nascimento *et al.* (2022), ao analisarem a experiência de implantação do matriciamento em Maceió/AL, destacaram a relevância das ações de orientação profissional e de educação permanente como instrumentos fundamentais para o fortalecimento da rede. Os resultados do estudo indicam que, quando há investimento em processos formativos e em espaços de diálogo entre equipes, o matriciamento promove não apenas a qualificação do cuidado, mas também a desconstrução de visões estigmatizantes acerca da saúde mental.

Além do preconceito, os entrevistados ressaltaram como desafio recorrente o excesso de atribuições, que se traduz em **sobrecarga laboral**. Conforme salientou AS2: “o assistente social não é só assistente social, né? Ele faz várias outras atividades e essas outras atividades acabam interferindo no total e acaba se tornando uma sobrecarga” (AS2, 2025). Nesse mesmo sentido, AS1 destacou que “a demanda é muito grande, e muitas vezes não conseguimos dar conta de tudo” (AS1, 2025). As falas indicam que a multiplicidade de tarefas, associada à complexidade das situações atendidas, configura a sobrecarga como um aspecto estrutural do cotidiano institucional.

Essa realidade encontra respaldo em estudos sobre as condições de trabalho em serviços de saúde mental no Brasil. Silva e Dubeux (2025), em pesquisa realizada em sete CAPS AD de Porto Alegre, constataram que itens como “meu trabalho é cansativo” e “meu trabalho me sobrecarrega” foram classificados em nível de risco médio, evidenciando que o desgaste físico e emocional constitui componente permanente da dinâmica laboral nesses serviços. Para Nunes *et al.* (2023), a precarização das condições de trabalho nos CAPS — marcada por contratos temporários, rotatividade de equipes e intensificação das atribuições — repercute diretamente no adoecimento psíquico dos trabalhadores e fragiliza a atenção oferecida às pessoas atendidas.

O afrontamento dos direitos da classe trabalhadora se espalha em diferentes nuances. Assistentes sociais, profissionais historicamente com inserção na esfera estatal — mas não somente —, vêm tendo suas condições de trabalho afetadas, com a redução de recursos e “enxugamento” das políticas sociais, mas vêm também sofrendo “na carne” esse afrontamento. Tem crescido o número de profissionais contratados(as) por frágeis vínculos — como RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) —, como também tem ocorrido em diferentes municípios, em especial nos estados do Centro-Oeste e em Minas Gerais, a contratação de assistentes sociais por pregão, em que, por meio do oferecimento do menor preço (leia-se menor salário), assistentes sociais (e não apenas esses) são “contratados(as)” (Matos, 2015, p. 687).

No contexto da pandemia de Covid-19, as fragilidades estruturais previamente existentes foram aprofundadas, expressando-se no aumento das demandas sociais e na

intensificação das tarefas atribuídas às(aos) assistentes sociais. Enquanto parte da classe trabalhadora, esses profissionais vivenciaram a precarização de suas condições laborais de forma ainda mais aguda, uma vez que permaneceram em contato direto com usuários de políticas sociais progressivamente focalizadas e seletivas. Atuando em espaços institucionais marcados pela insuficiência de recursos materiais e humanos, enfrentaram a ampliação das expressões da questão social em um cenário de rápida disseminação da doença e de agravamento da pobreza e das desigualdades (Andrade *et al.*, 2023). Em consonância, Treichel *et al.* (2024) observaram que, mesmo nos serviços de atenção psicossocial que apresentam índices menores de sobrecarga em comparação a outros dispositivos de saúde, a insatisfação profissional permanece elevada, sobretudo pela disparidade entre demandas e condições institucionais.

Mais uma tensão evidenciada nas entrevistas é a existência de **disparidades nas cargas horárias** entre profissionais da mesma categoria, o que demonstra uma contradição dentro da própria organização do trabalho. Enquanto um(a) assistente social cumpre jornada de 30 horas semanais, o(a) outro(a) profissional exerce 40 horas. Tal situação é problemática, uma vez que a Lei nº 12.317/2010, ao alterar a Lei nº 8.662/1993<sup>33</sup>, estabeleceu a jornada máxima de 30 horas semanais para assistentes sociais, sem redução salarial. Apesar disso, observa-se que, sobretudo no serviço público estatutário, a determinação legal não tem sido aplicada de forma uniforme, o que compromete a isonomia da categoria e contribui para a intensificação do trabalho e para a sensação de sobrecarga.

A luta histórica pela jornada de 30 horas semanais para assistentes sociais, conquistada pela Lei nº 12.317/2010, representa um marco para a categoria ao estabelecer limites mais justos de carga horária sem redução salarial (Brasil, 2010). No entanto, ainda se observa que sua implementação ainda encontra barreiras significativas em diferentes municípios e instituições, produzindo disparidades na carga horária efetivamente praticada (Conselho Regional de Serviço Social-MG, 2023).

De acordo com o levantamento realizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (2022) sobre o perfil das(os) assistentes sociais no Brasil, verificou-se que 19.616 profissionais (44,37%) declararam cumprir jornada semanal entre 25 e 30 horas; já a faixa entre 31 e 40 horas foi informada por 9.552 pessoas (21,60%), em muitos casos vinculados a funções de chefia ou coordenação. Jornadas superiores a 40 horas, embora em menor proporção, ainda correspondem

---

<sup>33</sup> BRASIL. Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 27 ago. 2010.

a 4.220 profissionais (9,55%). Esses dados remetem ao debate acerca da conquista da jornada de 30 horas, instituída em 2010, e sublinha que esse direito ainda não se consolidou de forma plena, revelando contradições entre o marco legal e a realidade vivenciada no cotidiano de trabalho.

A disparidade das cargas horárias na realidade de Araguari expõe a fragilidade da efetivação dos direitos trabalhistas da categoria, impactando tanto a qualidade de vida das(os) assistentes sociais quanto a continuidade e a efetividade das ações desenvolvidas nos serviços públicos, como os CAPS-AD.

Raichelis *et al.* (2024, p. 15-16) destacam que, no atual contexto societário, o trabalho dos(as) assistentes sociais sofre profundas inflexões que incidem sobre os espaços ocupacionais nos quais se inserem como trabalhadoras/es assalariadas/os, em sua maioria vinculadas/os a instituições públicas encarregadas da execução de políticas e serviços sociais. Esses espaços, por sua vez, não se encontram desvinculados das determinações estruturais que sustentam processos de exploração, dominação, opressão e precarização do trabalho.

Outra dificuldade verificada pelos(as) assistentes sociais estão relacionadas a **dificuldade de reconhecimento da especificidade da profissão nas equipes multiprofissionais**. Conforme relatou AS1,

A dificuldade que eu tive foi fazer os profissionais de outras categorias entenderem o que é o Serviço Social, para poderem me apoiar e ajudar, porque a gente não faz nada sozinho no CAPS. O CAPS é um trabalho em rede, em que um precisa do outro para o funcionamento do serviço. Eu não faço nada sem o médico, e o médico também precisa do assistente social. Para mim, o desafio é fazer a equipe compreender o quanto **o social** é importante para o tratamento, porque, se ele não estiver alinhado, a saúde como um todo fica prejudicada (AS1, 2025).

O depoimento confirma que os/as profissionais ainda precisam reafirmar continuamente a relevância e a especificidade do Serviço Social, a fim de garantir que sua atuação seja reconhecida como parte essencial da atenção em saúde mental.

Iamamoto (2009) salienta que a inserção do Serviço Social nos espaços institucionais e nas equipes multiprofissionais é condicionada pelas determinações históricas e pela divisão social e técnica do trabalho, o que coloca permanentemente em disputa o reconhecimento do lugar e das competências da categoria. Paiva *et al.* (2019) observam que a discussão sobre trabalho em equipe multiprofissional ainda enfrenta fragilidades teóricas, o que compromete a articulação entre as disciplinas e dificulta que cada profissão exerça sua identidade no coletivo, especialmente no caso do(a) assistente social.

No debate contemporâneo sobre atribuições privativas e competências profissionais dos(as) assistentes sociais, Matos (2015) destaca que essa discussão remete à reflexão sobre a própria profissão. Não se restringe ao que a legislação estabelece como funções exclusivas do Serviço Social, mas abrange também as potencialidades e responsabilidades que podem e devem ser desenvolvidas no cotidiano profissional. Embora a regulamentação seja indispensável para a consolidação da identidade da categoria, o reconhecimento social de sua relevância está diretamente relacionado à capacidade de resposta das/os profissionais diante das múltiplas expressões da questão social.

Raichelis (2020) ainda ressalta que, embora ancoradas no Código de Ética (1993), na Lei nº 8.662/1993 e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), tais definições “não são suficientes para garantir legitimidade social” do Serviço Social (Raichelis, 2020, p. 11). Mais relevante do que a disputa pelo monopólio de atividades privativas é a capacidade de produzir respostas profissionais às requisições do cotidiano institucional e a direção social conferida às ações no trabalho coletivo — que envolve funções de operacionalização, planejamento e gestão — no enfrentamento das expressões da questão social mediadas pelas políticas públicas (Raichelis, 2020, p. 11).

Portanto, uma profissão se legitima a partir das respostas que consegue emitir para usuários(as) dos seus serviços e para seus(suas) contratantes. E estas — as respostas — podem ser maiores ou menores, dependendo da competência do coletivo profissional. No caso do Serviço Social, tal debate não pode ser realizado sem a clareza dos distintos interesses que envolvem o contratador do trabalho profissional e a população usuária dos seus serviços (Matos, 2015, p. 682).

Outro desafio apontado é a **ausência de recursos materiais e estruturais** para a realização das atividades terapêuticas. O/A AS1 relatou que diversas oficinas foram prejudicadas pela falta de insumos, sendo necessário que os próprios trabalhadores organizassem “vaquinhas” para viabilizar a continuidade das ações: “Essa dificuldade de recursos é uma das questões mais presentes. Temos, por exemplo, a oficina de culinária, que exige muito material, e, diante dessa demanda, às vezes os próprios profissionais fazem vaquinha para conseguir manter a atividade.” (AS1, 2025).

Essa problemática também aparece na fala do/a AS2, ao destacar a precariedade dos recursos destinados às oficinas e a necessidade constante de improviso no cotidiano:

Falta recurso, falta muita coisa. Por exemplo, agora mesmo estava pensando na questão da hortoterapia: a gente fez uma horta aqui ao lado, com muito sacrifício. Foi um estagiário que doou a cerca. [...] Falta muito recurso para a oficina de culinária, que era muito boa. Antes tínhamos materiais, mas agora

não estão sendo fornecidos. Muita coisa a gente improvisa, e assim seguimos trabalhando. Poderia haver mais apoio? Poderia. Mas a realidade é que trabalhamos com o que temos. O servidor público, infelizmente, acaba se acostumando com isso. (AS2, 2025).

Esse cenário converge com a análise de Prudêncio e Senna (2022), que apontam que a política de saúde mental no Brasil tem sofrido intensos retrocessos, especialmente no que se refere à redução de investimentos e à dificuldade de manutenção de uma rede efetiva de atenção psicossocial. Segundo os autores, embora entre 2005 e 2012 tenham ocorrido avanços na consolidação de uma rede extra-hospitalar voltada ao reconhecimento dos usuários de álcool e outras drogas como sujeitos de direitos, os recursos orçamentários permaneceram majoritariamente voltados para práticas proibicionistas, conduzidas pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, em volume muito superior ao aplicado pelo Ministério da Saúde.

A partir de 2017, observa-se uma mudança ainda mais drástica na composição orçamentária. Os recursos federais destinados à política sobre drogas no âmbito do Ministério da Saúde caíram de R\$1,6 bilhão em 2017 para apenas R\$22,7 milhões em 2019, cortes justificados pelo regime de austeridade fiscal instituído pela Emenda Constitucional nº 95/2016. Paralelamente, os recursos destinados ao Ministério da Justiça cresceram aproximadamente R\$100 milhões por ano no mesmo período (Prudêncio; Senna, 2022).

Essa redução comprometeu diretamente a manutenção de serviços estratégicos da RAPS, inviabilizando experiências como a hortoterapia e as oficinas de culinária terapêutica relatadas pelos entrevistados/as, atividades fundamentais para a reinserção social, mas dependentes de insumos básicos.

