UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

GLAUCIA DE ALMEIDA RAMOS

O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: reconfigurações, tensões institucionais e desafios contemporâneos

FRANCA
2026

GLAUCIA DE ALMEIDA RAMOS

O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: reconfigurações, tensões institucionais e desafios contemporâneos

Dissertação apresentada Universidade Estadual Paulista (UNESP) “Júlio de Mesquita Filho”, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, como pré-requisito 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. Dra. Nayara Hakime Dutra.

FRANCA

2026

R175p

Ramos, Glaucia de Almeida
O processo de trabalho do assistente social na política de saúde mental: reconfigurações, tensões institucionais e desafios contemporâneos / Glaucia de Almeida Ramos. -- Franca, 2026
126 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca
Orientadora: Nayara Hakime Dutra

1. assistente social. 2. política de saúde mental. 3. processo de trabalho. 4. tensões institucionais. 5. desafios contemporâneos. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Dados fornecidos pelo autor(a).

GLAUCIA DE ALMEIDA RAMOS

O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: RECONFIGURAÇÕES, TENSÕES INSTITUCIONAIS E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade

Data da defesa: 31/03/2026

Banca Examinadora:

_____
Profa. Dra. Nayara Hakime Dutra
UNESP – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Campus de Franca

_____
Profa. Dra Josiani Julião Alves de Oliveira
UNESP – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Campus de Franca

_____
Profa. Dra Lesliane Caputti
UFTM – Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais – Campus Uberaba

Dedico este trabalho à memória dos meus pais e do Prof. Dr. Renato Tadeu Veronese.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Universo, à minha família, à minha orientadora Profa. Dra. Nayara Hakime Dutra, à Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, ao Conselho do Programa de Pós-Graduação, aos meus amigos, aos meus colegas de trabalho, a todos os servidores do PPGSS e da Secretaria de Pós-graduação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Gratidão!

“O Serviço Social é uma especialização do trabalho coletivo, inserida na divisão social e técnica do trabalho, que exige fundamentação teórico-metodológica rigorosa para a apreensão crítica da realidade” (Iamamoto, 2009).

RESUMO

A pesquisa analisa o exercício profissional do assistente social na política de saúde mental, considerando as transformações históricas, os desafios institucionais e as implicações para o processo de trabalho profissional, por meio de pesquisa documental, bibliográfica e revisão de literatura. A temática da pesquisa identifica como as mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica e das políticas contemporâneas influenciam a atuação do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial e na Rede de Atenção Psicossocial. Foram examinados aspectos relacionados à articulação intersetorial, à defesa dos direitos humanos, à mediação de demandas sociais complexas e à promoção do cuidado integral. Notoriamente, o contexto de precarização, as limitações financeiras e as disputas ideológicas entre modelos hospitalocêntricos e psicossociais impõem desafios significativos à prática profissional, exigindo atualização teórico-metodológica e posicionamento crítico. Em foco, a pesquisa abrange que o processo de trabalho constitui instrumento central para compreender e intervir na realidade social e institucional, permitindo que o assistente social atue de forma ética, crítica e comprometida com a inclusão social. Conclui-se que a consolidação de políticas de saúde mental efetivas depende da articulação entre conhecimento técnico, reflexão crítica e defesa intransigente dos direitos dos usuários, reafirmando a relevância da atuação do assistente social como agente transformador em contextos de vulnerabilidade.

Palavras-chave: assistente social; política de saúde mental; processo de trabalho; inclusão social.

ABSTRACT

This study analyzes the professional practice of the social worker in Brazilian mental health policy, considering historical transformations, institutional challenges, and implications for the professional work process, through documentary research, and literature review. The research identifies how changes resulting from the Psychiatric Reform and contemporary policies influence the social worker's performance in Psychosocial Care Centers and the Psychosocial Care Network. Aspects related to intersectoral articulation, the defense of human rights, the mediation of complex social demands, and the promotion of comprehensive care were examined. Notably, the context of precariousness, financial limitations, and ideological disputes between hospital-centered and psychosocial models imposes significant challenges on professional practice, requiring theoretical-methodological updating and critical positioning. The study highlights that the work process constitutes a central instrument for understanding and intervening in social and institutional realities, enabling the social worker to act ethically, critically, and committed to social inclusion. It is concluded that the consolidation of effective mental health policies depends on the articulation between technical knowledge, critical reflection, and the unwavering defense of users' rights, reaffirming the relevance of the social worker's role as a transformative agent in contexts of vulnerability.

Keywords: social worker; mental health policy; work process; social inclusion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEMES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Prédio da Escola de Serviço Social em construção, década de 1950 17
Figura 2 – Fundação da Escola de Serviço Social de Niterói (1945): expansão territorial e consolidação da formação profissional 19
Figura 3 – “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil”, de Marilda Villela Iamamoto: marco teórico da ruptura crítica na profissão 21
Figura 4 – Desigualdade social representada pelo desequilíbrio de classes 45
Figura 5 – Franco Basaglia e a Psiquiatria Democrática 57
Figura 6 – Movimentos e Atos de 1978 na Reforma Psiquiátrica Brasileira 58
Figura 7 – V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1978): espaço de disputa e reorganização política da saúde mental 60
Figura 8 – I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (1978): difusão do pensamento crítico e institucional 61
Figura 9 – Transformações no modelo assistencial psiquiátrico brasileiro na década de 1980 62
Figura 10 – 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986): marco da universalização e democratização da saúde no Brasil 65
Figura 11 – Primeiro CAPS do Brasil (1987): CAPS Prof.º Luiz da Rocha Cerqueira, em Santos/SP 67
Figura 12– Constituição Federal de 1988: marco jurídico da universalização da saúde 68
Figura 13 – Deputado Paulo Delgado e a proposição do Projeto de Lei nº 3.657/1988 69
Figura 14 – Slogan do Programa De Volta Para Casa (2003) 71

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 PROCESSO DE TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL 16

2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL 16

2.2 CATEGORIA PROCESSO DE TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL 25

2.3 PROCESSOS DE TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL 34

2.4 O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E A PROFISSÃO COMO TRABALHO ASSALARIADO 39

2.5 O SERVIÇO SOCIAL COMO PROCESSO DE TRABALHO E SUA INSERÇÃO NAS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL 43

3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL 46

3.1 POLÍTICA PÚBLICA E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL 46

3.1.1 Ofensiva neoliberal e contradições na consolidação do SUS 48

3.2 Política de saúde mental no Brasil 51

3.2.1 Linha do tempo da reforma psiquiátrica 55

3.2.2 Exercício profissional (versus) Saúde Mental 72

3.3 RECONHECIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL 75

4 AS ALTERAÇÕES E DESAFIOS DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE 81

4.1 RECONFIGURAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO E IMPACTOS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL 81

4.2 DESAFIOS ÉTICO-POLÍTICOS E A DEFESA DOS DIREITOS SOCIAIS 85

4.3 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E DESAFIOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL 88

4.4 INTERDISCIPLINARIDADE, DIREITOS HUMANOS E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL 91

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE 95

5.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: DESAFIOS NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL POR MEDEIROS, GONÇALVES E MEDEIROS (2024) 95

5.2 DESAFIOS IDENTIFICADOS NO RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CAPS II 97

5.3 DISCUSSÃO CRÍTICA: ENTRE O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO E A REALIDADE INSTITUCIONAL 98
5.4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL POR COSTA E MATIAS (2024) 99
5.5 CONDIÇÕES DE TRABALHO E PRECARIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE 104
5.6 ARTICULAÇÃO EM REDE E DEFESA DE DIREITOS 107
5.7 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS ARTIGOS 110
6 CONCLUSÃO 115
REFERÊNCIAS 117

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde mental brasileira constitui um campo historicamente tensionado, atravessado por disputas ideológicas, institucionais e societárias que refletem diferentes projetos de sociedade e concepções de cuidado (Silva, 2023). A consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira, formalizada pela Lei nº 10.216/2001, representa um marco na transição do modelo hospitalocêntrico para uma perspectiva comunitária, territorial e psicossocial de atenção, estruturada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas últimas décadas, esse campo vem sendo impactado por reconfigurações políticas e institucionais que tensionam os princípios da integralidade, da universalidade e da participação social (Araújo *et al*., 2024).

O assistente social assume papel estratégico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades básicas de saúde, hospitais gerais e serviços residenciais terapêuticos. Seu processo de trabalho é estruturado a partir da mediação entre demandas sociais complexas e as respostas institucionais disponíveis no sistema público de saúde. Essas demandas são marcadas por vulnerabilidades, violações de direitos, pobreza, desemprego, racismo estrutural, desigualdade de gênero e exclusão social. Nesse sentido, o trabalho profissional ultrapassa a dimensão técnico-operativa, incorporando análise crítica da realidade social, construção de projetos terapêuticos singulares, articulação intersetorial e defesa dos direitos humanos (Moraes, 2023).

A compreensão do processo de trabalho do assistente social fundamenta-se na tradição crítica do Serviço Social brasileiro, ancorada no referencial teórico marxista. Conforme Iamamoto (2009), o trabalho profissional deve ser entendido no contexto da reprodução das relações sociais, evidenciando sua dimensão política e sua inserção nas contradições da sociedade capitalista. Nessa mesma direção, Netto (1999) destaca a importância da perspectiva crítica na formação e atuação profissional, enquanto Mota (2009) analisa a relação entre o Estado, as políticas sociais e o papel do Serviço Social na seguridade social. Já Antunes (2018) contribui para a compreensão das transformações no mundo do trabalho, especialmente no que se refere à precarização e à intensificação das relações laborais, aspectos que incidem diretamente sobre o exercício profissional.

No campo específico da saúde mental, Bisneto (2011) destaca a importância da desinstitucionalização e da atuação do assistente social na construção

de práticas alinhadas à Reforma Psiquiátrica, enfatizando o trabalho em rede e a defesa de direitos. As diretrizes do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) também se constituem como referência fundamental, ao orientar a prática profissional em consonância com o projeto ético-político da profissão e com a defesa intransigente dos direitos humanos.

Entretanto, o momento contemporâneo da política de saúde mental brasileira é marcado por processos de precarização do trabalho, insuficiência de financiamento, ampliação de demandas e tensionamentos decorrentes de disputas em torno do modelo assistencial (Fernandes; Figueiredo, 2024). Essas reconfigurações incidem diretamente sobre o processo de trabalho do assistente social, redefinindo atribuições, ampliando responsabilidades e produzindo impactos subjetivos e institucionais.

O processo de trabalho, enquanto categoria analítica, permite compreender as mediações entre o objeto de intervenção profissional, os instrumentos de trabalho e as condições institucionais em que se realiza a prática. Na política de saúde mental, o objeto de intervenção está intrinsecamente relacionado às expressões da questão social que atravessam o sofrimento psíquico, evidenciando que a saúde mental não pode ser dissociada das condições materiais de existência. O agravamento das desigualdades sociais no Brasil tem intensificado a demanda por atendimentos psicossociais, exigindo do profissional maior capacidade de análise crítica e articulação intersetorial (Araújo *et al*., 2024).

As tensões institucionais manifestam-se por meio da sobrecarga de trabalho, fragilidade das equipes multiprofissionais, indefinição de atribuições e conflitos entre perspectivas biomédicas e psicossociais de cuidado (Fernandes; Figueiredo, 2024). Tais elementos revelam contradições estruturais entre o projeto ético-político do Serviço Social e as condições concretas de exercício profissional.

A pesquisa justifica-se pela necessidade de aprofundar a compreensão crítica sobre como essas reconfigurações impactam o processo de trabalho do assistente social na política de saúde mental. Embora existam estudos consolidados sobre a Reforma Psiquiátrica e a atuação profissional em CAPS, observa-se a carência de análises atualizadas que articulem as transformações recentes do campo às mediações concretas do cotidiano de trabalho.