Tal perspectiva articula-se ao processo de sucateamento dos CAPS-AD e à crescente precarização dos vínculos laborais dos trabalhadores da saúde mental. Como afirma Lima et al. (2024), a precarização das condições de trabalho das equipes afeta a capacidade de planejamento, articulação e continuidade das ações, limitando a efetividade do cuidado ofertado. Assim, as falas de AS1 e AS2 não apenas revelam a realidade local do CAPS-AD III de Araguari, mas também dialogam com um cenário nacional de subfinanciamento e fragilização estrutural, que coloca em risco o modelo de cuidado em liberdade preconizado pela Lei nº 10.216/2001 e pela Portaria nº 3.088/2011.

Os depoimentos também sinalizam a **ausência de reconhecimento institucional do CAPS AD frente à gestão municipal**. Conforme relatado por AS2, mesmo em momentos de inauguração e em atividades públicas, a presença do poder executivo local foi reduzida, o que simboliza a marginalização do serviço e sua frágil legitimidade política.

A baixa visibilidade política do CAPS AD compromete não apenas sua capacidade de reivindicar recursos materiais e humanos, mas também enfraquece seu papel estratégico como articulador da RAPS. Como observa Yasui (2019, p. 92), “a consolidação da reforma psiquiátrica não depende apenas da prática cotidiana nos serviços, mas também da sustentação política e institucional capaz de legitimar e expandir o modelo de atenção psicossocial.” Em outras palavras, a ausência de reconhecimento por parte da gestão local não se restringe a uma dimensão simbólica, mas revela limites concretos à efetivação da reforma psiquiátrica.

Salgado (2022) enfatiza que os desafios para a efetivação da política de saúde mental estão vinculados à histórica dificuldade de reconhecimento por parte do poder público. A desvalorização do CAPS AD, materializada pela ausência de gestores em eventos públicos ou pela limitação de investimentos, expressa um processo de deslegitimação que ultrapassa a dimensão financeira, alcançando também a esfera simbólica e política. Dessa forma, problematizar a baixa visibilidade institucional desses serviços significa compreender como o subfinanciamento e o distanciamento do poder executivo local impactam diretamente na qualidade da atenção psicossocial e na consolidação da RAPS.

Diante da ausência de reconhecimento por parte da gestão local, a equipe do CAPS AD III tem buscado estratégias para dar maior visibilidade ao trabalho realizado, na tentativa de legitimar suas práticas e obter recursos institucionais. Uma das iniciativas relatadas pelos profissionais foi a produção de materiais que mostrem à gestão não apenas os desafios enfrentados, mas também as potencialidades e resultados alcançados no cotidiano do serviço. Como destacou AS2:

Estou pensando em fazer um documentário, alguma coisa para mostrar para a gestão, porque as coisas ruins chegam até ela: ‘ah, no CAPS teve briga, no CAPS teve droga lá dentro, tem tráfico no CAPS’. Chegam à gestão apenas as piores coisas. Mas as coisas boas que a gente faz aqui dentro — a hortoterapia, os trabalhos de coral, temos até uma fanfarra aos sábados, o grupo de educação financeira, o tanto de benefícios e resultados que já tivemos. Essas coisas não chegam. Então eu estava falando para a coordenação: a gente precisa mostrar a parte boa também, né? E assim conseguir recursos (AS2, 2025).

A fala de AS2 evidencia um movimento de resistência e criatividade da equipe do CAPS AD III frente ao cenário de invisibilidade institucional. Ao propor a elaboração de um documentário para dar visibilidade às práticas desenvolvidas — como hortoterapia, coral, fanfarra e grupos educativos —, o profissional demonstra consciência de que a consolidação da política de saúde mental não depende apenas da execução técnica, mas também da construção de legitimidade social e política.

Essa postura encontra ressonância no que destacam Raichelis e Arregui (2021) e Matos (2015):

O cotidiano profissional é marcado por tensões e desafios, mas é nesse mesmo cotidiano que se apresentam as possibilidades de superação e enfrentamento das requisições impostas, às quais os(as) assistentes sociais não estão obrigados(as) a se submeter, dispondo de autonomia relativa para propor e negociar suas propostas profissionais (Raichelis; Arregui, 2021, p. 150).

O cotidiano é o espaço das respostas imediatas em todas as esferas da nossa sociabilidade, inclusive as relativas ao trabalho. Logo, se estivermos mais qualificados(as), daremos, no trabalho, respostas melhores. Se efetivamente internalizarmos os valores do projeto ético-político, que são emancipatórios, daremos respostas emancipatórias para a “dureza” do dia a dia — que naturaliza a desigualdade social, estimula o preconceito, desqualifica os indivíduos fora do padrão dominante etc. —, tanto no trabalho como nas outras esferas da sociabilidade (Matos, 2015, p. 685).

As entrevistas realizadas no CAPS AD III trazem à tona uma série de desafios que atravessam a prática cotidiana dos(as) assistentes sociais. Entre eles, destacam-se **o preconceito e o estigma** dirigidos aos usuários de álcool e outras drogas, que dificultam o acesso e fragilizam o cuidado; **a sobrecarga e a precarização do trabalho**, intensificadas pela insuficiência de recursos materiais e humanos; **as disparidades de carga horária**, em descompasso com a legislação vigente; além da **ausência de compreensão, por parte de outros profissionais, acerca das atribuições do Serviço Social**, o que reduz sua visibilidade e gera tensões no interior da equipe multiprofissional. Soma-se a esses elementos a **baixa visibilidade institucional**, que limita o reconhecimento do serviço pela gestão municipal e restringe a legitimidade necessária para a consolidação de práticas mais efetivas.

Apesar desse cenário, os profissionais têm desenvolvido estratégias criativas que expressam resistência e reafirmação do papel do Serviço Social. Destacam-se ações como o matriciamento junto à rede de saúde e a divulgação de experiências exitosas, a exemplo da proposta de elaboração de um documentário para dar visibilidade às práticas realizadas na unidade. Tais iniciativas revelam não apenas a capacidade de enfrentamento das adversidades, mas também as potencialidades do CAPS AD III, que serão discutidas a seguir, evidenciando como esses movimentos fortalecem a política de saúde mental e ampliam as possibilidades de cuidado em liberdade.

#### 4.2 Potencialidades do Serviço Social no Atendimento a Usuários de Álcool e Drogas

Apesar das limitações estruturais e institucionais que permeiam o cotidiano do CAPS AD III, os depoimentos colhidos nas entrevistas revelam que a atuação do Serviço Social se distingue pela capacidade de formular respostas qualificadas, reafirmando o compromisso com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com o projeto ético-político da profissão. As potencialidades identificadas expressam tanto estratégias de resistência frente às condições adversas quanto o caráter inovador da prática profissional, materializado na construção de alternativas de cuidado em liberdade e na afirmação de direitos.

Um dos elementos recorrentes nas entrevistas diz respeito à centralidade da **escuta qualificada** e do **acolhimento humanizado** no trabalho do Serviço Social junto aos usuários. Esses recursos aparecem como mediações fundamentais para a construção de vínculos e para o fortalecimento da autonomia dos sujeitos, reafirmando o compromisso da profissão com a defesa de direitos e com a dimensão emancipatória do cuidado. Nesse sentido, como sintetizou um dos entrevistados: “A potência do Serviço Social é imensa; a diferença que conseguimos fazer aqui dentro é significativa. Nosso olhar vai desde a escuta qualificada até o processo de reconstrução da autonomia e da cidadania da pessoa.” (AS1, 2025).

De acordo com Duarte *et al.* (2017), a escuta qualificada configura-se como uma estratégia essencial das políticas de saúde, pois contribui para a efetivação do princípio da integralidade no atendimento aos usuários. Esse processo implica acolher as demandas apresentadas, respeitar a singularidade dos sujeitos, compreender os motivos que os levaram a buscar o serviço e identificar suas necessidades, de modo a pactuar respostas mais adequadas e encaminhar soluções pertinentes, em ambientes apropriados e sem descaracterizar ou minimizar suas experiências.

“A Escuta Qualificada cria a possibilidade de ofertar uma assistência que transpasse o limite das demandas agendadas de acordo com os programas do Ministério da Saúde” (Duarte *et al.* 2017, p. 417), uma vez que possibilita identificar demandas de saúde implícitas no contexto social dos sujeitos. Tal exercício favorece intervenções orientadas pela equidade, pela interdisciplinaridade e pela intersetorialidade, contribuindo para a reorganização do processo de trabalho em saúde. Além disso, fortalece o vínculo e a corresponsabilidade das equipes com os usuários, ampliando a capacidade de acolhimento tanto das demandas programadas quanto das espontâneas (Duarte *et al.* 2017).

Ao se constituir como prática orientada para o reconhecimento das particularidades dos sujeitos e de suas demandas explícitas e implícitas, a escuta qualificada dialoga diretamente com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza o acolhimento, a corresponsabilidade e a centralidade do usuário nos processos de cuidado. Sob essa ótica, a

escuta não se limita a um procedimento técnico, mas representa uma postura ético-política que fortalece vínculos, amplia o protagonismo dos usuários e contribui para a efetivação da integralidade no SUS. Conforme estabelece a PNH, “humanizar a saúde significa efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, potencializando o compromisso com a dignidade, a autonomia e os direitos dos usuários” (Brasil, 2013, p. 7).

Ao favorecer a pactuação de respostas mais adequadas e o encaminhamento de soluções interdisciplinares e intersetoriais, essa ação consolida-se como eixo estruturante da humanização da atenção e da gestão em saúde, reafirmando a indissociabilidade entre o direito à saúde e o respeito à dignidade humana (Brasil, 2004; Brasil, 2013).

A qualificação do diálogo possibilita que o usuário seja atendido de forma integral, favorecendo o estabelecimento do vínculo terapêutico, a prevalência da diversidade e da singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado. Além disso, permite o equilíbrio entre os danos e benefícios das práticas sanitárias e a corresponsabilidade dessas ações, reforçando o protagonismo do sujeito alvo das intervenções (Maynart *et al.*, 2014; Raimundo; Cadete, 2012, *apud* Santos, 2019, p. 174).

A escuta qualificada, assimilada como prática fundamental no campo da saúde, encontra no acolhimento sua principal expressão metodológica. Ambos se articulam como instrumentos que visam superar atendimentos fragmentados e prescritivos, valorizando suas narrativas como ponto de partida para a construção de respostas institucionais (Januário *et al.*, 2023). Nesse processo, o acolhimento deixa de ser uma etapa pontual do atendimento e se configura como diretriz ético-política, sustentada pela escuta atenta, empática e crítica, que possibilita o fortalecimento de vínculos, o reconhecimento de demandas e a ampliação da corresponsabilidade entre profissionais e usuários.

O **acolhimento** possibilita reconhecer a legitimidade e a singularidade no que o outro necessita. Exercê-lo requer escuta qualificada, compromisso e vínculo entre os atores envolvidos. É uma estratégia fundamental para promover mudança no processo de trabalho, reestruturação dos serviços de saúde e resolutividade do cuidado, possibilitando relações harmônicas (Januário *et al.*, 2023, p. 2284).

Segundo Januário *et al.* (2023), a compreensão dos conceitos de acolhimento, vínculo e corresponsabilização é essencial para o aprimoramento das ações de cuidado no território. Esses elementos fortalecem a resolutividade da atenção e favorecem a dimensão intersubjetiva das práticas, uma vez que promovem relações humanas mais afetivas no âmbito da saúde.

O **vínculo** também é um dispositivo importante e necessário nos processos de trabalho, que visa afinidade interpessoal e bom relacionamento entre profissional e

usuário, sendo capaz de estimular a autonomia deste no processo terapêutico. Contudo, a burocracia nos serviços e excesso de trabalho ameaçam a visualização e a valorização do profissional, o que deveria existir como requisito para o funcionamento do serviço, em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado. A **corresponsabilidade** apresenta-se como um qualificador do cuidado, que implica o envolvimento dos profissionais de saúde, usuário e sua família nos planos e ações terapêuticas, e também na articulação entre serviços de saúde e de apoio. A ausência de um desses atores no processo do cuidado reitera o cuidado fragmentado (Januário *et al.*, 2023, p. 2284).

Nas entrevistas realizadas no CAPS AD III, evidenciou-se que o acolhimento tem se consolidado como exercício central no processo de atenção, funcionando como porta de entrada e como eixo estruturante para a construção de vínculos, orientações e adesão ao tratamento. A fala de AS1, ao definir o acolhimento como “o momento em que o usuário chega à unidade de saúde, a maneira como você recebe e dá orientações” (AS1, 2025), reforça a dimensão relacional e imediata desse processo, que se inicia no primeiro contato com o serviço. Da mesma forma, o relato de AS2 revela um esforço institucional para que o usuário não seja desconsiderado ou postergado em sua demanda: “temos como meta nunca dizer ao usuário para retornar em outro momento; buscamos garantir que seja atendido assim que chega” (AS2, 2025). Tais colocações revelam a materialização dos princípios da PNH no cotidiano dos CAPS, sobretudo no que se refere ao acolhimento como prática de acesso universal e como expressão da corresponsabilidade das equipes.

O acolhimento e a escuta qualificada também fazem parte do nosso trabalho. Percebo que nós, assistentes sociais, temos preparo para desenvolver essas práticas de forma bastante consistente [...] Embora o psicólogo também desempenhe um papel fundamental neste processo, entendo que o Serviço Social não fica atrás, pois realizamos um atendimento igualmente atento e sensível às necessidades dos usuários. Atuamos não apenas em demandas sociais específicas, como moradia, documentação e benefícios, mas também em um acolhimento mais amplo, com um olhar humanizado e uma escuta comprometida (AS1, 2025).

Outro aspecto relevante identificado nas entrevistas refere-se à **percepção dos profissionais acerca do papel do(a) assistente social no desenvolvimento da escuta e do acolhimento qualificado**. A fala de AS1, demonstra não apenas o reconhecimento da importância dessas práticas, mas também a valorização da profissão na atenção psicossocial. Ao destacar que a atuação do(a) assistente social extrapola demandas sociais imediatas, como moradia, documentação e benefícios sociais, e se estende a um acolhimento humanizado e atento às subjetividades.

[...] é o olhar e a conduta crítica do profissional frente às fronteiras da contradição da própria realidade concreta, que possibilita o engendramento de estratégias

profissionais no direcionamento do trabalho em uma dimensão coletiva e que promovam o atendimento das reais demandas da classe trabalhadora (Martins; Bastianini, 2024, p. 255).

Logo, o acolhimento no CAPS não se restringe a uma etapa inicial de recepção, mas configura-se como estratégia fundamental para a formulação do PTS. Essa conduta requer que o trabalho profissional seja orientado pela integralidade do cuidado, em uma perspectiva coletiva e interdisciplinar. Trata-se, portanto, de articular diferentes saberes e práticas multiprofissionais, ampliando as possibilidades de intervenção e garantindo a efetivação de um cuidado em liberdade (Cardozo; Ferraz; Soratto, 2020, p. 241).

Nesse mesmo direcionamento, Fernandes (2022) destaca que a interlocução entre distintos campos de conhecimento contribui para superar hierarquias disciplinares e ampliar a qualidade das respostas oferecidas no âmbito da saúde mental:

A interlocução entre as áreas do saber tende a resultar na horizontalização dos poderes disciplinares, desnaturalizando a hierarquia dos conhecimentos convencionados socialmente. Outrossim, a complexidade das situações exige respostas multivariadas, encadeadas e articuladas, qualificando-as e diminuindo os equívocos. Saber o caminho para fazer ações do campo social não eximem ou extraem do serviço social sua especificidade, mas sim potencializa as ações, agrega outros olhares e, mais do que isso, aumenta a eficácia da atenção integral e equânime para os usuários dos serviços” (Fernandes, 2022, p. 60).

O PTS é o instrumento que compõe dados relevantes ao atendimento do paciente. Ele deve ser construído com o próprio sujeito envolvido, respeitando sua autonomia, sua história, as demandas que ele traz e os encaminhamentos que deseja. Mais do que uma ferramenta essencial na política de saúde mental, o PTS é uma obrigação legal. A Lei 11343/06, que institui o SISNAD e prescreve medidas de atendimento à saúde dos dependentes de drogas, estabelece em seu Art. 22, inciso III, ao tratar das atividades de atenção e a reinserção social dos usuários, estabelece como obrigação que os serviços de saúde elaborarem o um projeto individualizado.

**Art. 22.** As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes: I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social; II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais; **III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;** IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais; V - observância das orientações e normas emanadas do Conad; VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas; VII - estímulo à

capacitação técnica e profissional; VIII - efetivação de políticas de reinserção social voltadas à educação continuada e ao trabalho; IX - observância do plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; X - orientação adequada ao usuário ou dependente de drogas quanto às consequências lesivas do uso de drogas, ainda que ocasional (Brasil, 2006).

Ao estabelecer princípios como o respeito aos direitos fundamentais e a valorização das especificidades socioculturais, a norma reafirma a necessidade de um cuidado individualizado e interdisciplinar. A elaboração de projetos terapêuticos personalizados, articulada à capacitação técnica e à inserção social por meio da educação e do trabalho, expressa o compromisso com a reinserção efetiva dos usuários e com a redução de riscos e danos.

Nessa direção, o acolhimento e a escuta revelam-se como expressões da **instrumentalidade do Serviço Social**, entendida não apenas como o uso de técnicas e instrumentos, mas como a capacidade da profissão de articular dimensões teóricas, éticas e operativas na direção de um projeto profissional comprometido com a emancipação humana (Iamamoto, 2015). Trata-se, portanto, de um espaço de afirmação do Serviço Social na equipe multiprofissional, no qual a profissão se insere de modo ativo na construção de respostas integrais e humanizadas.

Reconhecer a instrumentalidade como mediação significa tomar o Serviço Social como totalidade constituída de múltiplas dimensões: técnico-instrumental, teórico-intelectual, ético-política e formativa (Guerra, 1997), e a instrumentalidade como uma particularidade e como tal, campo de mediações que porta a capacidade tanto de articular estas dimensões quanto de ser o conduto pelo qual as mesmas traduzem-se em respostas profissionais [...] (Guerra, 2007, p. 12-13).

No espaço dos CAPS AD, o trabalho do(a) assistente social exige uma apropriação consciente da instrumentalidade, entendida como mediação entre o conhecimento da realidade, as demandas sociais expressas pelos sujeitos atendidos e os objetivos estratégicos da profissão. Nesse processo, a dimensão técnico-operativa envolve o uso de instrumentos como entrevistas, visitas domiciliares, relatórios, pareceres, encaminhamentos e registros, que devem ser manejados de forma crítica e situada. Articulada a ela, a dimensão teórico-metodológica refere-se à leitura da realidade social a partir de fundamentos históricos e da análise crítica das múltiplas expressões da questão social, possibilitando ao(a) assistente social compreender os determinantes estruturais que produzem a desigualdade e a exclusão. Complementarmente, a dimensão ético-política orienta a direção social da intervenção, sustentada na defesa intransigente dos direitos humanos, da cidadania e no enfrentamento das desigualdades sociais.

A instrumentalidade como mediação possibilita a passagem de ações meramente instrumentais (onde predomina a racionalidade técnica) para o exercício profissional crítico. Reconhecer o Serviço Social como mediação significa tomar a profissão como totalidade constituída de dimensões técnico-instrumental, teórico-metodológica, ético-política e formativa. A instrumentalidade como particularidade tem a capacidade de articular as dimensões da profissão e convertê-las em respostas profissionais, em estratégias políticas, em instrumentos técnico-operativos (Guerra, 1995, *apud* Menezes; Moura, 2016, p. 10).

Para Andrade e Gianna (2024), a instrumentalidade possibilita ao assistente social identificar, de forma crítica, os limites e as potencialidades presentes no contexto institucional, reconhecendo seu caráter histórico e dinâmico. Essa apropriação permite compreender o papel de outros atores sociais e profissionais, estabelecendo alianças estratégicas ou tensionamentos conforme as disputas em curso. Além disso, favorece a leitura das diretrizes institucionais, sua abertura a novas demandas, a articulação interinstitucional e os modos como se materializam as respostas às expressões da questão social. Entretanto, os autores alertam que tal análise torna-se incompleta se desconsiderar a caracterização da população usuária, suas particularidades de classe em contextos nacionais e regionais, formas de organização territorial e o grau de influência objetiva que esses sujeitos exercem sobre as instituições com as quais o(a) assistente social atua.

Com isso, a instrumentalidade é capaz de apreender de maneira analítica o espaço sócio-ocupacional, analisando teoricamente a realidade a partir das mediações estruturais, conjunturais e concretas do espaço sociocupacional do assistente social, dando uma direcionalidade ao instrumental técnico-operativo, com vista a construir alianças com atores da instituição e com os usuários que objetivem estratégias profissionais, que questionem a demanda da instituição a partir das finalidades e dos valores ético-políticos do projeto profissional (Andrade; Gianna, 2024, p. 13)

A instrumentalidade no Serviço Social é, sobretudo, uma mediação crítica e estratégica que potencializa a ação profissional frente aos desafios impostos pela realidade social e institucional. No CAPS AD, ela representa uma ferramenta indispensável para efetivação dos direitos dos usuários, contribuindo com processos emancipatórios.

No escopo das categorias que subsidiam a intervenção profissional do(a) assistente social, a **mediação** assume papel central, pois possibilita a articulação entre diferentes níveis da realidade — singularidade, particularidade e universalidade —, permitindo compreender as relações entre estrutura, conjuntura e cotidiano.

Para Moraes e Martinelli (2012), a mediação constitui uma categoria de caráter interpretativo, capaz de desvelar as contradições presentes no jogo de forças sociais que atravessam o cotidiano profissional, fundamentando, assim, uma intervenção crítica e

comprometida. Como afirmam as autoras: “a categoria mediação é uma possibilidade crítica do desvendamento do profundo jogo de forças sociais presentes no cotidiano profissional do assistente social” (Moraes; Martinelli, 2012, p. 8).

Dessa forma, o(a) assistente social não se restringe à execução imediata de ações, mas atua como sujeito que estabelece relações, media interesses e busca transformar condições de desigualdade. As autoras também alertam, entretanto, para os desafios da operacionalização dessa categoria, diante das tensões institucionais, das limitações técnicas e da distância recorrente entre a elaboração teórica e a prática cotidiana.

À luz dessa compreensão, como enfatiza Iamamoto (2009), os espaços sócio-ocupacionais dos(as) assistentes sociais revelam uma tensão permanente entre o projeto profissional — que afirma o(a) assistente social como sujeito prático-social, dotado de liberdade e teleologia, capaz de elaborar projeções e buscar sua concretização na vida social — e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações estão submetidas ao poder institucional e condicionadas por determinações externas. Essa contradição, vivida cotidianamente, tende a ser apreendida de modo dualista pelos profissionais, expressando-se no recorrente reclamo acerca do “distanciamento entre projeções e realidade, entre teoria e prática” (Iamamoto, 2009, p.9).

[...] essa “denúncia” aponta duas questões da maior relevância: (a) a existência de um campo de mediações que necessita ser considerado para realizar o trânsito da análise da profissão ao seu exercício efetivo na diversidade dos espaços ocupacionais em que ele se inscreve; (b) a exigência de ruptura de análises unilaterais, que enfatizam um dos polos daquela tensão transversal ao trabalho do assistente social, destituindo as relações sociais de suas contradições (Iamamoto, 2009, p. 9).

Outro ponto ressaltado na pesquisa diz respeito à capacidade do Serviço Social, em articulação com a equipe do CAPS AD III, de contribuir de forma significativa para a **reconstrução da autonomia e para o fortalecimento da cidadania** dos usuários atendidos no serviço. Conforme expresso nos relatos coletados, “era uma pessoa sem perspectiva nenhuma e hoje ele fala do sonho de comprar tijolos e reconstruir a sua casa. Isso mostra que o trabalho realizado aqui fez diferença na vida dele. Ele conseguiu retomar a autonomia e criar um projeto de futuro” (AS2, 2025). Essa contribuição extrapola o atendimento pontual, configurando-se como uma prática articulada que fortalece os sujeitos enquanto agentes ativos de seus processos de transformação social.

Entretanto, conforme apontado por outro(a) assistente social, há casos em que a autonomia não é plenamente viável, especialmente em contextos onde há limitações

psicológicas, neurológicas ou físicas que impedem alguns usuários de realizarem certas ações por conta própria. Nesses casos, o acompanhamento se torna essencial:

Na busca pela autonomia, é nessa direção que orientamos nosso trabalho. Contudo, muitos pacientes apresentam limitações psicológicas, neurológicas ou físicas que dificultam sua capacidade de agir de forma independente. Nessas situações, o acompanhamento torna-se imprescindível. Verifica-se que determinados usuários não conseguem realizar, de maneira autônoma, atividades simples, como comparecer a exames. Diante disso, organizamos o suporte técnico necessário para aqueles que não dispõem de rede de apoio (AS1, 2025).