A problemática central que orientou esta investigação pode ser sintetizada na seguinte questão: de que maneira as reconfigurações contemporâneas da política

de saúde mental brasileira têm impactado o processo de trabalho do assistente social, produzindo tensões institucionais e redefinindo desafios profissionais?

Como objetivo geral, a pesquisa propôs analisar o processo de trabalho do assistente social na política de saúde mental, identificando suas reconfigurações, tensões institucionais e desafios contemporâneos. Como objetivos específicos, buscou-se analisar as transformações recentes na política de saúde mental no Brasil; verificar como tais transformações incidem sobre as condições e relações de trabalho do assistente social; e identificar os principais desafios enfrentados no cotidiano profissional.

A metodologia utilizada consistiu em pesquisa documental, pesquisa bibliográfica e revisão de literatura de caráter exploratório e descritivo. Foram utilizados livros, artigos científicos, legislações e documentos institucionais relevantes para o campo da saúde mental e do Serviço Social, com ênfase em autores da tradição crítica. Para a revisão de literatura, foram utilizados dois artigos completos do Anais do 18º ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadoras e Pesquisadores em Serviço Social, realizado durante o período de 10 a 14 de dezembro de 2024 – ISSN 2965-2499. A análise crítica foi orientada pelo método materialista histórico-dialético, possibilitando apreender as contradições e mediações presentes no processo de trabalho do assistente social.

A delimitação do estudo concentrou-se na análise da atuação profissional no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, em um contexto contemporâneo marcado por tentativas de recomposição da política pública após períodos de instabilidade institucional. A pesquisa não pretendeu esgotar todas as dimensões da atuação profissional, mas focalizou o processo de trabalho enquanto categoria estruturante da análise.

Esta investigação buscou contribuir para o fortalecimento teórico-metodológico do Serviço Social na saúde mental. Além disso, pretendeu subsidiar práticas profissionais comprometidas com a defesa do SUS, da Reforma Psiquiátrica e dos direitos sociais da população em sofrimento psíquico.

2 PROCESSO DE TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL

2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

O surgimento do Serviço Social como profissão no Brasil está profundamente entrelaçado às transformações sociais e econômicas decorrentes do processo de industrialização capitalista. Também se vincula à intensificação dos conflitos decorrentes da desigualdade, urbanização e da chamada "questão social" no final do século XIX e início do século XX.

> Políticas sociais são ações governamentais dos Estados modernos tendo em vista atenderem à redução das consequências da pobreza em diversas áreas de serviços, como educação, saúde, habitação, previdência etc. Essas ações visam equacionar, em alguns casos, ou minimizar, em outros [...] (Gentili, 1998, p. 77).

As primeiras práticas voltadas ao atendimento de necessidades sociais eram predominantemente realizadas por instituições filantrópicas, associações caritativas e pela intervenção da Igreja Católica, sem rigor técnico ou reconhecimento profissional formal (Boschetti, 2020).

A Figura 1, que retrata o prédio da Escola de Serviço Social ainda em obras, na década de 1950, possui forte significado simbólico e histórico. Mais do que um registro arquitetônico, ela expressa a consolidação material de um projeto profissional que vinha sendo gestado desde os anos 1930. Metaforicamente, o fato de a instituição ainda estar em construção representa o processo de edificação da identidade do Serviço Social brasileiro. Naquele momento, a profissão buscava consolidar-se como um campo reconhecido e estruturado no interior do aparato estatal e das políticas sociais emergentes.

Figura 1 – Prédio da Escola de Serviço Social em construção, década de 1950

Fonte: Escola de Serviço Social (1950).

A década de 1950 insere-se em um contexto de expansão urbana, crescimento industrial e fortalecimento do Estado desenvolvimentista no Brasil. Após o ciclo varguista e no período posterior à Segunda Guerra Mundial, ampliaram-se as políticas de previdência, saúde e assistência social, o que demandou profissionais tecnicamente preparados para atuar na mediação das expressões da questão social. Nesse cenário, a construção física das escolas não representava apenas a expansão do ensino superior, mas a consolidação de um campo de saber especializado voltado à intervenção social institucionalizada.

Considera-se que o surgimento do capitalismo foi uma consequência desse conflito social, consolidando-se como um sistema econômico em expansão no início do século XX. Seus primeiros sinais manifestaram-se na transformação do comércio, que passou a refletir uma nova lógica econômica. O comerciante deixou de produzir mercadorias apenas para uso próprio e passou a produzi-las com o objetivo de trocá-las por dinheiro ou outros bens, valorizando o capital e ampliando os lucros. Nesse contexto, o que se tornava central era o valor de troca do capital, distinto do valor de troca das mercadorias que entravam no processo produtivo (Iamamoto, 2009).

Do ponto de vista do processo de trabalho, essa fase marca a transição de práticas marcadamente filantrópicas para formas mais sistematizadas de atuação. A formação acadêmica começava a organizar conteúdos específicos, métodos de intervenção e instrumentos técnicos que passariam a caracterizar a atuação profissional (Andrade *et al.*, 2023). Contudo, é importante ressaltar que, apesar da ampliação institucional, o referencial teórico-metodológico predominante ainda estava ancorado em bases conservadoras. Essa bases eram influenciadas pela doutrina social da Igreja Católica e por correntes funcionalistas europeias e norte-americanas. A prática profissional mantinha forte ênfase na adaptação do indivíduo às normas da sociedade, priorizando a ordem e a coesão social.

Assim, a Figura 1 que retrata a escola em construção simboliza simultaneamente a consolidação e as limitações daquele período histórico. Se por um lado representa o avanço da profissionalização e a organização formal do ensino, por outro evidencia que o projeto profissional ainda estava em processo de amadurecimento crítico. Trata-se de um momento de institucionalização estrutural que precede as grandes inflexões teórico-políticas que ocorreriam nas décadas seguintes, especialmente com o Movimento de Reconceituação.

Consoante, sobre o histórico inicial encontra-se autores que traçam a gênese da profissão como resposta institucional à emergência da pobreza urbana e à necessidade de controle social dentro dos moldes capitalistas em expansão. Na virada do século XX, as iniciativas filantrópicas passaram progressivamente a articular saberes e práticas que poderíamos reconhecer como proto-Serviço Social, ainda que sob forte influência moralizante e não profissionalizada (Oliveira, 2023).

A Figura 2 representa a fundação da Escola de Serviço Social de Niterói, em 1945 e configura um momento decisivo na expansão territorial da formação profissional no Brasil. A criação dessa instituição ocorre em um período estratégico da história nacional, com o fim do Estado Novo e o início de uma nova etapa política marcada pela redemocratização e reorganização institucional. O ano de 1945 marca o término da Segunda Guerra Mundial e o enfraquecimento do regime autoritário de Getúlio Vargas, abrindo espaço para novas dinâmicas sociais e institucionais.

Figura 2 – Fundação da Escola de Serviço Social de Niterói (1945): expansão territorial e consolidação da formação profissional

Fonte: Escola de Serviço Social (1945).
Descrição: Linha do Tempo UFF – Acervo histórico.

A ampliação das escolas de Serviço Social não foi um fenômeno isolado, mas parte de um movimento mais amplo de expansão das políticas sociais e de fortalecimento do aparato estatal (Andrade *et al.*, 2023). O crescimento dos institutos de previdência, dos hospitais públicos e das instituições assistenciais gerou demanda crescente por profissionais capacitados para atuar na gestão e operacionalização dessas políticas. A fundação da escola em Niterói demonstra que o Serviço Social já não se restringia aos grandes centros iniciais, como São Paulo e Rio de Janeiro, mas passava a consolidar-se nacionalmente como campo profissional estruturado.

Do ponto de vista do processo de trabalho, essa expansão institucional significou maior definição das atribuições técnicas do assistente social. A profissão começava a se organizar em torno de métodos específicos, especialmente o Serviço Social de Caso, de Grupo e de Comunidade, seguindo influências norte-americanas. O trabalho profissional tornava-se progressivamente vinculado às políticas públicas, ainda que sob orientação funcionalista e desenvolvimentista. A prática estava centrada na mediação institucional de demandas sociais, na elaboração de estudos sociais e na orientação familiar, com limitada problematização das determinações estruturais da desigualdade (Moraes, 2023; Oliveira, 2023).

Considera-se que a Figura 2 da fundação da Escola de Niterói simboliza, portanto, um momento de consolidação e legitimação da profissão. Ela representa o avanço da formação sistemática e o fortalecimento do reconhecimento social do assistente social como trabalhador especializado. Ao mesmo tempo, revela um período anterior às grandes rupturas críticas que redefiniriam o projeto profissional nas décadas de 1970 e 1980.

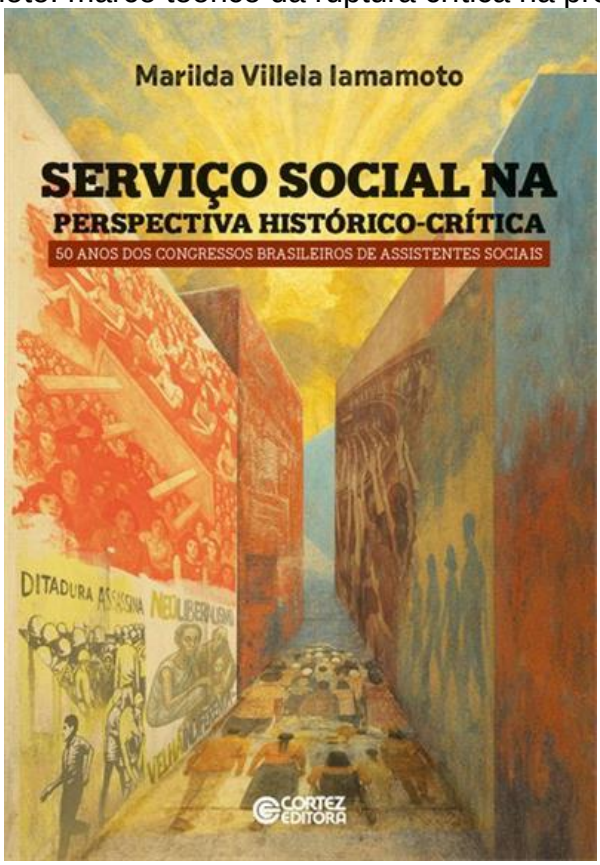
Trata-se, portanto, de um marco histórico que expressa a passagem do Serviço Social de uma prática fortemente vinculada à caridade organizada. A partir desse processo, a profissão passa a integrar o aparato estatal e o movimento de expansão das políticas sociais.

Segundo os autores Santos, Souza Filho e Backx (2013), a história oficial da profissão no Brasil tradicionalmente marca sua consolidação institucional a partir das décadas de 1930 e 1940, em meio ao fortalecimento do Estado interventor e das políticas sociais durante o governo Vargas.

As ações desenvolvidas por assistentes sociais, ainda que vinculadas ao assistencialismo e à intervenção estatal conservadora, ganharam identidade própria com a criação de cursos de formação e o reconhecimento legal da profissão. Nesse processo, destacam-se as primeiras escolas de Serviço Social e a atuação das chamadas “moças boazinhas”, mulheres que, motivadas pelos ideais católicos e pela reforma social, atuavam em instituições de caridade e assistência como mediadoras entre as demandas populares e a ação estatal.

A Figura 3 da capa da obra de Marilda Villela Iamamoto representa um divisor de águas na história do Serviço Social no Brasil. Nesse contexto, publicado em 1982, em um período de abertura política e transição do regime militar para a redemocratização, o livro consolida teoricamente o movimento de ruptura com o conservadorismo profissional iniciado na década de 1970. Tal processo insere-se no âmbito do Movimento de Reconceituação latino-americano.