Esse relato reforça a importância do trabalho coletivo e da articulação entre diferentes profissionais para assegurar o acesso a direitos adequando a intervenção às especificidades de cada sujeito e respeitando seus limites e trajetórias. Contudo, é necessário estar atento ao papel do(a) assistente social, que, ao atuar na mediação entre as demandas da população usuária e o acesso aos serviços sociais, situa-se na intersecção entre as esferas pública e privada, configurando-se como um dos agentes pelos quais o Estado intervém no espaço doméstico dos conflitos presentes no cotidiano das relações sociais (Iamamoto, 2009).

Tem-se aí uma dupla possibilidade. De um lado, a atuação do(a) assistente social pode representar uma “invasão da privacidade” através de condutas autoritárias e burocráticas, como extensão do braço coercitivo do Estado (ou da empresa). De outro lado, ao desvelar a vida dos indivíduos, pode, em contrapartida, abrir possibilidades para o acesso das famílias a recursos e serviços, além de acumular um conjunto de informações sobre as expressões contemporâneas da questão social pela via do estudo social (Iamamoto, 2009, p. 19)

Um dos pressupostos principais dos CAPS é possibilitar a construção da autonomia dos usuários e, conseqüentemente, de seus familiares, pois a autonomia e a valorização da cultura são essenciais para o exercício da cidadania. Em momentos de crise, o familiar pode assumir o protagonismo, porém é fundamental que o espaço de escuta seja prioritariamente destinado ao usuário, já que, conforme destacado por Freire (2018, p. 59), citado por Cardozo, Ferraz e Soratto (2020), “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros”.

A construção de um cuidado que reconheça a unicidade dos sujeitos demanda a inclusão da dimensão cultural como parte constitutiva do processo terapêutico. “Cada pessoa carrega em si uma experiência adquirida, uma herança. No processo da vida existe a oportunidade de criar e recriar estas experiências integrando-as às condições de seu contexto, por isso tamanha a importância da História e da Cultura para o cuidado em saúde mental” (Freire, 2017, *apud* Cardozo; Ferraz; Soratto, 2020, p. 240).

Moraes (2020) ainda reforça que os CAPS AD desenvolvem um conjunto diversificado de ações voltadas a usuários e familiares, que incluem atendimentos individuais voltados à compreensão das trajetórias de vida e do primeiro contato com a droga, além da sistematização dessas experiências. Complementarmente, os serviços organizam grupos de recepção, que visam estimular a adesão ao tratamento; grupos reflexivos, destinados a favorecer a construção de uma postura crítica diante do uso de substâncias; e atividades terapêuticas, que contribuem para o enfrentamento de medos associados ao processo de cuidado. O autor também evidencia a relevância dos grupos familiares, tanto daqueles que permanecem em acompanhamento quanto dos que interromperam o tratamento, entendendo-os como estratégias essenciais de fortalecimento de vínculos e de corresponsabilização<sup>34</sup>.

Na pesquisa empírica, observa-se que as **atividades em grupo** estão presentes na realidade do CAPS AD III. Conforme relata o AS2, “a gente tem a hortoterapia, os trabalhos de coral, tem até uma fanfarra aqui no sábado, além do grupo de educação financeira. O tanto de benefício que isso já trouxe, o tanto de resultado que a gente já viu...” (AS2, 2025). Esse aspecto é reforçado pelo AS1 ao afirmar que “tem a oficina de educação financeira, realizada pelo(a) assistente social, tem a da psicóloga, que é de rede de família. Tinha a de dança e a de culinária. E tem as da tarde, que são de atividades corporais, além da fisioterapeuta, que é aquela de... é um nome que eles falam, é TIC<sup>35</sup>” (AS1, 2025).

As falas apontam que as oficinas terapêuticas, ao diversificarem as formas de cuidado, ampliam as possibilidades de inserção social e de fortalecimento da autonomia dos usuários. Longe de se reduzirem a práticas recreativas, configuram-se como instrumentos de socialização, ressignificação de trajetórias e promoção da cidadania. A participação de diferentes profissionais na condução dessas atividades reafirma a centralidade do trabalho interdisciplinar no CAPS AD III e consolida a perspectiva de cuidado em liberdade e em rede. Nesse âmbito, os(as) assistentes sociais participantes desta investigação reconheceram os grupos como espaços potentes de intervenção profissional.

---

<sup>34</sup>Robaina (2010) esclarece que “é imperioso corresponsabilizar as demais políticas sociais nos processos de atenção às pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico. Ou seja, instituir ações em rede intersetoriais passa a ser horizonte de intervenção também para os assistentes sociais” (Robaina, 2010, p. 348). Portanto, a corresponsabilização possui como eixo estruturante a consolidação de práticas que superem a fragmentação do cuidado e a visão restrita do sofrimento psíquico reduzido à dimensão patológica individual. Ao ampliar o horizonte da intervenção, essa perspectiva desloca o foco de ações estritamente clínicas para a formulação de estratégias intersetoriais, articulando saúde, assistência social, trabalho, educação e cultura, de modo a assegurar a integralidade do cuidado e fortalecer os processos de inclusão social.

<sup>35</sup> As Terapias Integrativas e Complementares (TICs) correspondem a práticas que buscam promover a saúde e o bem-estar por meio de abordagens preventivas e terapêuticas, valorizando a integralidade do cuidado. Entre elas incluem-se técnicas corporais, respiratórias, de relaxamento, meditação, auriculoterapia, automassagem, entre outras, frequentemente utilizadas em atendimentos individuais e em grupos (Brasil, 2015).

Importa ressaltar que a prática grupal no Serviço Social antecede a incorporação da teoria marxista à profissão, sendo inicialmente identificada como Serviço Social de Grupo. Nesse momento histórico, a intervenção possuía um caráter fortemente psicologizante, direcionado à adaptação dos indivíduos às normas da sociedade capitalista, expressando o viés conservador então hegemônico. Com o movimento de ruptura e a consolidação do projeto ético-político crítico, essa modalidade de intervenção foi resignificada, assumindo contornos emancipatórios e configurando-se como espaço privilegiado de mediação e reflexão crítica sobre o cotidiano dos participantes, contribuindo para a socialização, o fortalecimento de vínculos e a ampliação da autonomia (Moreira, 2018).

Ao refletir sobre o trabalho desenvolvido no CAPS AD, especialmente no que se refere às atividades coletivas, torna-se evidente que tais espaços não apenas contribuem para a socialização e fortalecimento de vínculos, mas também se configuram como importantes meios para a produção de conhecimento acerca das condições de vida dos usuários.

A inserção do Serviço Social nesse processo potencializa a análise crítica da realidade social e possibilita a sistematização de experiências que, além de subsidiar a prática profissional, contribuem para a formulação de estratégias de enfrentamento às múltiplas expressões da questão social. Essa perspectiva dialoga diretamente com a defesa de Yamamoto (2009), ao enfatizar a relevância do acúmulo de dados e da compreensão criteriosa das vivências sociais como fundamentos para ações inovadoras e comprometidas com as necessidades dos sujeitos atendidos.

**O caráter intersetorial do trabalho** foi reiteradamente enfatizado pelos(as) assistentes sociais do CAPS AD III, conforme já discutido no subitem 4.1, que apresentou os principais desafios do exercício profissional. Neste momento, torna-se pertinente destacar algumas falas que revelam as potencialidades dessa articulação em rede, apontando caminhos de fortalecimento do cuidado e de ampliação da efetividade das ações desenvolvidas:

**AS1** – [...] eu procuro não me limitar apenas àquela questão imediata, mas buscar compreender mais amplamente quem é aquela pessoa, o que ela vivencia, quais são suas necessidades e de que forma a articulação com outros serviços poderia auxiliá-la naquele momento;

**AS1** – [...] realizo articulação com a rede diariamente, envolvendo a assistência social, os hospitais, o Ministério Público e a Defensoria Pública;

**AS2** - A articulação com a rede é fundamental, porque muitas vezes o usuário precisa de apoios que extrapolam o serviço do CAPS. Nosso trabalho é identificar essas demandas e acionar os equipamentos disponíveis, como a assistência social, as unidades básicas de saúde [...] Esse movimento permite ampliar as possibilidades de cuidado e garantir que o usuário e sua família não fiquem desamparados diante de situações de vulnerabilidade;

**AS2** - Vou com frequência à Santa Casa, na psiquiatria, porque há pacientes que precisamos avaliar e que, ao receberem alta, necessitam de continuidade do cuidado

no CAPS. Se o paciente é nosso, procuramos criar vínculo antes mesmo da alta hospitalar (AS1; AS2, 2025).

As falas demonstram que o exercício profissional no CAPS AD III está profundamente marcado pela intersetorialidade, entendida como a articulação necessária entre diferentes serviços e políticas públicas para responder às múltiplas demandas dos usuários. Ao destacar a importância de conhecer as necessidades do sujeito em sua totalidade, acionar instituições como hospitais, Defensoria e Ministério Público, bem como estabelecer vínculos ainda durante a internação hospitalar, os(as) assistentes sociais reafirmam que o cuidado em saúde mental não pode ser fragmentado, mas exige ações em rede e corresponsáveis.

Estamos falando do princípio da intersetorialidade, isto é, de estratégias que perpassam vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Deve articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais), e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatório, hospitais gerais e especialização etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (ministério público, previdências sociais, delegacias, instituição para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.), e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se (Amarante, 2007, p. 86).

Nesse percurso, Amarante (2007) ressalta que a efetivação do cuidado psicossocial demanda a constituição de uma rede ampla, capaz de ultrapassar os limites do setor saúde e articular-se com outras políticas públicas e com a sociedade civil organizada. À vista disso, o Serviço Social assume papel estratégico ao promover a mediação entre diferentes instituições e recursos, favorecendo a construção de respostas integradas e articuladas às múltiplas e complexas demandas apresentadas pelos usuários.

Os achados da pesquisa convergem com essa perspectiva, pois os profissionais entrevistados ressaltaram a dimensão da transformação e da inclusão social, que reconhecem no Serviço Social um papel estratégico na reinserção dos usuários e no fortalecimento de vínculos comunitários. Para além das ações de encaminhamento e garantia de direitos, o acompanhamento social contribui para o resgate da autoestima e do protagonismo dos sujeitos, ampliando redes de apoio e favorecendo sua participação comunitária. Destaca-se, ainda, a capacidade do(a) assistente social de mediar relações entre famílias e instituições da RAPS, promovendo o diálogo e fortalecendo a articulação intersetorial.

Contudo, é preciso estar atento ao que Robaina (2010) assinala ao analisar a atuação do(a) assistente social na saúde mental, onde se evidenciam duas matrizes distintas. A primeira, vinculada à prática clínica, tende a se subordinar ao saber hegemônico das disciplinas da psicologia, psicanálise e psiquiatria, o que pode resultar no distanciamento em relação ao projeto ético-político da profissão e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Essa adesão estaria relacionada tanto a uma “crise de identidade” do(a) assistente social em um campo predominantemente ocupado por categorias formadas para a clínica, quanto às pressões objetivas e subjetivas derivadas da hegemonia desse modelo. Em contrapartida, a segunda matriz busca preservar a identidade profissional e a autonomia técnica, sem abrir mão da interdisciplinaridade. Nessa perspectiva, o Serviço Social se afirma no campo teórico-prático, contribuindo para a identificação dos determinantes sociais e para a análise das formas particulares de expressão da questão social na saúde mental.

Robaina (2010) também esclarece que escapar aos constrangimentos impostos pela hegemonia psi não significa abandonar o campo da saúde mental nem adotar uma perspectiva meramente assistencialista e instrumental. Como afirma o autor, “a tarefa histórica do Serviço Social na saúde mental não é ater-se à subjetividade, também não é restringir-se à assistência social” (Robaina, 2010, p. 346). E Matos (2015) acrescenta que:

A profissão de Serviço Social está em movimento, como tudo que tem e faz história. Nesse movimento — que é real e independente da vontade dos sujeitos envolvidos —, temos o desafio coletivo de empreendermos respostas às demandas que nos são solicitadas e que consideramos pertinentes, bem como também precisamos sempre apurar nosso discernimento sobre as requisições enviesadas que são dirigidas à profissão (Matos, 2015, p. 696).

Por fim, a pesquisa no CAPS AD III apontou como potencialidade a **concretização do projeto ético-político do Serviço Social** no cotidiano profissional. Esse horizonte, fundamentado no Código de Ética da profissão (Conselho Federal de Serviço Social, 1993), orienta-se pela defesa intransigente dos direitos humanos, pela emancipação social e pela construção de uma sociedade justa e democrática.

Nas entrevistas realizadas revelam que o trabalho desenvolvido pelos(as) assistentes sociais no campo da saúde mental não se restringe à dimensão técnico-operativa, mas assume um caráter eminentemente político, na medida em que busca romper com práticas excludentes e estigmatizantes dirigidas aos usuários de álcool e outras drogas. Tal prática, sustentada por um sólido suporte teórico-metodológico, possibilita compreender a realidade social em sua complexidade e formular respostas profissionais que articulam a dimensão técnica à direção

social crítica da profissão. Sob tal enfoque, Iamamoto (2009) enfatiza que os espaços sócio-ocupacionais demandam uma capacitação acadêmica consistente, capaz de desvelar as ideologias presentes nos processos sociais e de alimentar um direcionamento crítico que articule fundamentos éticos, políticos e técnicos no exercício profissional.

Netto (2022) complementa que o projeto profissional atribui centralidade à construção de uma nova relação com os usuários dos serviços, fundada no compromisso com a qualidade do atendimento, na democratização do acesso e na publicidade dos recursos institucionais — considerados instrumentos indispensáveis para garantir a universalização dos direitos e viabilizar a participação popular nas decisões institucionais. O autor acrescenta que o desempenho ético-político da profissão só alcança sua plena potencialidade quando o corpo profissional se articula com outras categorias comprometidas com projetos semelhantes e, sobretudo, com os movimentos sociais vinculados à luta geral da classe trabalhadora.

O projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional. (Netto, 2022, p. 15-16).

Em síntese, os achados da pesquisa indicam que a concretização do projeto ético-político do Serviço Social se materializa também no âmbito da prática cotidiana, quando o cuidado em liberdade é efetivado, os vínculos comunitários são fortalecidos e os processos de reinserção social são estimulados. Esse exercício reafirma o compromisso histórico da profissão com a democratização das políticas públicas e com a garantia de direitos, ao mesmo tempo em que consolida o protagonismo dos usuários no processo de cuidado. Logo, compreendemos que a atuação desenvolvida no CAPS AD III, embora permeada por desafios institucionais e estruturais, contribui para a reafirmação da direção social crítica do Serviço Social, traduzindo, no espaço concreto da instituição, as lutas históricas que conformam a trajetória da profissão no Brasil.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sobre a atuação do(a) assistente social no CAPS AD III – Milton de Lima Filho, a partir da percepção dos profissionais do serviço, evidenciou a complexidade do campo da saúde mental e da política de drogas no Brasil. As narrativas destacaram tanto os desafios estruturais e institucionais do cotidiano quanto às potencialidades de uma prática comprometida com a defesa de direitos e o cuidado em liberdade.

O referencial teórico-metodológico do materialismo histórico-dialético possibilitou apreender as mediações entre experiências individuais e determinações estruturais da sociedade capitalista. Observou-se que as contradições enfrentadas no CAPS AD III estão inseridas em um contexto histórico marcado por contrarreformas, desfinanciamento das políticas públicas e disputas em torno de projetos societários. A política de drogas no país revela tensões entre práticas proibicionistas e iniciativas pautadas no cuidado em liberdade, enquanto as contrarreformas no campo da saúde reforçam modelos conservadores e fragilizam os avanços da Reforma Psiquiátrica (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018; Costa; Silva, 2024).

As entrevistas indicaram que os principais desafios enfrentados pelos profissionais incluem a insuficiência de recursos humanos e materiais, a sobrecarga de trabalho, disparidades de carga horária e o reconhecimento limitado da especificidade do Serviço Social, refletindo processos mais amplos de desmonte dos serviços públicos e a influência do ideário neoliberal (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020; Iamamoto, 2015). Soma-se a isso o estigma direcionado aos usuários de álcool e outras drogas, o qual compromete a relação terapêutica e dificulta o acolhimento (Dias *et al.*, 2024; Fernandes, 2018). Observou-se que o contexto estrutural vigente impacta significativamente o trabalho profissional nos CAPS AD, ainda em processo de consolidação.

Apesar desse cenário, a pesquisa revelou significativas potencialidades na atuação do(a) assistente social. Entre elas, destaca-se a capacidade de articular ações intersetoriais, integrando saúde, assistência social e demais políticas públicas, promovendo um cuidado integral, territorializado e pautado na integralidade. Ressalta-se, ainda, a mediação de direitos voltada à reconstrução da autonomia e ao fortalecimento da cidadania dos usuários, bem como a condução de atividades coletivas que favorecem a socialização, o fortalecimento de vínculos comunitários e a produção de conhecimento sobre as condições de vida da população atendida. Nesse sentido, nota-se que a garantia de direitos constitui elemento central das práticas desenvolvidas nos CAPS AD, conferindo-lhes uma função terapêutica e emancipatória no campo da saúde mental e do cuidado a usuários de álcool e outras drogas.

Importa destacar que o Serviço Social, historicamente inscrito nas relações sociais e na dinâmica de reprodução das estruturas, não pode ser compreendido de forma dissociada dos determinantes históricos que condicionam sua prática. Como enfatizam Iamamoto e Carvalho (1982), a profissão configura-se como mediação das tensões entre o individual e o social, exigindo constante reelaboração teórica e ética para responder às múltiplas expressões da questão social.

Embora o projeto ético-político tenha alcançado avanços significativos em sua consolidação, os(as) assistentes sociais ainda enfrentam desafios expressivos em seus contextos de atuação profissional. A precarização das condições de trabalho, a terceirização crescente dos serviços públicos e os recorrentes cortes orçamentários têm comprometido a qualidade e a continuidade da assistência prestada à população. Agrega-se a esse quadro a adoção de políticas neoliberais desde a década de 1990 — intensificadas pela reforma trabalhista de 2017 — que aprofundaram a flexibilização e a precarização das relações laborais, impactando diretamente os profissionais da área.

Conjuntura que, segundo Athayde (2020), é marcada pela retração na geração de empregos e pela ampliação de vínculos instáveis, estendendo-se a diversos segmentos produtivos, inclusive ao setor de serviços, e repercutindo também na categoria dos(as) assistentes sociais. Ainda que esta categoria apresente uma elevada taxa de formalização contratual, observa-se um crescimento significativo das formas precárias de contratação, como vínculos temporários, contratações por pregão e relações informais, o que afeta de maneira substancial as condições e a qualidade do exercício profissional.

O estudo ainda apontou a necessidade de integrar a temática da saúde mental e dos CAPS AD à formação acadêmica, seja por meio de estágios, pesquisas ou atividades de extensão, considerando que essa área permanece pouco explorada na preparação de novos profissionais. Tal aproximação permite compreender a articulação entre teoria e prática e fortalece o exercício ético, crítico e qualificado da atuação profissional.

Não é tarefa fácil posicionar-se como aluna e trabalhadora no contexto acadêmico. Diversas dificuldades surgem nesse retorno aos estudos, especialmente na tentativa de suspender, ainda que temporariamente, as demandas do cotidiano para se dedicar à produção de conhecimento sobre o próprio campo de atuação. Refletir sobre essas questões exigiu um esforço de olhar criticamente para o próprio trabalho, demandando não apenas o distanciamento metodológico necessário à pesquisa, mas também um movimento introspectivo de compreensão e ressignificação das práticas profissionais. Esse percurso revelou as tensões existentes entre experiência prática e produção acadêmica, demonstrando a complexidade de articular saberes

vivenciais e teóricos. Ademais, tornou claro a importância de construir espaços de reflexão sobre o fazer profissional, contribuindo para um olhar mais atento, crítico e consciente sobre as práticas e sobre o papel da formação acadêmica na construção do conhecimento no campo de atuação.

Por fim, este trabalho não pretende esgotar o tema, mas contribuir para o debate acadêmico e profissional acerca da atuação do Serviço Social no campo da saúde mental e das políticas sobre drogas. Destaca-se a importância de estudos futuros que ampliem o escopo da análise, abrangendo diferentes municípios e contextos regionais, possibilitando comparações e aprofundando proposições teóricas e práticas. Nesse sentido, torna-se fundamental fortalecer a compreensão do papel desempenhado pelos CAPS AD no Brasil, bem como subsidiar políticas públicas que assegurem, de forma efetiva, o cuidado em liberdade. Ademais, esta pesquisa pode promover e estimular debates sobre o trabalho profissional, grupos de discussão e processos de formação na área.

Encerro esta dissertação reiterando que o compromisso histórico do Serviço Social com a construção de uma sociedade justa, igualitária e democrática vai além do campo teórico, manifestando-se diariamente nas práticas profissionais, nas lutas pela efetivação das políticas públicas e na resistência frente aos retrocessos que ameaçam conquistas históricas da classe trabalhadora. Que esta pesquisa se some aos esforços coletivos que buscam fortalecer o campo das políticas públicas, especialmente no âmbito da saúde mental e das políticas sobre drogas, contribuindo para a construção de práticas emancipatórias, solidárias e humanizadas.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Giovanni. Crise do sindicalismo no contexto da flexibilização e precarização do trabalho no Brasil. **Katálisis**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 7–38, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/dMtXLKZ8YNwXkkJy7w8k4Fy/> . Acesso em: 27 out. 2025.
- ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309- 2319, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009001100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009001100002&script=sci_abstract&tlng=pt) . Acesso em: 30 out. 2025.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/s2xwj> . Acesso em: 27 out. 2025.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 2007. Disponível em: [https://www.google.com/search?q=AMARANTE%2C+Paulo.+Sa%C3%BAde+mental+e+aten%C3%A7%C3%A3o+psicossocial.+Rio+de+Janeiro%3A+Fiocruz+Editora%2C+2007.&rlz=1C1CHZN\\_enBR1158BR1168&oq=AMARANTE%2C+Paulo.+Sa%C3%BAde+mental+e+aten%C3%A7%C3%A3o+psicossocial.+Rio+de+Janeiro%3A+Fiocruz+Editora%2C+2007.&gs\\_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCTIwMTVqMGoxNagCCLACAfEFDI4QuTHkrfc&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=AMARANTE%2C+Paulo.+Sa%C3%BAde+mental+e+aten%C3%A7%C3%A3o+psicossocial.+Rio+de+Janeiro%3A+Fiocruz+Editora%2C+2007.&rlz=1C1CHZN_enBR1158BR1168&oq=AMARANTE%2C+Paulo.+Sa%C3%BAde+mental+e+aten%C3%A7%C3%A3o+psicossocial.+Rio+de+Janeiro%3A+Fiocruz+Editora%2C+2007.&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCTIwMTVqMGoxNagCCLACAfEFDI4QuTHkrfc&sourceid=chrome&ie=UTF-8) Acesso em: 27 out. 2025.
- ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho, São Paulo: Boitempo, 2005.
- ANTUNES, Ricardo. A precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Revista Brasileira de Sociologia**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 34-39, 2019.
- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, Ricardo. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? **Configurações**, Braga, v. 7, p. 155–166, 2010. Disponível em: <https://journals.openedition.org/configuracoes/230> . Acesso em: 27 out. 2025.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.
- LIMA, Israel Coutinho Sampaio; SAMPAIO, José Jackson Coelho; FERREIRA JÚNIOR, Antonio Rodrigues. Trabalho e riscos de adoecimento na Atenção Psicossocial Territorial: implicações para a gestão do cuidado em saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. especial, p. 306-318, out. 2023. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/d54Qf5yjHjqkVDZrC3ybJnk/?lang=pt>. Acesso em: 2 nov. 2025.
- ANDRADE, Mariana Alves; GIANNA, Sergio Daniel. A instrumentalidade na formação e na prática do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 147, n. 1, 2024. DOI:

10.1590/0101-6628.417. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/yjQj7cNXhmMC3M6YFqqC5KR/?lang=pt> . Acesso em: 29 set. 2025.

ARAGÃO, Indira; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. Política sobre drogas e neoliberalismo: comunidades terapêuticas e debate no Serviço Social. **Temporalis**, Brasília-DF, n. 37, p. 222–238, 2019.

ARAGUARI. **Documento Institucional do CAPS AD**. Produzido e revisado por colaboradores/as e coordenadores/as da unidade e pela Coordenação Geral da RAPS. Araguari, 29 nov. 2023.

ARAGUARI. Prefeitura. **Lei Complementar nº 209, de 2023**. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Câmara Municipal de Araguari. 15. ed. 2160, 2023. Disponível em:

<https://araguari.mg.gov.br/assets/uploads/correio/1705c1319353f6e6a475092e374fe896.pdf>.

Acesso em: 10 set. 2025.