Figura 3 – “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil”, de Marilda Villela Iamamoto: marco teórico da ruptura crítica na profissão



Fonte: Iamamoto, Carvalho (1982).
Descrição: Capa da obra Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica, de Marilda Villela Iamamoto, publicada originalmente em 1982 (com diversas reedições posteriores). A obra tornou-se um dos principais referenciais teóricos do chamado “Projeto Ético-Político” do Serviço Social brasileiro.

A autora Marilda Villela Iamamoto representa um marco decisivo na trajetória do Serviço Social brasileiro. A obra não apenas dialoga com esse processo histórico, mas o sistematiza e o aprofunda, oferecendo fundamentos analíticos consistentes para a redefinição da identidade e da prática profissional.

A década de 1980 foi atravessada por intensas mobilizações sociais, crescimento dos movimentos sindicais, reorganização das lutas populares e ampliação dos debates em torno da universalização dos direitos sociais. No plano econômico, o país vivenciava os efeitos da crise da dívida externa, da inflação elevada e da reestruturação produtiva em curso no capitalismo mundial (Bisneto, 2011).

Segundo Amarante (2007) produziram-se novas expressões da chamada “questão social”, ampliando desigualdades, precarizando relações de trabalho e tensionando as políticas públicas existentes. No interior da profissão, o Serviço Social encontrava-se em processo de revisão crítica de suas bases tradicionais, fortemente

influenciadas essas bases pelo funcionalismo e por perspectivas adaptativas que, historicamente, orientaram a prática profissional desde sua institucionalização nas décadas de 1930 e 1940.

Até então, a atuação do assistente social estava majoritariamente vinculada à lógica de ajustamento do indivíduo às estruturas sociais vigentes, com ênfase em intervenções individualizadas e moralizantes. A influência positivista e o alinhamento às diretrizes institucionais do Estado e da Igreja configuraram uma prática predominantemente conservadora, voltada à manutenção da ordem social (Silva; Lima, 2019). É nesse contexto de crítica interna e efervescência política que Iamamoto propõe uma leitura fundamentada no materialismo histórico-dialético, compreendendo o Serviço Social como especialização do trabalho coletivo inserido na divisão social e técnica do trabalho na sociedade capitalista. Ao fazê-lo, desloca a análise da profissão do plano meramente técnico para o campo das determinações estruturais da vida social.

Segundo Vasconcelos *et al.* (2022), a principal contribuição teórico-metodológica da obra reside na centralidade atribuída à categoria trabalho como chave interpretativa da profissão. Ao analisar o Serviço Social como parte constitutiva da produção e reprodução das relações sociais, Iamamoto rompe com a concepção de que o reduz à prática assistencial desprovida de mediações históricas.

A profissão passa a ser entendida como inserida na dinâmica da acumulação capitalista, atuando na mediação entre Estado e classes sociais e intervindo diretamente nas expressões concretas da questão social. Sendo assim, o processo de trabalho do assistente social não se define apenas por técnicas ou instrumentos operativos. Mas é condicionado pela forma de organização do Estado, pela natureza das políticas sociais, pela correlação de forças entre classes e pela lógica de financiamento e gestão das ações públicas (Castro, 2012).

As mudanças de perspectiva redefinem a própria compreensão da prática profissional. O processo de trabalho passa a ser analisado em seus elementos constitutivos: o objeto de intervenção das múltiplas expressões da questão social; os instrumentos técnico-operativos (entrevistas, estudos sociais, pareceres, relatórios, articulações intersetoriais); a finalidade a garantia e ampliação de direitos; e a inserção institucional predominantemente situada no âmbito das políticas públicas (Mota; Rodrigues, 2015). A profissão deixa de ser vista como neutra ou meramente executora

de programas institucionais e passa a ser compreendida como prática social historicamente situada, permeada por contradições e disputas.

As formulações de Iamamoto forneceram base teórica para a consolidação do chamado projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, que se afirma nos anos 1990 com a promulgação do Código de Ética Profissional de 1993, a Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão e as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Sendo assim, conforme Castro (2012), o projeto reafirma o compromisso com a defesa intransigente dos direitos humanos, com a justiça social e com a democracia. Desloca definitivamente a profissão de uma postura assistencialista para uma perspectiva crítica e emancipatória.

No campo da política de saúde mental, essa contribuição teórica foi particularmente significativa. Com a Reforma Psiquiátrica brasileira e a consolidação do Sistema Único de Saúde, o assistente social passou a atuar em uma lógica territorial, interdisciplinar e voltada à desinstitucionalização do cuidado (Braz, 1999). Segundo Pacheco (2011) a compreensão do sofrimento psíquico como fenômeno socialmente determinado exige a análise das condições de vida, das relações de trabalho, da inserção familiar e comunitária e das múltiplas vulnerabilidades que atravessam os sujeitos. Nessa perspectiva, o profissional não se restringe à mediação burocrática de benefícios, mas participa da construção de projetos terapêuticos singulares, articula redes de proteção social, problematiza processos de medicalização da vida e atua na defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental.

Assim, a Figura 3 que mostra a obra de Marilda Villela Iamamoto, mais do que um livro de referência representa a consolidação de uma inflexão histórica na profissão. Além de expressar a ruptura com o conservadorismo, a incorporação do referencial marxista à análise profissional, a centralidade da categoria trabalho na compreensão do Serviço Social e a base teórica do projeto profissional crítico vigente na contemporaneidade.

Sendo assim, uma das produções mais influentes na formação acadêmica e na fundamentação teórico-metodológica do Serviço Social brasileiro, permanecendo como leitura obrigatória para a compreensão do processo de trabalho profissional e de suas mediações históricas.

A profissionalização do Serviço Social no Brasil recebeu reforço legal com a promulgação da Lei nº 3.252/1957. Essa lei regulamentou a profissão de assistente social, consolidando o espaço técnico-profissional e delimitando suas atribuições no âmbito das políticas públicas. Esse marco legal foi decisivo para que o Serviço Social, até então vinculado predominantemente a práticas filantrópicas ou burocráticas, passasse a se organizar como campo profissional com identidade própria e instâncias de representação (Morais, 2025).

Durante as décadas de 1960 e 1970, o Serviço Social brasileiro passou por um intenso processo de revisão crítica de suas bases teóricas e metodológicas, impulsionado pelo Movimento de Reconceituação. Assim sendo, o movimento intelectual e político teve forte articulação com as lutas populares e com a crítica ao funcionalismo conservador que predominava nas intervenções sociais, advogando por um Serviço Social comprometido com a transformação das estruturas sociais e o enfrentamento das desigualdades. O Movimento de Reconceituação inaugurou, assim uma perspectiva crítica que influenciaria profundamente a formação profissional e as práticas do assistente social no país (Boschetti, 2020).

Com o processo de abertura política e a retomada democrática no Brasil, a Constituição Federal de 1988 consolidou o Serviço Social como intervenção técnica, política e ética fundamental para a promoção e garantia de direitos socioassistenciais. Essa conquista constitucional insere o assistente social na defesa do Estado Democrático de Direito, com atuação articulada às políticas públicas de assistência social, saúde, educação, trabalho, entre outras (Morais, 2025; Santos; Souza Filho; Backx *et al.,* 2013).

A trajetória do Serviço Social no campo da saúde, especialmente em políticas públicas como a saúde mental, incorpora esses desenvolvimentos históricos e institucionais. Desde sua inserção nos serviços de saúde, os assistentes sociais contribuíram para articular o direito à saúde enquanto direito social, enfrentando tensões entre modelos de cuidado assistencialistas e a lógica de integralidade, territorialidade e interdisciplinaridade defendida pelo SUS. Estudos que analisam essa trajetória ressaltam que os profissionais do Serviço Social tiveram papel central na construção de práticas integradas de cuidado, enfrentando determinantes históricos e políticos da relação entre Serviço Social e saúde pública (Morais, 2025; Santos; Souza Filho; Backx*,* 2013).

Considera-se que o Serviço Social no Brasil tem sua gênese no encontro entre demandas emergentes da sociedade, decorrentes das transformações capitalistas e a necessidade de intervenção técnico-política para enfrentar desigualdades sociais. Sua trajetória histórica revela um movimento de construção profissional que articula o desenvolvimento de saberes, lutas políticas e consolidação institucional no campo das políticas públicas.

2.2 CATEGORIA PROCESSO DE TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL

A presente subseção tem como objetivo analisar a categoria trabalho no interior da sociabilidade capitalista, destacando suas múltiplas determinações e seu caráter contraditório. Parte-se da compreensão marxista de que o trabalho ocupa posição fundante na constituição do ser social, sendo elemento essencial na mediação entre humanidade e natureza. Ao mesmo tempo, discute-se como, no modo de produção capitalista, o trabalho assume uma forma específica.

Posto isso, o trabalhador, desprovido dos meios de produção, passa a vender sua força de trabalho em troca de salário, garantindo apenas as condições necessárias à sua reprodução material (Merçom; Constantinidis, 2020). Em complementação, o Serviço Social como trabalho especializado é inserido na divisão social e técnica do trabalho.

O assistente social é analisado enquanto trabalhador assalariado, submetido às determinações institucionais e às condições objetivas impostas pelo mercado e pelo Estado (Netto, 2006). Recupera-se, ainda, o processo de renovação crítica da profissão ocorrido a partir dos anos 1980, especialmente o movimento de ruptura que redefiniu os fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos do Serviço Social. Esse movimento aproximou a profissão, de forma mais explícita, aos interesses históricos da classe trabalhadora, da qual o próprio profissional faz parte.

> O Conselho Nacional de Serviço Social foi o fundador da primeira instituição, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, que se apresenta com o principal propósito de concretizar o Serviço Social como uma profissão, com auxílio das escolas do Serviço Social existentes na época, pois necessitavam de dados, informações, documentos, trabalhos, pesquisas, suporte teórico, técnico e prático para se constituir a identidade do Serviço Social enquanto profissão importante para a proteção e amparo social. A LBA persistiu por muitos anos na política assistencial no Brasil, com intuito de “assistir, primeiramente, as famílias dos pracinhas que foram para a guerra, e logo

> depois estender seu trabalho à população pobre, principalmente com programas na área materno-infantil (Couto, 2010, p. 103).

Posteriormente, em 1943, durante o governo de Getúlio Vargas, foi promulgada a Consolidação das Leis do Trabalho, marcando um avanço significativo na conquista de direitos trabalhistas, como a criação da carteira de trabalho, a regulamentação da jornada laboral, férias remuneradas e licenças diversas. Esse marco institucional fortaleceu a vinculação da Legião Brasileira de Assistência (LBA) ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, ampliando sua estrutura e possibilitando a implementação de novos programas e projetos sociais (Iamamoto, 2009; Mota, 1995).

Durante esse período, diversas reivindicações por direitos sociais se intensificaram, evidenciando lutas e movimentos coletivos em busca de melhores condições de vida e da defesa dos interesses dos trabalhadores (Antunes, 2009; Netto, 1998). Nesse contexto, ocorreram transformações na concepção e organização dos direitos sociais, consolidando a assistência social como política pública e reforçando o papel do Estado como mediador central nas questões sociais (Iamamoto, 2009; Bisneto, 2011).

Problematiza-se a inserção do assistente social em processos coletivos de trabalho, identificando seus componentes estruturantes, tais como objeto, instrumentos, meios e finalidade da intervenção profissional. Com isso, contextualiza-se a atuação do Serviço Social na política de saúde no Brasil, resgatando elementos históricos de sua presença nesse espaço sócio-ocupacional, bem como os desafios e possibilidades postos na contemporaneidade, especialmente diante das tensões que atravessam a efetivação do direito social à saúde.

Diante dessa discussão, cita-se que a categoria “processo de trabalho” ocupa posição central na tradição teórico-crítica do Serviço Social brasileiro, especialmente a partir do movimento de renovação profissional consolidado nas décadas de 1980 e 1990. A incorporação dessa categoria ao debate profissional está diretamente relacionada à apropriação da teoria social marxiana, a qual compreende o trabalho como categoria fundante da vida social e elemento estruturador das relações sociais (Vasconcelos *et al.,* 2022).