ARAGUARI. Prefeitura. **Projeto de Lei nº 126, de 2024**. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social e dá outras providências. Araguari: Câmara Municipal de Araguari, 2024. Disponível em:

[https://sapl.araguari.mg.leg.br/media/sapl/public/materialegislativa/2024/17207/pl\\_126\\_2024.pdf](https://sapl.araguari.mg.leg.br/media/sapl/public/materialegislativa/2024/17207/pl_126_2024.pdf). Acesso em: 10 set. 2025.

ARAGUARI. Prefeitura. **Prefeitura de Araguari esclarece sobre descentralização do NASM – Núcleo de Apoio à Saúde Mental**. Araguari, 29 jan. 2020. Disponível em:

<https://www.araguari.mg.gov.br/noticias/prefeitura-de-araguari-esclarece-sobre-descentralizacao-do-nasm-nucleo-de-apoio-a-saude-mental>. Acesso em: 10 set. 2025.

ARAGUARI. **Secretaria de Saúde inaugura novo CAPS AD III em Araguari**. Araguari, 30 ago. 2022. Disponível em: <https://araguari.mg.gov.br/noticias/secretaria-de-saude-inaugura-novo-caps-ad-iii-em-araguari>. Acesso em: 10 set. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL.

**Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. Brasília: ABEPSS, 1996. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento\\_201603311138166377210.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf) .

Acesso em: 28 out. 2025.

ATAYDE, Rosane Alves de Almeida. O trabalhador terceirizado e a percepção da precarização do trabalho: um estudo de caso em uma instituição pública brasileira. **Revista da Defensoria Pública da União**, Brasília, v. 16, p. 221–240, 2020. Disponível em:

<https://revistadadpu.dpu.def.br/article/view/457>. Acesso em: 27 out. 2025.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROCO, Maria Lucia. Ética e História. In: BRITES, Cristina; MARA, Silvana; TERRA, Sylvia (org.). **Ética em Movimento**: Cadernos de Formação. Brasília: CFESS, 2022.

Disponível em: <https://www.cfess.org.br/noticia/view/2158>. Acesso em: 27 out. 2025.

BARROS, Sônia. A noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento. In:

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 34.

BASAGLIA, Franco. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Trad. Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política social no contexto da crise capitalista. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (org.). **Serviço Social: direitos profissionais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p.1-27. Disponível em: [http://canaldoassistentesocial.com.br/wp-content/uploads/2018/04/4\\_Politica\\_Social\\_no\\_Contexto\\_de\\_Crise\\_Capitalista.pdf](http://canaldoassistentesocial.com.br/wp-content/uploads/2018/04/4_Politica_Social_no_Contexto_de_Crise_Capitalista.pdf). Acesso em: 27 out. 2025

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/handle/123456789/2535>. Acesso em: 27 out. 2025.

BOLDORINI, Giovana *et al.* O impacto dos consultórios na rua frente à população em situação de rua: uma revisão de literatura. **Archives of Health**, Curitiba, v. 1, n. 6, p. 518–535, nov./dez. 2020. Disponível em: <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/140>. Acesso em: 7 out. 2025.

BORYSOW, Igor da Costa; ODA, Wagner Yoshizak; FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/9hS93srJcFSHxk8bYs5SLvc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2025.

BRAGA, Ruy. **A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista**. São Paulo: Boitempo; EDUSP, 2012.

BRASIL. Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio e morfina. Rio de Janeiro, RJ: Presidência da República. 1921. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>. Acesso em 01 nov. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro, RJ: Presidência da República. 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm). Acesso em: 01 nov. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm). Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1976. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6368.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm). Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 8 jun. 1993. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm). Acesso em: 31 ou. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 9 abr. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2001/lei/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2001/lei/l10216.htm). Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atendimento a pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e drogas aumenta 12,4% no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 21 fev. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/atendimento-a-pessoas-com-transtornos-mentais-por-uso-de-alcool-e-outras-drogas-aumenta-12-4-no-sus>. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf). Acesso em: 26 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: PNH.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 26 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental:** 1990 – 2004. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_saude\\_mental\\_1990\\_2004\\_5ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf). Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1992/prt0224\\_29\\_01\\_1992.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1992/prt0224_29_01_1992.html). Acesso em: 3 set. 2025.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser\_social.v22i46.25630. Disponível em:

[https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630) . Acesso em: 28 out. 2025.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139> . Acesso em: 28 out. 2025.

CAMARGO, Maria Angelina B. Relações e condições de trabalho do assistente social na atualidade: a proletarização da profissão. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 488–507, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/8g2r9P7YwF7Dk7m5w8gG8/?lang=pt> . Acesso em: 27 out. 2025.

CAMPOS, Marcelo da Silveira. O novo nem sempre vem: lei de drogas e encarceramento no Brasil. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília: Ipea, n. 18, p. 32–35, 2018.

CAMPOS, Maria Augusta. **História de Araguari**: das origens ao século XX. Araguari: Fundação Aragarina de Cultura, 2010.

CARDOZO, Priscila Schacht; FERRAZ, Fabiane; SORATTO, Jacks. Cultura, família e cuidado em saúde mental: relação de assistentes sociais com familiares no CAPS. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 26, n. 3, 2023. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2821>. Acesso em: 29 set. 2025.

CARVALHO, Jonatas Carlos. Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: a construção de uma política nacional. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 1–18, 2016. Disponível em: [https://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/carvalho\\_histria\\_politica\\_criminalizao\\_drogas\\_brasil.pdf](https://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/carvalho_histria_politica_criminalizao_drogas_brasil.pdf). Acesso em: 28 out. 2025.

CAVALCANTE, Girlene Maria Mátis; PRÉDES, Rosa. A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18195>. Acesso em: 27 out. 2025.

CECCON, Roger Flores; PERONDI, Thaise Luiz Fabiane. Vacina contra a AIDS na mídia brasileira: análise crítica do discurso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350120p> Acesso em: 28 out. 2025

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (6. Região). **13 anos após sanção da lei das 30h, o desafio ainda é a implementação**. Belo Horizonte, MG: CRESS. 2023. Disponível em: <https://www.cress-mg.org.br/2023/08/25/13-anos-apos-sancao-da-lei-das-30h-o-desafio-ainda-e-a-implementacao/>. Acesso em: 25 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Assistente social no combate ao preconceito**: o estigma do uso de drogas. Brasília, DF: CFESS, 2016. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf> . Acesso em: 28 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Código de Ética Profissional do/a Assistente Social**. Brasília, DF: CFESS, 1993. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/codigodeetica>. Acesso em: 19 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: Formação, Condições de Trabalho e Exercício Profissional**. Brasília, DF: CFESS, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>. Acesso em: 28 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Serviço Social e a inserção de assistentes sociais nas Comunidades Terapêuticas no Brasil**. Brasília, DF: CFESS-CRESS, 2018. Relatório.

COSTA, Aline Cristina da Paixão. A perspectiva pedagógica do/a assistente social na superação do estigma em drogas. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 21, n. 1, p. 303-322, jan./jun. 2021. DOI: 10.34019/1980-8518.2021.v21.32148. Disponível em: <http://www.ufjf.br/libertas/files/2021/08/303-322.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2025.

COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

COSTA, Paulo Henrique Azevedo. Comunidades Terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização. **Serviço Social em Debate**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2. 2020. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/4693>. Acesso em: 28 out, 2025.

COSTA, Rosiane Oliveira; SILVA, Alessandra Ximenes. A Política de Saúde Mental e Drogas no Brasil em tempos ultraneoliberais. **Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, p. 54–67, jan./abr. 2024. DOI: 10.12957/rep.2024.80190. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/download/80190/49142/296994>. Acesso em: 28 out. 2025.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 1-4, jan./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2021.

DIAS, Rafaela Toledo *et al.* Estigma e usuários de drogas: as crenças de profissionais de saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 29, p. 1–13, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/wm9brCQmdnRSVRGGcQRTF3Q/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2025.

DUARTE, Lindecy Pereira de Araújo *et al.* Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na atenção primária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 414–429, set. 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10232221>. Acesso em: 26 set. 2025.

DUARTE, Marcos José de Oliveira; PAIVA, Sabrina Pereira. Política de Saúde Mental e Serviço Social: desafios contemporâneos. In: DUARTE, Marcos José de Oliveira; PAIVA,

Sabrina Pereira. **Políticas sociais brasileiras em contexto de crise**. Belo Horizonte: UEMG, 2021.

ENGSTROM, Elyne Montenegro; TEIXEIRA, Mirna Barros. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, jun. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/P93ybrPWRqCHtFHh4T7JkxB/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 28 out. 2025.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **30 anos de redução de danos no Brasil: entre avanços, retrocessos e resistências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://www.epsvjv.fiocruz.br/30-anos-de-reducao-de-danos-no-brasil>. Acesso em: 1 set. 2025.

FAGUNDES, Giselle Soares *et al.* Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2311–2322, jun. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.20032019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n6/2311-2322/> . Acesso em: 28 out. 2025.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Reconceituação do Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

FERNANDES, Juliana Cristina. A dimensão social na saúde mental e a atuação do Assistente Social. *In*: PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; ROSA, Lucia Cristina dos Santos (org.). **Saúde mental e o trabalho do(a) Assistente Social**. Teresina: EDUFPI, 2022. p. 50–72. Disponível em: [https://ufpi.br/arquivos\\_download/arquivos/EDUFPI/sofia-lucia\\_-sa%C3%BAdede\\_mental\\_e\\_o\\_trabalho\\_doa\\_Assistente\\_Social.pdf](https://ufpi.br/arquivos_download/arquivos/EDUFPI/sofia-lucia_-sa%C3%BAdede_mental_e_o_trabalho_doa_Assistente_Social.pdf). Acesso em: 3 out. 2025.

FERNANDES, Raquel Helena Hernadez. O auto-estigma dos usuários de álcool e drogas ilícitas: uma revisão integrativa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 34, n. 3, p. 1–8, 2018. DOI: 10.1590/1678-4324-201820180031. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762018000300008&script=sci\\_arttext](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762018000300008&script=sci_arttext). Acesso em: 28 out. 2025.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Brasília: Liber Livro, 2018.

FRANCO, Tania; DRUCK, Graça. O trabalho contemporâneo no Brasil: terceirização e precarização. *In*: SEMINÁRIO FUNDACENTRO, Salvador, 2009. **Anais [...]**. Salvador: Fundacentro, 2009. Disponível em: <https://www.fundacentro.gov.br/arquivos/livros/terceirizacao-e-precarizacao.pdf> . Acesso em: 27 out. 2025.

FREITAS, Rosane Souza. **A política de saúde para população em situação de rua: o Consultório na Rua de Curitiba - PR**. 2017. Disponível em: [acervodigital.ufpr.br](https://acervodigital.ufpr.br). Acesso em: 27 out. 2025.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. Disponível em:

[https://www.mprj.mp.br/documents/20184/151138/goffman%2Cervimg.estigma\\_notassobremanipulacaodaidentidadedeteriorada.pdf](https://www.mprj.mp.br/documents/20184/151138/goffman%2Cervimg.estigma_notassobremanipulacaodaidentidadedeteriorada.pdf) . Acesso em: 28 out. 2025.

GOMES, Aldira Abreu; MEDEIROS, Regina de Paula. Os efeitos da medida socioeducativa relativa à Lei de Drogas para os usuários do Serviço Social: um estudo no 3º Juizado Especial Criminal da Comarca da Ilha de São Luís, MA. **Em Sociedade**, Belo Horizonte, v. 6, p. 90–115, 2024. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/emsociedade/article/view/34873>. Acesso em: 29 ago. 2025.

GOMES, Thatiane Meyre da Silva. Capitalismo contemporâneo, crise e política social: impactos na política de saúde mental, crack, álcool e outras drogas. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 34, p. 297-314, 2015. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_34\\_14\\_Gomes.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_34_14_Gomes.pdf) . Acesso em: 20 ago. 2025.

GOMES, Thatiane Meyre da Silva. Reforma Psiquiátrica e formação sócio-histórica brasileira: elementos para o debate. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 24-34, jan./jul., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21691> . Acesso em: 23 ago. 2025

GOMES, Thatiane Meyre da Silva; PASSOS, Raquel Gouveia. Avanço do conservadorismo, regressividade e os ataques à política nacional de saúde mental, álcool e drogas.. In: RAMOS, A.; DAHMER, L.; DAHMER, T.; BARBOZA, D. (org.). **Desenvolvimento, formação social brasileira e políticas públicas**: subsídios analíticos para o Serviço Social. Uberlândia: Editora Navegando, 2019, p. 155-166. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/livro-desenvolvimento-formacao-soci> . Acesso em: 23 ago. 2025

GUERRA, Yolanda. O Serviço Social frente à crise contemporânea: demandas e perspectivas. **Revista Ágora**, [S.l.], ano 2, n. 3, dez. 2005. Disponível em: <http://www.assistentesocail.com.br>. Acesso em 10 set. 2025.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2007, Belo Horizonte. **Anais [...]** Belo Horizonte: CRESS, 2007. p. 2–13. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/425842266/A-instrumentalidade-do-servico-social> . Acesso em: 28 out. 2025.