O trabalho constitui dimensão estruturante da vida humana. Trata-se de uma atividade inerente à condição do ser social, pois é por meio dele que o ser humano produz sua existência material e constrói as bases de sua sociabilidade.

Conforme a tradição marxista, o trabalho é o processo pelo qual o indivíduo, ao interagir com a natureza, transforma-a de modo consciente e intencional, produzindo bens necessários à satisfação de suas necessidades e, simultaneamente, transformando a si próprio.

Nessa perspectiva, o trabalho não se reduz a uma simples atividade produtiva, mas configura-se como mediação fundamental na formação do ser social. Ao modificar a matéria natural e convertê-la em objetos úteis, o ser humano desenvolve capacidades, conhecimentos e formas de organização social. Assim, o trabalho é, antes de tudo, uma atividade teleologicamente orientada, por meio da qual o indivíduo projeta mentalmente o resultado pretendido antes de realizá-lo concretamente, diferenciando-se das demais formas de atividade presentes na natureza.

> Processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para a sua própria vida (Marx, 1984, p. 149).

A incorporação dessa categoria ao debate profissional está diretamente relacionada à apropriação da teoria social marxiana, que compreende o trabalho como categoria fundante da vida social e elemento estruturador das relações sociais (Vasconcelos *et.al.,* 2022). É a partir dessa perspectiva que se passa a analisar o Serviço Social não apenas como prática interventiva, mas como trabalho inserido na divisão sociotécnica desse processo, condicionado pelas determinações históricas do modo de produção capitalista.

> Nessa busca de reerguimento do capitalismo, o Estado foi assumindo um papel destacado na expansão dos investimentos e do mercado e a industrialização capitalista passou a se fazer com um elevado grau de monopólio. Criava-se assim as bases para uma nova fase do capitalismo, o monopolista, em que a concorrência entre capitais industriais era substituída pelos monopólios. Desenvolvendo mecanismos de absorção do excedente e com isso garantindo a manutenção do crescimento, os monopólios foram fortalecendo-se e com eles as alianças da classe dominante entre si, e com o próprio Estado (Martinelli, 2011, p. 94).

Em face disso, considera-se que o capitalismo monopolista e a intensificação das alianças entre Estado e classe dominante redefiniram as formas de

regulação social e ampliaram as expressões da questão social, ao mesmo tempo em que demandaram novas respostas institucionais.

Também é por meio do trabalho que o homem se insere nas relações sociais e impulsiona a construção de sua própria história, uma vez que essa atividade funda as bases da sociabilidade humana. Conforme destaca Barroco (2001, p. 26), o trabalho “permite o desenvolvimento de mediações que instituem a diferencialidade do ser social em face de outros seres da natureza”, pois o homem, enquanto ser racional, possui a capacidade de projetar, criar e transformar aquilo que pretende produzir, distinguindo-se dos demais seres vivos.

O caráter teleológico do trabalho. Para Antunes (2009), trata-se da capacidade humana de idealizar previamente, em sua consciência, aquilo que será realizado concretamente fenômeno inexistente, em sua forma desenvolvida, no ser meramente biológico dos animais. Sendo assim, a particularidade pode ser compreendida a partir da conhecida distinção marxiana entre a abelha e o arquiteto, na qual se ressalta que, diferentemente da abelha, o arquiteto projeta mentalmente a construção antes de executá-la, conferindo ao objeto uma forma previamente concebida.

Considerando que o trabalho se efetiva por meio de um processo, Marx (1984) identifica três elementos constitutivos do processo de trabalho: (1) a atividade orientada a um fim, isto é, o próprio trabalho; (2) o objeto de trabalho, sobre o qual incide a ação humana; e (3) os meios de trabalho, compreendidos como os instrumentos necessários à realização dessa atividade. O objeto de trabalho corresponde às “coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural” (Marx, 1984, p. 151), enquanto os meios de trabalho dizem respeito a “todas as condições materiais, seja como for, necessárias à realização do processo de trabalho” (Marx, 1984, p. 152).

O processo de trabalho resulta na produção de bens que expressam a transformação da matéria-prima para atender às necessidades humanas. Trata-se de uma atividade orientada por finalidades previamente estabelecidas, na qual o sujeito projeta, intervém e modifica a realidade material com o auxílio de determinados instrumentos, produzindo resultados que respondem a demandas socialmente constituídas (Marx, 1984).

No âmbito do Serviço Social, essa discussão ganha densidade a partir das contribuições de Iamamoto (2009), ao afirmar que o assistente social é um trabalhador

assalariado inserido na divisão sociotécnica do trabalho. Sua prática profissional se materializa em um processo de trabalho mediado por instituições, políticas públicas e relações de poder. Para a autora, compreender o processo de trabalho significa analisar não apenas o que o profissional faz, mas as condições históricas, políticas e institucionais que moldam sua intervenção (Iamamoto, 2009).

A categoria processo de trabalho é central para a compreensão da prática profissional no Serviço Social e, de modo específico, para analisar como o assistente social atua nos contextos da saúde mental no Brasil. Inspirado pelo referencial histórico-crítico do Serviço Social brasileiro, a categoria é compreendida como o conjunto de ações, métodos, técnicas e instrumentos mobilizados no exercício profissional, articulando objetivos sociais e lógicas institucionais no contexto da produção e reprodução da vida social (Andrade *et al.*, 2023).

Nessa direção, Guerra (2011) destaca que o processo de trabalho do assistente social não pode ser reduzido ao conjunto de técnicas ou instrumentos operativos utilizados no cotidiano profissional. Trata-se de uma prática social que articula dimensões técnico-operativas, teórico-metodológicas e ético-políticas, conformando uma intervenção que é, ao mesmo tempo, técnica e política. A autora enfatiza que a instrumentalidade do Serviço Social deve ser compreendida como mediação, ou seja, como capacidade de traduzir demandas sociais em respostas profissionais fundamentadas teoricamente e orientadas por um projeto ético-político comprometido com a ampliação de direitos.

Segundo Andrade *et al.* (2023) e Araújo *et al.* (2024) o Serviço Social no campo da saúde, o processo de trabalho não é entendido apenas como execução de tarefas, mas como construção social e histórica da prática profissional, mas como ações conscientes de enfrentamento às demandas sociais articuladas com direitos assegurados em políticas públicas e organização institucional dos serviços. Nesse sentido, o processo de trabalho implica problematizar a realidade social, identificar necessidades sociais concretas e pautar intervenções que vão além da lógica puramente assistencialista ou individualizante.

Em termos teóricos, essa categoria está intimamente relacionada às discussões que constituem o projeto profissional crítico do Serviço Social no Brasil, que se consolidou nas últimas décadas e enfatiza a análise da realidade social como parte do processo de intervenção do assistente social (Teixeira; Braz, 1999). A perspectiva histórico-crítica, alinhada à tradição marxista de análise, entende o

processo de trabalho como um momento de mediação entre as estruturas sociais, as instituições e os sujeitos, em que o assistente social busca promover direitos sociais e autonomia.

Ao analisar a categoria processo de trabalho, Iamamoto (2012) ressalta que o objeto de intervenção do Serviço Social é a expressão da questão social, manifestada nas múltiplas formas de desigualdade produzidas pela sociabilidade capitalista. Assim, o processo de trabalho do assistente social se desenvolve no interior das políticas sociais, tensionado pela contradição entre a garantia formal de direitos e os limites estruturais impostos pelo Estado e pelo mercado.

No âmbito específico da saúde mental, Bisneto (2011) argumenta que a inserção do Serviço Social nesse campo exige a compreensão da loucura e do sofrimento psíquico para além de uma abordagem exclusivamente clínica ou biomédica. Segundo o autor, a atuação profissional deve considerar os determinantes sociais do sofrimento mental, articulando direitos sociais, cidadania e inclusão social. Nesse sentido, o processo de trabalho do assistente social na saúde mental envolve a mediação entre usuário, família, equipe multiprofissional e rede intersetorial, buscando romper com práticas institucionalizantes e fortalecer a perspectiva psicossocial inaugurada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Reforma Psiquiátrica, analisada por Amarante (2007), representa uma inflexão paradigmática no modelo de atenção à saúde mental no Brasil, ao propor a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por uma rede territorializada de atenção psicossocial. Essa reconfiguração impacta diretamente o processo de trabalho do assistente social, que passa a atuar em dispositivos como os CAPS, residências terapêuticas e equipes de atenção básica. Nesse contexto, o trabalho profissional se amplia para além do atendimento individual, incorporando ações de articulação de rede, trabalho com famílias, construção de projetos terapêuticos singulares e defesa de direitos.

Frente a isso, para os autores Mota e Amaral (2014), ao discutirem o trabalho profissional nas políticas sociais, destacam que o processo de trabalho do assistente social é atravessado por determinações institucionais que podem tanto potencializar quanto limitar sua intervenção. Na política de saúde mental, essas determinações se expressam na insuficiência de recursos, na precarização das condições de trabalho e na intensificação das demandas. Tais elementos configuram

tensões institucionais que incidem sobre o cotidiano profissional, exigindo constante reflexão crítica sobre os limites e possibilidades da prática.

Em outra vertente, segundo os autores Silva e Lima (2019), ao analisarem a atuação do assistente social nos CAPS, evidenciam que o processo de trabalho é marcado por múltiplas atribuições, como acolhimento, estudo social, elaboração de pareceres, encaminhamentos, articulação intersetorial e acompanhamento familiar. Os autores ressaltam que essas ações não podem ser compreendidas de forma fragmentada, pois integram um processo mais amplo de produção do cuidado em saúde mental. Assim, o trabalho do assistente social se insere na lógica da integralidade do SUS, articulando dimensões sociais, econômicas e culturais que atravessam a vida dos usuários.

Entretanto, como aponta Raichelis (2018), o contexto contemporâneo de contrarreformas do Estado e de avanço de políticas de austeridade tem provocado impactos significativos sobre o trabalho nas políticas sociais. A autora destaca que a precarização dos vínculos empregatícios, a sobrecarga de trabalho e a intensificação das exigências burocráticas tendem a restringir o tempo destinado à reflexão e ao planejamento das ações profissionais. Na saúde mental, esse cenário pode comprometer a consolidação do modelo psicossocial, reatualizando práticas conservadoras e medicalizantes.

Já para o autor Vasconcelos (2016), chama a atenção para as disputas em torno do projeto de Reforma Psiquiátrica e para as ameaças de retrocesso nas políticas de saúde mental. Posto isso, esse projeto incide diretamente no processo de trabalho do assistente social, que se vê desafiado a reafirmar seu compromisso ético-político com a defesa dos direitos humanos, da desinstitucionalização e da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. O trabalho profissional assume também caráter militante, na medida em que envolve a defesa do SUS e da rede de atenção psicossocial.

A atuação do assistente social na política de saúde mental brasileira ocorre em um campo marcado por reconfigurações institucionais, tensões entre modelos assistenciais e desafios contemporâneos na garantia de direitos (Silva; Lima, 2019). Nesse sentido, para Andrade *et al.* (2023), a política pública de saúde mental no Brasil foi profundamente transformada a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que deslocou o paradigma de um modelo hospitalocêntrico para um modelo comunitário e psicossocial de atenção, com destaque para os CAPS.

O processo de trabalho implica participação ativa nos dispositivos institucionais do SUS, integrando equipes multiprofissionais e articulando intervenções que superem o modelo biomédico tradicional (Andrade *et al.*, 2023). Assim, para a autora Raichelis (2018), a lógica de produção do cuidado em saúde mental envolve deslocar o foco da clínica individual para um olhar ampliado sobre as determinantes sociais do sofrimento psíquico, considerando os contextos de vida, desigualdades e exclusão social dos usuários.