IAMAMOTO, Marilda Villela. 40 anos da “virada” do Serviço Social no Brasil: história, atualidade e desafios. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 1-20, jan./jun. 2020. DOI: 10.34019/1980-8518.2020.v20.30303. Disponível em: [Portal de Periódicos UFJF](https://portal.periodicos.ufjf.br/) . Acesso em: 27 out. 2025

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2015. Disponível em: <https://www.unirio.br/cchs/ess/Members/vanessa.bezerra/2022-1/disciplinas/servico-social-2/unidade-2-texto-4/livro-o-servico-social-na-contemporaneidade-marilda-iamamoto.pdf/view>. Acesso em: 26 set. 2025.

IAMAMOTO, Marilda Villela. 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 13-38, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.091> Acesso em: 26 set. 2025.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. (org.) **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009. p. 1–40. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/iamamoto-201804131241048556780.pdf>. Acesso em: 1 out. 2025.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2021.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social: contribuições analíticas sobre o exercício profissional. **Katálysis**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 5-13, 2001. Disponível em: [Portal de Periódicos UFSC](#). Acesso em: 27 out. 2025.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 44. ed. São Paulo: Cortez, 2020. Disponível em: <https://www.unirio.br/cla/unirio/cchs/ess/Members/rafaela.ribeiro/servico-social-e-processo-de-trabalho/livro-relacoes-sociais-e-servico-social-no-brasil/view>. Acesso em: 28 out. 2025.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 1982. Disponível em: [RIA UFRN](#). Acesso em: 27 out. 2025.

INGLEZ-DIAS, Aline. *et al.* Estratégias de redução de danos no Brasil: trajetória, resistências e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNVJwwSGNfBNbY9MN6ZvPKv/>. Acesso em: 1 set. 2025.

IBGE. **Cidades e Estados: Araguari**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/araguari/panorama>. Acesso em: 10 set. 2025.

IBGE. **Divisão territorial do Brasil e limites territoriais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2025.

IBGE. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html>. Acesso em: 10 set. 2025.

JANUÁRIO, Tacyla Geyce Freire Muniz *et al.* Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 2267–2278, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.19292023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6mYnC4xMvmn2V7JjCjGbMmh/>. Acesso em: 26 set. 2025.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Edições Loyola, 1992. 349p. Disponível em: <https://archive.org/details/DavidHarveyCondicaoPosModerna>. Acesso em: 27 out. 2025.

LESSA, Sérgio. **Mundo dos homens: trabalho e ser social**. Maceió: EDUFAL, 1999. Disponível em:

<https://beneweb.com.br/resources/O%20MUNDO%20DOS%20HOMENS%20Trabalho%20e%20ser%20social.pdf> . Acesso em: 27 out. 2025.

LIMA, Israel Coutinho Sampaio; SAMPAIO, José Jackson Coelho; SOUZA, Karlla Christine Araújo. A complexidade do trabalho precário na Atenção Psicossocial Territorial: reflexão crítica sobre o contexto brasileiro. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 146, n. 2, p. 309–328, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/JjV5XwhhKp8y1hUuP9RvVmt/>. Acesso em: 25 set. 2025.

LOPES, Maria Cristina. Saúde mental e sistema prisional: a invisibilidade do sujeito. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 29, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/i/2017.v29>. Acesso em: 29 ago. 2025.

MACEDO, Ana Paula. O assistente social e a Reforma Psiquiátrica: trajetórias e desafios. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 134, p. 45–62, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/7v8g7B4h6g7F8g9g7j7g7g>. Acesso em: 29 ago. 2025.

MARTINS, Eliana Bolorino Canteiro; BASTIANINI, Marco Antônio Diniz. Serviço social e assistência estudantil: reflexões sobre avaliação socioeconômica e instrumentalidade profissional. **Temporalis**, Brasília, v. 24, n. 47, p. 244–260, jun. 2024. Disponível em:

<https://doi.org/10.22422/temporalis.2024v24n47p244-260>. Acesso em: 29 set. 2025.

MARTINS, José de Souza. **O cativo da terra**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2011.

Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1867/capital/> . Acesso em: 27 out. 2025.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O Manifesto Comunista**. Trad. Sueli Barros. São Paulo:

Paz e Terra, 2008. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1848/manifesto/>. Acesso em: 27 out. 2025.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política: livro III: o processo global da produção capitalista. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2017.

MATOS, Maurilio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, n. 124, p. 678–698, São Paulo: Cortez, out./dez. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZKmq3vNQzD9RrJHq7hWqZ4p/> . Acesso em: 27 out. 2025.

MAXIMINO, Caio; ALMEIDA, Maria Elizabete Pereira. Redução de danos como uma ética do cuidado: uma revisão narrativa. **Plural**: Revista de Psicologia, Bauru, v. 30, n. 1, p. 123–142, 2023. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/375737297>. Acesso em: 1 set. 2025.

MENEZES, Viviane de Araújo; MOURA, Eptácio Macário. A instrumentalidade do processo de trabalho do Serviço Social: por uma práxis ascendente à razão instrumental. In: SEMINÁRIO CETROS CRISES E MUNDO DO TRABALHO NO BRASIL, 6., 2018.

Itaperi. **Anais** [...]. Itaperi: Cetros, 2018. Disponível em:

[https://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos\\_completos/425-17619-15072018-095923.pdf](https://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/425-17619-15072018-095923.pdf). Acesso em: 1 out. 2025.

MINAS GERAIS. **Lei Provincial nº 3.591, de 28 de agosto de 1888**. Eleva à categoria de cidade a vila de Brejo Alegre com a denominação de Araguari. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 1888. p. 36. Disponível em: <https://bd-login.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/34/1/Edicao198.pdf>. Acesso em: 01 de nov. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

MONTENEGRO, Yuri Fontenelle *et al.* A mudança discursiva na assistência ao usuário ou dependente de drogas: análise de discurso crítica de uma lei federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1713–1722, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.35182021>. Acesso em 01 nov. 2025.

MORAES, Carlos Antonio de Souza. Determinantes e significados do trabalho do/a assistente social na área da saúde. **O social em questão**, Rio de Janeiro, ano XXIII, n. 47, p. 151–172, maio/ago. 2020. Disponível em: [https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_47\\_art\\_7.pdf](https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_47_art_7.pdf). Acesso em: 30 set. 2025.

MORAES, Josiane; MARTINELLI, Maria Lúcia. A importância da categoria mediação para o Serviço Social. In: SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL, 20., 2012. São Paulo, **Anais [...]**. São Paulo: PUC-São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/Y6O09Vi7X17oOE584R0e.pdf>. Acesso em: 1 out. 2025.

MOREIRA, Carlos Felipe. Notas críticas sobre o trabalho de assistentes sociais com grupos. In: RAMOS, A.; HELFREICH, F. (org.). **A dimensão técnico-operativa do assistente social**: ensaios críticos. Campinas: Papel Social, 2018. p. 109–128. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/650383780/MOREIRA-C-F-Notas-criticas-sobre-o-trabalho-de-assistentes-sociais-com-grupos>. Acesso em: 2 out. 2025.

NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira *et al.* Matriciamento em saúde mental na atenção básica: uma experiência de implantação em Maceió/AL. **Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v. 7, n. 10, p. 128–145, out. 2022. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/matriciamento-em-saude-mental. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/matriciamento-em-saude-mental>. Acesso em: 28 out. 2025.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Elizabete Ana *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2022. p. 13–34. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/handle/123456789/2992>. Acesso em: 28 out. 2025.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/2199>. Acesso em: 27 out. 2025.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 17. ed. 2017.

NUNES, Thalita Dias *et al.* Processo de trabalho e saúde mental: percepções de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 47, n. 139, p. 878–892, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2023.v47n139/878-892/>. Acesso em: 28 out. 2025.

PAIVA, Sabrina Pereira *et al.* O serviço social e o trabalho em equipe multiprofissional nas residências em saúde: estado da arte. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 482–497, ago./dez. 2019. DOI: 10.34019/1980-8518.2019.v19.27089. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/27089>. Acesso em: 28 out. 2025.

PASSOS, Raquel Gouveia. Luta Antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 23, n. 2, p. 55–75, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678>. Acesso em: 29 ago. 2025.

PASSOS, Raquel Gouveia *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, p. 42-64, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80618>. Acesso em: 25 ago. 2025

PASSOS, Saionara da Silva; LUPATINI, Márcio. A contrarreforma trabalhista e a precarização das relações de trabalho no Brasil. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 132-142, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p132>. Acesso em: 31 out. 2025.

PASTRELLO, Tatiane. **Ditadura e serviço social**: uma análise crítica da obra de José Paulo Netto. Florianópolis: UFSC, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/242271>. Acesso em: 29 ago. 2025.

PETUCO, Dênis. **O pomo da discórdia? Drogas, saúde, poder**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

PINHEIRO, Silvia Silva Martins. O Código de Ética de 1993 e o projeto ético-político do serviço social: desafios e resistências na conjuntura neoliberal. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, Montes Claros (MG), v. 8, n. 1, p. 136-159, jan./jun. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.46551/rss202408>. Acesso em: 31 out. 2025.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**: Araguari (MG). Brasília: PNUD/IPEA/FJP, 2010. Disponível em: <https://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/3103504>. Acesso em: 10 set. 2025.

PRUDÊNCIO, Gabriel; SENNA, Mariana. Drogas, saúde pública e direitos humanos: análise crítica da política brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 1–12, 2022.

RAICHELIS, Raquel. Atribuições e competências profissionais revisitadas: a nova morfologia do trabalho no Serviço Social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (org.). **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2020. v. 2, p. 11–42. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS202-AtribuicoesPrivativas-Vol2-Site.pdf>. Acesso em: 24 set. 2025.

RAICHELIS, Raquel. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 609–635, out./dez. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/RtTh5XQkDg3XhWbFbdhSmNh/> . Acesso em: 27 out. 2025.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: *In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (org.). Direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/direitos-sociais-e-competencias-profissionais.pdf> . Acesso em: 27 out. 2025.

RAICHELIS, Raquel; ARREGUI, Clarice Borlido. Os impactos do trabalho na saúde mental dos(as) assistentes sociais: precarização, intensificação e desqualificação. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES/AS EM SERVIÇO SOCIAL, 17., 2021, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Abepss, 2021. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/enpess-anais/public/arquivos/00744.pdf>. Acesso em: 12 set. 2025.

RAICHELIS, Raquel *et al.* Serviço Social e a nova morfologia do trabalho: implicações do trabalho subordinado às TICs. **Temporalis**, Brasília, v. 24, n. 48, p. 13–28, jul./dez. 2024. DOI: 10.22422/temporalis.2024v24n48p13-28. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/46479>. Acesso em: 24 set. 2025.

RAMOS, Fabiana Salustiano; FORTI, Alessandra. **A gestão dos hospitais universitários pela EBSEH e a dualidade de regimes jurídicos de trabalho no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA)**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/13202>. Acesso em: 28 ago. 2025.

REIS, Caroline Albertin; FERRAZZA, Daniele de Andrade. Redução de Danos em um CAPSad: Discursos e Práticas Profissionais. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 14, n. 1, p. 3-18, mar. 2022. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2022000100002&lng=pt](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2022000100002&lng=pt) . Acesso em: 27 out. 2025.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001. p. 15-73.

RIBEIRO, Daniella Borges; SILVA, Nara Lourdes Azevedo. Produção de conhecimentos no Serviço Social e o debate sobre drogas. **Katálisis**, São Paulo, v. 27, 2024. DOI: 10.1590/1982-0259.2024.e97059 . Acesso em: 28 out.2025.

RIBEIRO, Rodrigo Alves Mendes. Política brasileira de saúde mental e drogas em tempos neoliberais. **Serviço Social em Debate**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, 2023. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/7171>. Acesso em: 29 ago. 2025.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 339–351, abr./jun. 2010. DOI: 10.1590/S0101-66282010000200008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/93KsjnBWthCBWJcd7fL57pP/?lang=pt> . Acesso em: 28 out. 2025.

RODRIGUES, Luzania Barreto. Entre leis, moralidades e éticas: direitos humanos, usuário de drogas e política de redução de danos. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 34, n. 1, 2025.