No campo da saúde mental brasileira, o processo de trabalho do assistente social expressa as contradições entre projeto ético-político profissional e limites institucionais, entre garantia formal de direitos e precarização das políticas públicas, entre cuidado emancipatório e tendências conservadoras. É nesse terreno contraditório que se constroem as reconfigurações, tensões institucionais e desafios contemporâneos que atravessam a atuação profissional, exigindo permanente análise crítica, qualificação teórica e posicionamento ético (Araújo *et al.*, 2024; Silva; Lima, 2019).

Sobre a prática profissional nos CAPS, destacam que o processo de trabalho do assistente social inclui tarefas de avaliação social, acompanhamento familiar, fortalecimento de vínculos sociais, articulação com serviços da rede pública e busca pela garantia de direitos (Castro, 2024). A atuação destaca que o processo de trabalho articula análise de realidade com intervenção social e política, contribuindo para a construção de estratégias de cuidado que respeitem a singularidade dos usuários e promovam inclusão social.

> Apesar dos avanços significativos obtidos nas últimas décadas, a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil não se consolidou sem resistências e retrocessos. Nos últimos anos, especialmente a partir da segunda década dos anos 2000, houve uma série de políticas e decisões governamentais que reverteram parcialmente os progressos conquistados, de modo que o fortalecimento do financiamento para comunidades terapêuticas, por exemplo, contrasta com o modelo de Atenção Psicossocial que visa a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade. Além disso, cortes orçamentários no SUS e a redução de investimentos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) enfraqueceram a rede de apoio e atendimento territorial, colocando em risco a efetividade do cuidado integral e humanizado. Assim, esses retrocessos refletem disputas políticas e ideológicas em torno da saúde mental e evidenciam a fragilidade das conquistas democráticas, ressaltando a necessidade de constante mobilização social e profissional para defender os princípios da Reforma Psiquiátrica e os direitos dos usuários (Castro, 2024, p.16).

Apesar das conquistas institucionais da Reforma Psiquiátrica, o processo de trabalho enfrenta tensões e obstáculos que impactam diretamente a atuação do assistente social. Ainda segundo Silva e Lima (2019) como precarização das condições de trabalho, insuficiência de recursos, demandas acumuladas, lógicas burocráticas intensificadas por cortes orçamentários e dificuldades de articulação intersetorial geram pressões sobre a prática profissional.

Ainda sobre a respectiva temática, em complemento à passagem do periódico, Andrade *et al.* (2023) mencionam que a precarização das relações de trabalho repercute na saúde mental dos próprios profissional. Isso inclui os assistentes sociais, uma vez que a capacidade de responder às necessidades dos usuários depende de condições institucionais adequadas e de valorização do trabalho técnico-político. Diante disso, o processo de trabalho passa a ser tensionado entre as demandas institucionais e a necessidade de promover respostas socialmente significativas aos usuários da política de saúde mental.

A representação do assistente social dentro das equipes multiprofissionais, cujo reconhecimento e compreensão acerca das especificidades do trabalho técnico-político nem sempre é unanimemente aceita. Posto isso, exigem-se constante articulação pedagógica e política dentro das equipes, além de formação continuada que fortaleça a apropriação crítica da prática.

Conforme Iamamoto (2009), o Serviço Social deve ser compreendido como uma especialização do trabalho coletivo, inserido na divisão social e técnica do trabalho na sociedade capitalista. Nessa perspectiva, o assistente social é um trabalhador assalariado que vende sua força de trabalho a instituições públicas e privadas, sendo sua prática profissional determinada pelas condições históricas, institucionais e políticas em que se insere.

Posto isso, afasta-se de leituras que fragmentam a análise do trabalho profissional, reafirmando que o Serviço Social se constitui como parte da dinâmica mais ampla da reprodução das relações sociais. Assim, analisar o Serviço Social como trabalho implica investigá-lo para além de suas dimensões técnico-operativas, situando-o nas contradições da sociedade capitalista, uma vez que a perspectiva permite avançar para a análise do processo de trabalho do assistente social, abordado na subseção 2.3.

2.3 PROCESSOS DE TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL

A análise dos processos de trabalho no Serviço Social exige a apreensão das determinações estruturais que incidem sobre a organização da produção e da reprodução social no capitalismo. Nesse sentido, o texto de Mota (1995; 2006) acerca da crise contemporânea e das transformações na produção capitalista oferece fundamentos teóricos essenciais para compreender as reconfigurações que atingem o trabalho profissional do assistente social. Conforme destaca a autora, as crises não constituem fenômenos episódicos ou externos ao sistema, mas são inerentes à própria dinâmica da acumulação capitalista. Em suas palavras, “as crises econômicas são inerentes ao desenvolvimento do capitalismo” (Mota, 1995, p. 37), configurando momentos de reestruturação das estratégias de produção e reprodução do capital.

> O Assistente social dispõe de um Código de Ética profissional e embora o Serviço social seja regulamentado como uma profissão liberal, não tem essa tradição na sociedade brasileira. É um trabalhador especializado, que vende sua capacidade de trabalho para algumas entidades empregadoras, predominantemente de caráter patronal, empresarial ou estatal, que demandam essa força de trabalho que qualificada e a contratam. Esse processo compra e venda da força de trabalho especializada em troca de um salário faz com que o Serviço Social ingresse no universo da mercantilização, no universo do valor. A profissão passa a constituir-se como parte do trabalho social produzido pelo conjunto da sociedade, participando da criação e prestação de serviços que atendem as necessidades sociais (Iamamoto, 2012, p. 23-24).

Partindo da tradição marxista, Mota dialoga com a explicação de Marx sobre a lei tendencial da queda da taxa de lucro, evidenciando que as crises decorrem do descompasso entre produção e realização da mais-valia. Nesse sentido, a interpretação é corroborada por Rubin (1980, p. 31), ao afirmar que as crises são “hiatos dentro do processo de reprodução social”, indicando rupturas na articulação entre produção material e relações sociais de produção. Assim, as crises revelam as contradições estruturais do capitalismo, especialmente aquela existente entre produção socializada e apropriação privada da riqueza.

No âmbito da economia política crítica, Netto e Braz (2006, p. 162) ressaltam que “as crises são funcionais ao modo de produção capitalista, constituindo-se num mecanismo que determina a restauração das condições de acumulação”. Tal compreensão é central para o Serviço Social, pois evidencia que os períodos de crise não implicam necessariamente colapso do sistema, mas sim processos de

recomposição que redefinem o papel do Estado, as políticas sociais e as condições de trabalho da classe trabalhadora.

No modo de produção capitalista, o trabalho adquire uma configuração distinta daquela compreendida em sua dimensão ontológica. Segundo o autor Marx (1984), o trabalho passa a ser determinado pelas relações sociais estabelecidas entre classes antagônicas, marcadas pelo conflito entre capital e trabalho. Nessa lógica, o trabalho deixa de se orientar prioritariamente pela satisfação das necessidades humanas e assume centralidade na produção e valorização do capital. Configuram-se, assim, duas classes fundamentais: de um lado, os proprietários dos meios de produção — a burguesia — que detêm o controle sobre os recursos produtivos e se apropriam da riqueza socialmente produzida; de outro, os trabalhadores assalariados — o proletariado — que, privados desses meios, vendem sua força de trabalho em troca de salário, sem acesso ao produto final de sua atividade.

Conforme Iamamoto e Carvalho (2014, p. 38), o capital se materializa sob a forma de mercadorias, abrangendo tanto os meios de produção (matérias-primas, instrumentos e insumos) quanto os meios de subsistência necessários à reprodução da força de trabalho. Nesse processo, a obtenção do lucro está condicionada à exploração do trabalhador, que se efetiva por meio da apropriação do trabalho excedente não pago, a mais-valia. Como explica Marx (1984), a mais-valia corresponde à diferença entre o valor produzido pelo trabalhador e o valor que lhe é pago sob a forma de salário, constituindo a base da acumulação capitalista.

Embora o trabalho seja fundante da constituição do ser social e possibilite o desenvolvimento da consciência e da intencionalidade humana, no capitalismo ele assume um caráter contraditório. A forma como se organiza a produção capitalista produz alienação, fazendo com que o trabalhador não se reconheça no produto que realiza ou no próprio processo produtivo. Iamamoto e Carvalho (2014, p. 62) assinalam que o trabalho passa a se apresentar como algo externo ao trabalhador, no qual ele não se afirma, mas se nega, tornando-se fonte de desgaste e subordinação.

Dessa forma, na sociedade capitalista, a força de trabalho transforma-se em mercadoria. Os trabalhadores, ao venderem sua capacidade de trabalhar, submetem-se ao trabalho assalariado como meio de garantir sua sobrevivência e a de suas famílias. Entretanto, o salário recebido não corresponde ao valor total produzido, mas apenas ao necessário para a reprodução da força de trabalho, assegurando a continuidade do processo de exploração (Marx, 1984).

É nesse cenário de antagonismo entre capital e trabalho que se insere a atuação do assistente social. Seu trabalho se orienta pela defesa e ampliação de direitos, enfrentando as expressões da questão social produzidas por essa dinâmica. Contudo, ao mesmo tempo em que atua na mediação dessas contradições, o assistente social também integra a classe trabalhadora, pois participa do mercado capitalista por meio da venda de sua própria força de trabalho, compartilhando as determinações estruturais que incidem sobre os demais trabalhadores (Iamamoto; Carvalho, 2014).

> O processo capitalista de produção expressa, portanto, uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através das quais levam a efeito a produção. Neste processo se reproduzem, concomitantemente, as ideias e representações que expressam estas relações e as condições materiais em que se produzem, encobrindo o antagonismo que as permeia (Iamamoto, 2009, p. 30).

A crise iniciada no final dos anos 1970 marca, segundo Mota (2006), uma inflexão histórica caracterizada pelo esgotamento do padrão fordista-keynesiano e pela emergência de um novo regime de acumulação. O período fordista, analisado por Harvey (1995) como articulado à forte intervenção estatal, sustentou-se na ampliação do consumo de massa e na consolidação do Welfare State. Contudo, tal modelo entra em declínio diante da queda da lucratividade e da intensificação da concorrência internacional.

A restauração capitalista, conforme argumenta Harvey (2004), passa a operar por meio da reestruturação produtiva e da acumulação por espoliação, com forte predominância do capital financeiro. No Brasil, esse movimento se articula às reformas neoliberais implementadas a partir da década de 1990, implicando privatizações, flexibilização das relações trabalhistas e retração das políticas públicas. Mota (2006) destaca que a inserção subordinada do Brasil na economia mundial intensificou a precarização do trabalho e a mercantilização dos serviços sociais.

Segundo o autor Silva (2014), o processo de trabalho no Serviço Social não pode ser compreendido de forma isolada, mas deve ser analisado em sua dimensão histórica e social, considerando as demandas e relações sociais que o permeiam. As assistentes sociais se deparam com um conjunto de fatores como a questão social, as exigências éticas e a necessidade de respostas profissionalizadas que moldam continuamente o modo como o trabalho é organizado e executado no cotidiano.

Posto isso, a dimensão mais ampla do processo de trabalho foi também objeto de debate no campo teórico do Serviço Social. Castro (2012) aponta para a discussão clássica entre Iamamoto e Lessa sobre a natureza do trabalho do assistente social: enquanto Iamamoto entende que o trabalho profissional é duplamente determinado, articulando utilidade social e mediação técnica-política, Lessa questiona essa definição ao colocá-lo em relação às categorias tradicionais do trabalho produtivo. Notoriamente, que o processo de trabalho no Serviço Social não é somente funcional, mas atravessado por significados teóricos e políticos que influenciam a prática institucional e profissional.

Em articulação com essa perspectiva, estudos sobre o trabalho profissional em saúde mental revelam elementos específicos que caracterizam o processo de trabalho nesses espaços. Mota e Rodrigues (2015), por meio de investigação em CAPS, destacam que o processo inclui atividades como estudo social, articulação intersetorial, acompanhamento familiar e defesa de direitos. Os autores enfatizam que tal organização do trabalho não pode ser dissociada do projeto ético-político do Serviço Social voltado à garantia de direitos e à promoção de inclusão social.

O artigo “Precarização do trabalho, saúde mental e suporte institucional a assistentes sociais” analisa como a intensificação das demandas, a insuficiência de suporte institucional e a precarização das condições laborais interferem no processo de trabalho, afetando diretamente a forma como o assistente social realiza suas ações no campo da política de saúde mental e de outras políticas sociais (Andrade *et al.*, 2025).

Leite (2023) considera a supervisão acadêmica no estágio curricular como componente integrante do processo de trabalho do assistente social em formação, destacando que o estágio é um espaço de produção e reflexão sobre as atribuições privativas da profissão, que não se limitam a técnicas operativas, mas se vinculam a dimensões éticas, políticas e pedagógicas.

A importância de analisar os processos de trabalho em interfaces com a saúde mental também é reforçada por revisões integrativas da literatura como a de Merçom e Constantinidis (2020). As autores identificam, na produção científica nacional, os principais debates sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde mental (inclusive assistentes sociais), lançando luz sobre questões como sofrimento laboral, carga emocional, relações interprofissionais e a complexidade das intervenções em contextos psicossociais.

No que concerne aos processos de trabalho, tais transformações impactam diretamente a classe trabalhadora. Antunes (2009) denomina esse cenário como a constituição de uma “nova morfologia do trabalho”, marcada pela terceirização, flexibilização, intensificação e precarização das condições laborais. A subsunção real e formal do trabalho ao capital torna-se mais profunda, ampliando o controle gerencial e a racionalização produtiva.

Essas mudanças estruturais incidem sobre o Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho. Conforme aponta Iamamoto (2009), o assistente social é um trabalhador assalariado que vende sua força de trabalho a instituições estatais ou privadas, estando submetido às determinações institucionais e às exigências de produtividade impostas pelo contexto neoliberal. O processo de trabalho do assistente social é atravessado pelas contradições entre as demandas institucionais, frequentemente orientadas por critérios gerencialistas e o projeto ético-político da profissão, comprometido com a defesa dos direitos sociais.

> As grandes instituições assistenciais desenvolvem-se num momento em que o Serviço Social, como uma profissão legitimada dentro da divisão social do trabalho – entendido o Assistente Social como profissional que domina um corpo de conhecimentos, métodos e técnicas – é um projeto ainda em estado embrionário; é uma atividade profundamente marcada e ligada à sua origem católica, e a determinadas frações de classes, as quais ainda monopolizam seu ensino prático. Nesse sentido, o processo de institucionalização do Serviço Social será também o processo de profissionalização dos Assistentes Sociais formados nas Escolas especializadas (Iamamoto, 2009, p. 309).

A crise contemporânea redefine, ainda, o papel do Estado na regulação social. Segundo Mota (2006), o redirecionamento estatal implica reformas e contrarreformas que ajustam os sistemas de proteção social às exigências do capital. Essa dinâmica afeta diretamente a política de saúde mental, campo no qual o assistente social atua de forma estratégica, sobretudo na garantia de acesso a direitos, articulação em rede e fortalecimento da cidadania.

A crise contemporânea não apenas altera as bases econômicas, mas redefine sociabilidades, formas de gestão e estratégias ideopolíticas de hegemonia. Para o Serviço Social, isso significa enfrentar tensões institucionais, precarização das condições de trabalho e ampliação das demandas sociais, exigindo análise crítica e posicionamento ético-político diante das contradições do capitalismo contemporâneo.

> Assim, pressuponha-se que os profissionais formados nas recém-fundadas Escolas de Serviço Social (a partir de 1936) fossem atuar na mudança de comportamento das famílias e pessoas, para que melhorassem seus comportamentos e suas condições quanto à higiene, à moral e a sua inserção na ordem social. Estas são as três dimensões que articulam o objeto do Serviço Social no contexto econômico, político e cultural dos anos 30: a moral, a higiene e a ordem. Exemplos dessa articulação, na prática, podem ser vistos através das atividades das assistentes sociais subindo os morros das favelas para levar as pessoas a regularizarem suas relações de casal por uma certidão de casamento ou certidão de nascimento dos filhos e a evitar relações consideradas promíscuas ou perigosas: era ordem moral e social para harmonizar classes sociais e edificar “a boa família”, o “bom operário”, o “bom homem”, o “homem ou a mulher sadia” (Faleiros, 2015, p.13).

A Perspectiva reforça a ideia de que os processos de trabalho no Serviço Social não se restringiam à assistência pontual, mas envolviam estratégias amplas de organização social, educação moral e higienização, sendo articulados com políticas públicas emergentes e com a lógica do controle social, característica do período histórico em que a profissão se consolidava (Faleiros, 2015; Mota, 1995).

Assim, percebe-se que os processos de trabalho do Serviço Social nesse período estavam profundamente vinculados a uma lógica de regulação social e formação do indivíduo dentro dos padrões da sociedade capitalista emergente, estabelecendo as bases para o desenvolvimento da profissão e sua inserção nos sistemas públicos de assistência e políticas sociais (Antunes, 2009; Mota, 1995).

Consoante o exposto, a análise dos processos de trabalho no Serviço Social deve considerar não apenas aspectos técnico-operativos, mas também as determinações sociais, institucionais e subjetivas que moldam o fazer profissional (Andrade *et al.*, 2023). O processo de trabalho como categoria que articula teoria e prática, permite uma abordagem crítica que possibilita reconhecer as contradições entre os objetivos profissionais e as condições reais de atuação, como a tensão entre a garantia de direitos e a precarização dos serviços, reafirmando a necessidade de um projeto profissional crítico que responda aos imperativos éticos e políticos da profissão.

2.4 O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E A PROFISSÃO COMO TRABALHO ASSALARIADO

À luz da perspectiva histórico-crítica do Serviço Social, fundamentada no materialismo histórico-dialético e nas contribuições de Iamamoto (2009), compreende-se que o exercício profissional não pode ser analisado de forma isolada, mas inserido

na totalidade das relações sociais. Nesse sentido, o projeto ético-político do Serviço Social se articula diretamente à compreensão da profissão como trabalho assalariado, inserido na divisão social e técnica do trabalho na sociedade capitalista.

Nessa perspectiva, um dos desafios centrais colocados ao assistente social consiste em superar uma leitura restrita e autocentrada da profissão. Conforme adverte Iamamoto (2012), é necessário romper com uma visão endógena e focalista, limitada aos espaços internos do Serviço Social, que aprisiona a análise à rotina institucional. Ultrapassar esses limites implica compreender a profissão em sua inserção nas relações sociais mais amplas, reconhecendo as dinâmicas que envolvem as classes sociais e o Estado. Sendo assim, o movimento não significa diluir as especificidades profissionais, mas, ao contrário, apreendê-las com maior rigor, iluminando suas particularidades a partir da totalidade social (Iamamoto, 2012).

No que diz respeito ao Código de Ética, a trajetória histórica do capitalismo revelou que o Serviço Social, em suas origens, teve um papel instrumental na legitimação das estruturas estatais e sociais. Durante os séculos de predominância capitalista, o trabalho social foi organizado de maneira a fundamentar e justificar a apropriação desigual da riqueza social produzida, concentrada nas mãos de poucos, enquanto a maioria permanecia subordinada às condições impostas pelo sistema econômico vigente (Antunes, 2009; Iamamoto, 2009). Nesse sentido, o Código de Ética surge não apenas como um instrumento normativo, mas também como um marco que orienta a atuação profissional frente às contradições sociais e econômicas, delineando responsabilidades e limites do assistente social em relação às políticas públicas e aos direitos da população.

> No que diz respeito ao código de ética, séculos de predomínio capitalista na forma de organizar a vida em sociedade já haviam demonstrado que o papel previsto para o Serviço Social em suas origens, visava fundamentar e legitimar a atuação (especialmente do Estado) no sentido de justificar a forma desigual como ocorre a apropriação privada (por poucos) da riqueza social produzida (por muitos) no mundo. Já no que se refere aos direitos humanos, a deliberação de Viena fazia avançar um debate iniciado, ao menos, em 1848. Naquele momento, o da Primavera dos Povos – revolução popular que assolou a Europa “como um rastilho de pólvora” (Comparato, 2008, p. 167-170).

Ao mesmo tempo, a referência aos direitos humanos evidencia como o debate internacional, especialmente a partir da Deliberação de Viena, contribuiu para fortalecer a dimensão ética e política da profissão. Esse debate remonta ao período

da Primavera dos Povos em 1848, uma revolução popular que se espalhou pela Europa “como um rastilho de pólvora” e que já suscitava reflexões sobre igualdade, justiça social e participação cidadã (Comparato, 2008, p. 167-170). Para o Serviço Social, essas discussões históricas consolidaram a compreensão de que a profissão não se restringe à execução de atividades técnicas ou assistenciais. Ela se configura como trabalho assalariado que atua em mediação crítica entre o Estado e a sociedade, defendendo direitos sociais, promovendo cidadania e questionando as desigualdades estruturais.

Portanto, o projeto ético-político do Serviço Social articula-se diretamente com a luta por direitos humanos e pela transformação das condições sociais, situando o profissional como agente de intervenção e mediação nas relações sociais e econômicas, sem perder de vista sua inserção como trabalhador assalariado no contexto das políticas públicas e das instituições sociais (Bisneto, 2011; Iamamoto, 2009; Netto, 1998).

Consoante a isso, para Pacheco (2011) a postura crítica possibilita a construção de estratégias interventivas mais consistentes, capazes de responder às demandas concretas dos sujeitos e contribuir para a efetivação de direitos. Assim, a atuação profissional não se restringe ao cumprimento de rotinas institucionais, mas exige análise das determinações estruturais que atravessam as expressões da questão social.

O compromisso do Serviço Social com a classe trabalhadora consolida-se de maneira mais explícita a partir da década de 1980, em um contexto de intensificação das lutas sociais pelo fim da Ditadura Militar (1964–1985). Para Auer e Silva (2025) o período foi marcado por forte mobilização política e pelo protagonismo de diversos segmentos da sociedade civil, o que repercutiu diretamente no interior da profissão. Conforme analisa Netto (2010), a aproximação com o marxismo forneceu base teórica para um projeto de ruptura com o conservadorismo profissional, processo impulsionado também pela militância política e pela mobilização estudantil.

As transformações ocorridas nas décadas de 1980 e 1990 contribuíram decisivamente para a consolidação do projeto ético-político do Serviço Social. De acordo com Netto (1999), esse projeto vincula-se a um projeto societário comprometido com a construção de uma nova ordem social, livre de exploração e dominação de classe, etnia e gênero. Ele estabelece fundamentos teórico-

metodológicos e princípios éticos que orientam o exercício profissional, afirmando valores como liberdade, autonomia e emancipação humana.

O projeto ético-político reconhece a liberdade como valor central e reafirma o compromisso com a defesa intransigente dos direitos humanos. Posiciona-se em favor da equidade, da justiça social e da universalização do acesso às políticas públicas, entendendo a ampliação e consolidação da cidadania como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras (Netto, 1999).

No campo da formação profissional, a década de 1990 foi marcada pela revisão curricular conduzida pela Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS) e pelo Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social (CEDEPSS). As diretrizes formuladas preservaram os avanços do currículo de 1982, reafirmaram os princípios do Código de Ética Profissional de 1993 e consolidaram os referenciais teórico-metodológicos e ético-políticos construídos historicamente pela categoria (ABESS/CEDEPSS, 1996).