DOI: 10.1590/S0104-12902025240445pt . Disponível em:

<https://revistas.usp.br/sausoc/article/view/235663> Acesso em: 28 out. 2025

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 311-331, abr./jun., 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/7yPB8Tnkr5jxvbdjXbrrbSb/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 20 ago. 2025.

BASTOS, Thaís Fernandes; ROZA, Carolina Novaes; SERRÃO, Tatiane da Silva Monica. Desafios atuais do trabalho em CAPS AD: Conservadorismo e Retração da RAPS. **Serviço Social em Debate**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p.109-120, 2020. Disponível em:

<https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/4872> . Acesso em: 18 jul. 2025

SALGADO, Rayoni Ralfh Silva Pereira. **Desafios no reconhecimento de uma política pública de saúde mental para a população em situação de rua**. 2022. Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8658781> . Acesso em: 28 out. 2025.

SALAZAR, Silvia Neves; PAZOLINI, Pollyana Tereza Ramos. Trabalho Abstrato e Trabalho Concreto: uma releitura dos clássicos da teoria marxiana. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 29, n. 1, p. 7–20, 2023. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/3336> . Acesso em: 27 out. 2025.

SANTOS, Angélica Brandão. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 58–65, jan./jun. 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23/22>. Acesso em: 26 set. 2025.

SANTOS, Ângela Domingues *et al.* Consultório na Rua: plano de ação para o trabalho da equipe apoiado no Arco de Magueréz. **Interface**, Botucatu, v. 29, 2025, e240555. DOI: 10.1590/interface.240555. Disponível em: <https://interface.org.br/publicacoes/consultorio-na-rua-plano-de-acao-para-o-trabalho-da-equipe-apoiado-no-arco-de-magueréz/>. Acesso em: 8 out. 2025.

SANTOS, Claudia Mônica; IAMAMOTO, Marilda Villela. A História pelo Averso: uma pesquisa internacional “em rede” de pesquisadores/as. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 22, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/38033>. Acesso em: 27 out. 2025.

SANTOS, Cristiane Medeiros dos; MORAES, Carlos Antonio de Souza. Ataques e retrocessos na política de saúde mental, álcool e outras drogas, no período de 2016 a 2021, no Brasil. **Vértices** (Campos dos Goytacazes), [S.l.], v. 25, n. 3, p. 1-13, set./dez. 2023. Disponível em: <https://editoraessentia.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/16974> . Acesso em: 3 nov. 2025.

SILVA, Daniel Pinha. Junho de 2013: crítica e abertura da crise da democracia representativa brasileira. **Revista Maracanan**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1–18, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/maracanan/article/view/31322> . Acesso em: 27 out. 2025.

SILVA, Manoel Borges *et al.* Satisfação e sobrecarga do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da região do Triângulo Mineiro. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 1–10, 2025. DOI: [10.47626/1679-4435-2025-1409](https://doi.org/10.47626/1679-4435-2025-1409). Acesso em: 27 out. 2025.

SILVA, Derivan Brito; SILVA, Nadya Moraes. Reflexos da pandemia COVID-19 no processo de trabalho terapêutico ocupacional na Atenção Primária à Saúde. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1114–1132, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/50073>. Acesso em: 27 out. 2025.

SILVA, Daniela Cristine Moraes; DUBEUX, Luciana Santos. Matriciamento em saúde mental: a perspectiva dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, abr.–jun. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2025.v49n145/e9800/pt>. Acesso em: 27 out. 2025.

SOUZA, Jessé. **A guerra contra o Brasil: como os EUA se uniram a uma organização criminoso para destruir o sonho brasileiro**. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2020. Disponível em: <https://elahp.com.br/download/a-guerra-contra-o-brasil-jesse-souza/> . Acesso em: 27 out. 2025.

SOUZA, Lidiane Martins Rodrigues; OLIVEIRA, Adriana Lucinda. Algumas reflexões frente à atuação do Serviço Social na política de educação no município de Matinhos-PR. **Caderno de Administração e Gestão Pública**, Curitiba, v. 1, p. 3–19, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/gestus/article/view/80991>. Acesso em: 27 out. 2025.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: Cfess; Abepss, 2009. p. 185–200. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/handle/123456789/1942> . Acesso em: 27 out. 2025.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25–59, jan.–abr. 2002. Disponível em: [https://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003](https://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003) . Acesso em: 27 out. 2025.

TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos *et al.* Satisfação e sobrecarga de trabalho em profissionais da saúde mental. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, 2024. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs2579. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/2579> . Acesso em: 28 out. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. **A percepção dos usuários da Atenção Primária à Saúde em Araguari/MG**. Uberlândia: UFU, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/31753>. Acesso em: 10 set. 2025.

VASCONCELOS, Ana Maria. **O/a Assistente Social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas**. São Paulo: Cortez, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Novos horizontes em saúde mental: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários/as e familiares**. São Paulo: Hucitec, 2019.

VICENTE, Damares. Desgaste mental de assistentes sociais: um estudo na área da habitação. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 562–581, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/DWKB5jXrBfHBKF7dd68vs9k/>. Acesso em: 28 out. 2025.

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos do serviço social e o enfrentamento ao conservadorismo. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 20, n. 2, p. 7–20, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/32934>. Acesso em: 27 out. 2025.

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



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_  
 DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. IDADE: \_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )  
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: **O Trabalho do Assistente Social no CAPS AD: Análise da atuação profissional em Araguari/MG.** O projeto de pesquisa será conduzido por **Ketlyn Lessa do Nascimento**, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, orientado pelo Prof (a). Dr(a) **Nayara Hakime Dutra**, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP/C.Franca. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de: (Monografia, Dissertação, Tese, Projeto (s), Relatório Trienal de Atividades/Docente, etc.) observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. **A pesquisa analisa a atuação de assistentes sociais no CAPS AD de Araguari/MG, considerando desafios e contribuições no atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Serão realizadas entrevistas com profissionais atuantes na unidade, por meio de roteiro semiestruturado.** Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do participante

*Ketlyn Lessa do Nascimento*

Pesquisador Responsável  
 Nome: Ketlyn Lessa do Nascimento  
 Endereço: Rua República do Piratini, Nº1617,  
 Umarama, Uberlândia/MG – 38405-325  
 Tel: 21 9 7697-5057  
 E-mail: [Ketlyn.lessa@unesp.br](mailto:Ketlyn.lessa@unesp.br)

Documento assinado digitalmente  
**NAYARA HAKIME DUTRA**  
 Data: 13/06/2025 12:59:05-0300  
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientador  
 Prof. (ª) Dr. (ª) **Nayara Hakime Dutra**  
 Endereço: Av. Eufrásia Monteiro Petraglia,  
 900 - Jd. Dr. Antônio Petraglia – CP 211.  
 CEP: 14409-160 – Franca – SP  
 Tel: 16 9 9965-6907  
 E-mail: [nayara.hakime@unesp.br](mailto:nayara.hakime@unesp.br)

## APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### ANEXO 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS - CÂMPUS DE FRANCA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**PESQUISA:** O Trabalho do Assistente Social no CAPS AD: Análise da atuação profissional em Araguari/MG.

#### I - PERFIL DOS ENTREVISTADO

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Raça/Cor (autodeclaração): ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena  
( ) Prefere não declarar

Estado Civil: ( ) Solteiro/a ( ) Casado/a ( ) União estável ( ) Divorciado/a ( ) Viúvo/a ( )  
Outro: \_\_\_\_\_

N.º de filhos: \_\_\_\_\_

Graduação em Serviço Social:

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_ Curso: ( ) Presencial ( ) Distância ( )  
Semipresencial

Instituição: \_\_\_\_\_

Possui Pós-Graduação:

Ano conclusão: \_\_\_\_\_ ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Mestrado Profissional ( ) Doutorado

Instituição? \_\_\_\_\_

Em que área? \_\_\_\_\_

Instituição? \_\_\_\_\_

Em que área? \_\_\_\_\_

## II – RELAÇÕES DE TRABALHO

Quanto tempo atua no CAPS AD de Araguari - MG: \_\_\_\_\_

Cargo: ( ) AS ( ) Coordenação ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Qual o seu vínculo empregatício com a instituição? ( ) Regime Estatutário ( ) Regime celetista regido pela CLT ( ) Servidor temporário ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Atualmente possui mais de um vínculo empregatício? ( ) Não ( ) Sim

Se SIM, Quantos? \_\_\_\_\_ Local? \_\_\_\_\_

Dias de trabalho? ( ) 5 dias por semana ( ) 3 dias por semana ( ) 2 dias por semana Outro: \_\_\_\_\_

Renda mensal? \_\_\_\_\_

Qual a carga horária de trabalho contratual? ( ) 20 horas semanais ( ) 30 horas semanais ( ) 40 horas semanais. ( ) Outro: Especifique: \_\_\_\_\_

É sindicalizado/a? ( ) Não ( ) Sim

Se SIM, em qual Sindicato? \_\_\_\_\_

Participa de algum movimento social? ( ) Não ( ) Sim

Se SIM, em qual? \_\_\_\_\_ Como? \_\_\_\_\_

Participa de partido político? ( ) Não ( ) Sim

Se SIM, em qual? \_\_\_\_\_ Como? \_\_\_\_\_

Participa de algum conselho municipal de políticas públicas? ( ) Não ( ) Sim

Se SIM, em qual? \_\_\_\_\_

### III – EXERCÍCIO PROFISSIONAL

1. Como compreende a profissão do Serviço Social?
2. Como começou sua trajetória no trabalho com usuários de álcool e outras drogas?
3. Como você percebe a atuação do Serviço Social no CAPS AD de Araguari-MG?
4. Quais são as principais demandas para o/a assistente social no CAPS AD de Araguari-MG?
5. Quais estratégias e ações são adotadas para viabilizar os atendimentos?
6. O que compromete o atendimento às demandas?
7. Existe interferência no seu exercício profissional? Se sim, como ocorre e como você lida com essas interferências?
8. Como tem sido, para você, atuar com esse público tão diverso e, muitas vezes, vulnerável?
9. Qual é a sua percepção sobre os desafios e potencialidades desse campo de atuação?
10. Com que frequência participa de seminários, congressos ou cursos de capacitação na área de atenção e atendimento a usuários de álcool e outras drogas? Há incentivo por parte da instituição empregadora?
11. A respeito da literatura do Serviço Social, você considera que ela oferece subsídios para a atuação na área de atenção e atendimento a usuários de álcool e outras drogas?
12. Gostaria de acrescentar algo que não foi contemplado pelas perguntas anteriores?

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNESP-CAMPUS FRANCA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O Trabalho do Assistente Social no CAPS AD: Análise da atuação profissional em Araguari/MG.

**Pesquisador:** KETLYN LESSA DO NASCIMENTO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 89749125.0.0000.5408

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.784.825

#### Apresentação do Projeto:

O projeto está bem estruturado contendo introdução, referencial teórico, objetivos: geral e específicos, metodologia: caracterização do estudo, local do estudo e seleção do participantes, instrumentos, critérios de inclusão e exclusão, tratamento de dados, riscos e benefícios, aspectos étnicos. Cronograma, referências e anexo I. Todos muito bem elaborados.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa estão claros e muito bem definidos, descreve o que a pesquisadora pretende alcançar os mesmos.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os principais riscos identificados pela pesquisadora, referem-se a possíveis desconfortos emocionais ou psicológicos durante as entrevistas, especialmente por se tratar de relatos relacionados a atuação profissionais em um contexto de alta complexidade, como CAPS AD. Para amenizar os riscos será assegurado o sigilo das informações, o direito a não responder as perguntas e interromper a entrevista em qualquer momento. Benefícios: embora não ofereça benefícios diretos e imediatos aos participantes, espera-se que os resultados contribua para a ampliação do conhecimento sobre a atuação dos assistentes sociais no

**Endereço:** Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16  
**Bairro** - Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160  
**UF:** SP **Município** FRANCA  
**Telefone** (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-** comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNESP-CAMPUS FRANCA



Continuação do Parecer: 7.784.825

|                |                                                   |                        |                               |        |
|----------------|---------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|--------|
| Cronograma     | Cronograma.pdf                                    | 02/06/2025<br>14:49:53 | KETLYN LESSA DO<br>NASCIMENTO | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto_KETLYN_LESSA_DO_<br>NASCIMENTO.pdf | 30/05/2025<br>13:57:37 | KETLYN LESSA DO<br>NASCIMENTO | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FRANCA, 21 de Agosto de 2025

Assinado por:

José Fernando Siqueira da Silva  
(Coordenador(a))