As diretrizes curriculares passaram a estruturar-se em três núcleos fundamentais para a formação: o núcleo dos fundamentos teórico-metodológicos da vida social; o núcleo dos fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira; e o núcleo dos fundamentos do trabalho profissional. Conforme Iamamoto (2012), esses núcleos articulam conhecimentos e competências indispensáveis à qualificação do assistente social na contemporaneidade.

Destaca-se, nesse conjunto, o núcleo dos fundamentos do trabalho profissional, que compreende a apreensão do Serviço Social como especialização do trabalho, discutindo os elementos constitutivos da ação profissional (ABESS/CEDEPSS, 1996, p. 14). Tal perspectiva reconhece o assistente social como trabalhador assalariado, inserido nos processos de trabalho das instituições empregadoras e submetido às determinações próprias da sociedade capitalista.

Assim, o Serviço Social passa a ser entendido como uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo, configurando-se como especialização do trabalho socialmente necessário (Iamamoto, 2012). Essa concepção é juridicamente respaldada pela Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão e define suas competências e atribuições, bem como pelo Código de Ética Profissional instituído pela Resolução CFESS nº 273/1993, que estabelece os direitos, deveres e princípios que orientam o exercício profissional.

2.5 O SERVIÇO SOCIAL COMO PROCESSO DE TRABALHO E SUA INSERÇÃO NAS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL

Nessa direção, a denominada “prática profissional” do assistente social precisa ser compreendida para além de uma concepção imediata ou meramente operacional. Conforme Iamamoto (2012), o que se convencionou chamar de prática corresponde, na verdade, a um dos elementos constitutivos do processo de trabalho: o próprio trabalho. Contudo, para que se configure efetivamente como trabalho, é imprescindível a existência de objeto, meios e condições concretas para sua realização. A substituição da categoria trabalho pela noção genérica de prática pode reforçar uma perspectiva liberal e individualizante, deslocando a análise da totalidade social e reduzindo a intervenção profissional à relação isolada entre assistente social e usuário.

Em termos históricos e profundos nessa vertente de pesquisa, a realização da prática assistencial esteve bastante distanciada das relações sociais, associando-se mais à noção da caridade (Andrade *et al.*, 2023). Consoante a isso, e em forma da troca de favores com propósito de auxílio para ambas as partes. As damas de caridade forneciam elementos de interesse aos desiguais em troca de posições políticas, assim contribuindo para que diminuíssem o conflito social entre capital e trabalho.

Iamamoto (2009) alerta que, quando entendida de forma restrita, a prática passa a ser concebida como uma relação singular entre profissional e “cliente”, desvinculada da questão social e das políticas públicas. Tal compreensão fragmenta a análise crítica e obscurece as determinações históricas e estruturais que incidem sobre as demandas apresentadas no cotidiano profissional.

Ao reconhecer os assistentes sociais como trabalhadores assalariados inseridos em instituições públicas e privadas, evidencia-se que sua força de trabalho é qualificada, fruto de formação específica e regulamentada. No entanto, a realização de seu trabalho depende de meios e condições objetivas fornecidas pelas instituições empregadoras, como recursos financeiros, infraestrutura, equipe técnica, diretrizes das políticas sociais e normativas institucionais.

> conjunto das expressões da questão social engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. [...] expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por

> relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal (Iamamoto, 2012, p. 16).

Nesse contexto, os profissionais se inserem em processos de trabalho institucionais que, conforme Guerra (2011, p. 3), podem ser compreendidos como um conjunto de atividades prático-reflexivas orientadas para determinadas finalidades, cuja efetivação depende da existência e adequação de condições objetivas e subjetivas. As condições objetivas dizem respeito aos elementos materiais e estruturais da sociedade, como a divisão social do trabalho, a propriedade dos meios de produção e os espaços sócio-ocupacionais, enquanto as condições subjetivas referem-se à qualificação, às escolhas profissionais, aos referenciais teórico-metodológicos, éticos e políticos que orientam a intervenção (Guerra, 2011).

Ao analisar o Serviço Social como especialização do trabalho social, torna-se fundamental refletir sobre seus elementos constitutivos: objeto, meios e produto do trabalho profissional. O objeto do Serviço Social é as múltiplas expressões da questão social, entendidas como manifestações das desigualdades produzidas pela sociabilidade capitalista. Segundo Iamamoto (2012), a questão social expressa o conjunto das desigualdades próprias da sociedade capitalista madura, cuja raiz está na contradição entre a produção social cada vez mais coletiva, e a apropriação privada dos frutos desse trabalho.

A gênese da questão social está diretamente vinculada ao antagonismo entre capital e trabalho, isto é, à luta de classes. Entretanto, como enfatiza Iamamoto (2012), a questão social não se reduz à desigualdade econômica; ela também se manifesta como resistência e rebeldia. As situações de desemprego, pobreza, fome, precarização do trabalho, ausência de moradia, violência e discriminação são expressões concretas dessas desigualdades, mas também impulsionam formas de organização e luta dos trabalhadores.

A questão social não deve ser entendida como mero “problema social” ou dificuldade individual, mas como fenômeno estrutural inerente ao modo de produção capitalista. Conforme Iamamoto (2012), decifrar a questão social implica compreender a gênese das desigualdades, associadas à concentração de renda, poder e propriedade, bem como identificar as formas de resistência material e simbólica construídas pelos sujeitos sociais.

Figura 4 – Desigualdade social representada pelo desequilíbrio de classes

Fonte: Adaptado de CartoonStock (2020).
Descrição: Ilustração mostrando um homem rico, vestido de terno e cartola, sentado em uma gangorra que é sustentada sobre uma casa, enquanto várias pessoas em situação de vulnerabilidade ocupam o outro lado e são levantadas pelo peso do rico. A imagem simboliza a concentração de riqueza e poder, assim como as desigualdades estruturais e o desequilíbrio social presentes na sociedade capitalista.

Assim, o trabalho do assistente social se desenvolve na mediação dessas expressões da questão social, articulando análise crítica da realidade, domínio teórico-metodológico e compromisso ético-político com a defesa dos direitos e da emancipação humana. Ao se reconhecer como trabalhador assalariado inserido na divisão social do trabalho, o profissional compreende tanto os limites quanto as possibilidades de sua intervenção no interior das instituições e das políticas públicas.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL

3.1 POLÍTICA PÚBLICA E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O processo de redemocratização iniciado em 1985, após a ditadura militar, traz consigo a discussão sobre as condições de vida e saúde da população. Esse processo evidencia a formação de uma dimensão política através das pressões populares, o que contribuiu para os indicadores de um contexto histórico marcado pela construção do exercício da cidadania, viabilizando novos direitos sociais, civis e políticos através da Constituição Federal, também conhecida como Constituição Cidadã.

A promulgação da Constituição Federal em 05 de outubro de 1988, contemplou os princípios e as reivindicações dos atores que participaram do movimento de Reforma Sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Com isso, concretizou-se a saúde como direito social e dever do Estado, bem como "[...] a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (Brasil, 1988, art. 6º).

Juntamente com as políticas de previdência e assistência social, a saúde passou a integrar o tripé da seguridade social brasileira. Segundo o Art. 194 da Constituição Federal, a seguridade social compreende um [...] conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Brasil, 1988).

A Seguridade Social brasileira estrutura-se a partir de três pilares fundamentais, sendo eles, saúde, previdência social e assistência social, configurando um sistema de proteção social inscrito na Constituição Federal de 1988. No que se refere à saúde, esta é definida como direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurada por meio de políticas sociais e econômicas voltadas à redução de riscos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988, art. 196). A previdência social, por sua vez, organiza-se sob a forma de regime geral, contributivo e de filiação obrigatória, orientado por critérios que garantam equilíbrio financeiro e atuarial (Brasil, 1988, art. 201). Já a assistência social é estabelecida como política não contributiva, destinada

a quem dela necessitar, independentemente de contribuição prévia à seguridade social (Brasil, 1988, art. 203).

No âmbito das análises críticas do Serviço Social, autores como Faleiros (2015) e Iamamoto (2012) compreendem as políticas de seguridade social como resultantes de processos históricos marcados por disputas entre classes sociais. Inseridas na sociabilidade capitalista, essas políticas expressam contradições. Ao mesmo tempo em que atendem a determinadas demandas das classes trabalhadoras, também operam dentro dos limites estruturais impostos pela lógica do capital. Assim, as políticas sociais constituem conquistas históricas, fruto da organização e luta da classe trabalhadora, ainda que não alterem, de forma estrutural, a ordem societária vigente.

A Constituição Federal de 1988 representa, nesse sentido, um marco civilizatório no Brasil ao ampliar significativamente o reconhecimento dos direitos sociais. Conforme analisa Yazbek (2009), a incorporação da seguridade social como sistema integrado expressa avanços no campo da cidadania, especialmente ao romper, ao menos formalmente, com práticas excludentes que historicamente restringiam o acesso aos direitos sociais. A ampliação da cobertura previdenciária para trabalhadores urbanos e rurais, a consolidação do SUS com abrangência nacional e a institucionalização da assistência social como direito de cidadania e dever do Estado evidenciam essa transformação.

A proteção social, nesse contexto, compreende a garantia de direitos e de condições mínimas de dignidade aos sujeitos sociais. Conforme destaca a Política Nacional de Assistência Social (Brasil, 2005a), trata-se de um conjunto de ações institucionalizadas destinadas a enfrentar situações de vulnerabilidade decorrentes de contingências como desemprego, envelhecimento, doença, deficiência ou rompimento de vínculos familiares. Assim sendo, as ações devem assegurar seguranças fundamentais, tais como a segurança de renda e autonomia, de acolhida e de convivência familiar e comunitária.

No campo específico da saúde, os artigos 196 a 200 da Constituição Federal consolidam o princípio da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção (Brasil, 1988). O SUS é estruturado com base na descentralização político-administrativa e na hierarquização dos serviços. A descentralização estabelece competências próprias para União, Estados e Municípios, representados respectivamente pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e

pelas Secretarias Municipais de Saúde. Já a hierarquização organiza as ações e serviços em níveis de atenção básica, média e alta complexidade buscando garantir racionalidade na oferta e integralidade no cuidado.

Entretanto, como analisam Iamamoto (2012) e Faleiros (2015), a consolidação desses direitos ocorre em meio às transformações econômicas e políticas da década de 1990, marcadas pelo avanço do ideário neoliberal. A adoção de políticas de ajuste fiscal, contenção de gastos públicos e focalização das ações sociais impôs limites à efetivação plena dos direitos conquistados na Constituição de 1988. No âmbito da saúde, esse processo produziu tensões na implementação do SUS, evidenciando a contradição entre o reconhecimento formal de direitos universais e as restrições orçamentárias que dificultam sua materialização.

A seguridade social brasileira configura-se como campo permanente de disputas. Embora represente importante avanço na garantia de direitos sociais, sua efetivação depende das correlações de forças presentes na sociedade e das condições concretas de financiamento e gestão das políticas públicas. Para o Serviço Social, esse cenário exige análise crítica, posicionamento ético-político e atuação comprometida com a defesa intransigente dos direitos sociais e com o fortalecimento das políticas públicas universais.

3.1.1 Ofensiva neoliberal e contradições na consolidação do SUS

Em meio ao processo de institucionalização do SUS na década de 1990, observa-se a consolidação simultânea de medidas orientadas pelo ideário neoliberal no cenário político e econômico brasileiro. Conforme analisa Menezes (2011), a eleição presidencial de 1989 marcou o fortalecimento de uma agenda comprometida com políticas de ajuste fiscal e controle inflacionário, orientadas por princípios monetaristas, que já vinham sendo delineados no final do governo Sarney. Sendo assim, a conjuntura passou a tensionar diretamente os fundamentos universalistas previstos na Constituição de 1988.

> 1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; 2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; 3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; 4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; 5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça

> da forma adequada; 6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (Brasil, 2011, p. 3).

Durante o governo de Fernando Collor de Mello (1990–1992), intensificou-se a adoção de estratégias neoliberais que impactaram significativamente as políticas sociais. Segundo Sarreta e Bertani (2011), esse período foi marcado pela manutenção e aprofundamento das desigualdades no acesso aos serviços públicos, inclusive na saúde. As medidas priorizadas incluíram processos de privatização, contenção de gastos sociais, redirecionamento focalizado de recursos e descentralização administrativa, configurando um movimento que se distanciava dos princípios de universalidade e integralidade assegurados constitucionalmente. Na prática, consolidava-se a predominância de um projeto de saúde com forte viés privatista.

Apesar dos avanços normativos promovidos pela Reforma Sanitária e pela criação do SUS, a efetivação concreta desses direitos encontrou limites estruturais no contexto econômico e político vigente. Bravo (2006) destaca que, nesse período, houve descumprimento de dispositivos constitucionais e fragilização dos mecanismos de regulação e fiscalização por parte do governo federal. Entre os principais entraves à consolidação do SUS como política pública universal estavam a fragmentação orçamentária entre os entes federativos e o enfraquecimento do princípio da integralidade, com priorização da assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e prevenção.

No governo de Itamar Franco (1992–1995), embora persistisse a crise financeira da seguridade social e disputas por financiamento entre saúde e previdência, ocorreram avanços importantes, como a ampliação do processo de municipalização por meio da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93) e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (Silva, 2011). Tais iniciativas fortaleceram a descentralização e ampliaram o acesso à atenção básica, ainda que inseridas em um cenário de restrições fiscais.

Com a gestão de Fernando Henrique Cardoso (1995–2002), aprofundaram-se as diretrizes da Reforma do Estado, orientadas por um modelo gerencial pautado na eficiência, controle de resultados, redução de custos e produtividade (Menezes, 2011). Esse processo implicou redefinição do papel estatal, que passou a atuar mais como regulador e financiador do que como executor direto das políticas sociais. A justificativa da crise fiscal sustentou cortes nos investimentos

sociais e incentivou a ampliação da participação do setor privado na oferta de serviços, contribuindo para a segmentação do sistema de saúde.

A partir de 2003, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, surgiram expectativas quanto ao fortalecimento do SUS constitucional e à retomada da agenda da Reforma Sanitária. Contudo, conforme analisa CFESS (2010), o período foi marcado por tensões entre perspectivas universalistas e focalistas, permanecendo a coexistência entre o projeto privatista e o projeto reformista. Ainda que tenham sido implementadas políticas sociais ampliadas, o subfinanciamento da saúde e a crescente presença do setor privado continuaram a representar desafios estruturais.

No governo Dilma Rousseff (2011–2016), observou-se continuidade em relação às diretrizes anteriores. Bravo e Menezes (2011) apontam a permanência de políticas focalizadas, ampliação de parcerias com o setor privado e dificuldades na consolidação plena dos princípios da Reforma Sanitária. Nesse contexto, a defesa da saúde como direito social exigiu mobilização permanente dos movimentos sociais, conselhos de saúde e entidades profissionais.

As manifestações da população usuária do SUS, conforme destaca Pereira (2009), evidenciam problemas recorrentes como superlotação em emergências, demora na realização de exames e cirurgias, e dificuldades no acolhimento. Tais questões revelam as contradições entre o desenho constitucional universalista e as limitações impostas por políticas de austeridade e subfinanciamento.

Entre os instrumentos de fortalecimento da cidadania na saúde, destaca-se a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009, em consonância com a Portaria nº 1.820/2009 (Brasil, 2009). O documento reafirma princípios como acesso organizado, atendimento humanizado, respeito à dignidade do usuário e compromisso dos gestores com a efetivação desses direitos.

A trajetória do SUS demonstra que sua consolidação é resultado de um processo histórico permeado por disputas entre projetos societários distintos. A presença crescente do setor privado e a lógica mercantil na saúde intensificam desigualdades e tensionam a universalidade do sistema. Assim, a defesa do SUS enquanto política pública universal permanece vinculada à mobilização social e ao compromisso ético-político com a ampliação dos direitos sociais.

3.2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A análise da Política de Saúde Mental na contemporaneidade exige situá-la no contexto das transformações societárias que reconfiguram o Estado, o trabalho e as políticas sociais. Conforme problematiza Marilda Villela Iamamoto, o Serviço Social deve ser compreendido como uma especialização do trabalho coletivo, inserida na divisão social e técnica do trabalho, cuja atuação se vincula às expressões da questão social produzidas pelas contradições do modo de produção capitalista (Iamamoto, 2009).

> Na saúde mental, a integralidade do cuidado é um princípio ético e político que implica organizar e efetivar o atendimento e os serviços de forma que o usuário seja atendido na sua integralidade, buscando superar a fragmentação no atendimento, tendo em vista a concepção ampliada de saúde e todos os fatores que causam o adoecimento. O Assistente Social no âmbito da Saúde tem como papel fundamental competências que lhe deem condições de intervir junto aos fenômenos socioculturais e econômicos, buscando melhorar a eficácia de programas de atendimento social, em nível de promoção, proteção e recuperação da saúde. A prática do mesmo vem se desenvolvendo a cada dia que passa e tem se tornado uma prática necessária na promoção a atenção à saúde. E também, utiliza sua atuação na área da saúde com o propósito de mostrar aos usuários os confrontos entre direitos e normas (Brasil, 2005a, p. 97).

É necessária a análise da política pública em seu sentido mais amplo, especialmente no contexto das transformações do Estado e das disputas entre projetos societários. Conforme destaca Netto (1999), as políticas públicas não são neutras, mas expressam correlações de forças entre classes sociais e projetos de sociedade em disputa. Assim, toda política social, incluindo a política de saúde, materializa determinado projeto societário, ainda que permeado por contradições.

> O Assistente Social como profissional da saúde, pautado na resolução anteriormente citada, no novo conceito de saúde inaugurado pela Constituição de 1988, na própria formação do assistente social e no seu compromisso ético-político expresso no Código de Ética da profissão de 1993, que coloca que um dos principais fundamentos do Serviço Social é o “posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática (Pacheco, 2011, p. 39).

A teoria social crítica, conforme enfatiza Netto (1999), demonstra que a sociedade não possui finalidade própria; contudo, as ações humanas são teleológicas, isto é, orientadas por projetos. As políticas públicas configuram-se como instrumentos

de materialização de projetos coletivos, especialmente projetos societários. Como mencionam Teixeira e Braz (2009), os projetos profissionais, inclusive o do Serviço Social, articulam-se necessariamente a projetos de sociedade, não podendo ser compreendidos de forma isolada.

No caso brasileiro, a política de saúde foi historicamente marcada por um modelo excludente, fragmentado e vinculado à lógica previdenciária. Apenas com o processo de redemocratização e a Constituição Federal de 1988 consolidou-se o SUS, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Tal conquista resulta das lutas sociais e da Reforma Sanitária Brasileira, inseridas no contexto mais amplo de disputa entre projetos societários, como enfatizam Netto e Braz (2006) ao analisarem o papel das classes sociais na dinâmica do capitalismo contemporâneo.

Entretanto, a consolidação do SUS ocorre simultaneamente à intensificação das transformações do capitalismo mundial. A partir dos anos 1970, o esgotamento do modelo fordista e a crise estrutural do capital desencadearam estratégias de reestruturação produtiva, financeirização e hegemonia da ideologia neoliberal. Conforme analisam Netto e Braz (2006), tais estratégias compõem um tripé articulado que impacta profundamente as políticas sociais. No mesmo sentido, Harvey (1996) identifica a emergência de um novo regime de acumulação flexível, que redefine o papel do Estado e fragiliza direitos sociais.

> Foi em 1986, na cidade de São Paulo, que surgiu o primeiro CAPS do Brasil, sendo inaugurado com o nome de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Logo após, começaram a surgir vários Centros de Atenção Psicossocial por todos os lugares do país, regulamentados pela portaria GM 224/92. De acordo com esta lei, o CAPS/NASP-Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial -deverá ser organizado de forma regionalizada, de acordo com o número de habitantes correspondentes à região em que serão introduzidos estes programas (Bussula; Oliveira; Volpato, 2014, p. 6).

No Brasil, os impactos dessas transformações tornaram-se mais evidentes na década de 1990, quando políticas de ajuste fiscal, privatizações e focalização de programas sociais tensionaram a efetivação dos direitos conquistados na Constituição de 1988. A política de saúde passou a conviver com subfinanciamento, terceirizações e precarização do trabalho, afetando diretamente os profissionais e os usuários dos serviços.

A política de saúde mental insere-se nesse contexto contraditório. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirada em experiências internacionais e fortalecida por movimentos sociais e profissionais comprometidos com a democratização do cuidado, propôs a superação do modelo manicomial e a construção de uma rede de atenção psicossocial territorializada. Contudo, como qualquer política pública em sociedade capitalista, a saúde mental permanece tensionada entre projetos conservadores e projetos emancipatórios.

O Serviço Social ocupa posição estratégica, pois sua prática se desenvolve na mediação entre demandas sociais, instituições estatais e direitos da população usuária. Conforme aponta Iamamoto (1992), a prática profissional possui dimensão política ineliminável, pois se insere nas relações contraditórias entre classes sociais. Assim, a atuação do assistente social na política de saúde mental não é meramente técnica, mas envolve escolhas ético-políticas que favorecem determinado projeto de sociedade.

A política de saúde mental no Brasil, especialmente após a Lei nº 10.216/2001, consolidou princípios como a desinstitucionalização, a defesa dos direitos humanos e o cuidado em liberdade. Esses princípios dialogam diretamente com o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, cuja gênese remonta à ruptura com o conservadorismo profissional na transição dos anos 1970 para os anos 1980.

Conforme analisam Teixeira e Braz (2009), o projeto ético-político do Serviço Social constitui-se historicamente a partir da crítica ao tradicionalismo e da vinculação às lutas das classes trabalhadoras. Ele expressa uma direção social comprometida com valores como liberdade, democracia, igualdade e justiça social. Tais valores, entretanto, entram em tensão com a lógica do capital, que, segundo Netto e Braz (2006), sustenta-se na exploração do trabalho e na reprodução das desigualdades.

Netto (1999) destaca que os projetos profissionais não existem de forma isolada, mas articulam-se a projetos societários mais amplos. No caso do Serviço Social brasileiro, o projeto ético-político vincula-se a um projeto de transformação social, orientado pela defesa intransigente dos direitos humanos e pela ampliação da cidadania. Posto isso, a vinculação é particularmente relevante na política de saúde mental, uma vez que o campo historicamente esteve marcado por práticas autoritárias, violadoras de direitos e sustentadas por concepções higienistas e medicalizantes.

A atuação do assistente social na saúde mental, portanto, deve ser compreendida como práxis que incide sobre o comportamento e a ação dos sujeitos, conforme conceituam Netto e Braz (2006) ao diferenciarem as formas de práxis social. Trata-se de intervenção que articula dimensões técnico-operativas, teórico-metodológicas e ético-políticas, mediando acesso a direitos, fortalecendo vínculos familiares e comunitários e problematizando as determinações sociais do sofrimento psíquico.

Contudo, a efetivação do projeto ético-político não ocorre de forma automática. Como enfatiza Netto (1999), não há identidade entre o que se projeta idealmente e o que se realiza concretamente. As condições institucionais, o mercado de trabalho, o subfinanciamento das políticas públicas e a hegemonia neoliberal impõem limites objetivos à prática profissional. Ainda assim, tal constatação não invalida o projeto; ao contrário, reafirma sua necessidade como orientação crítica.

No contexto contemporâneo, marcado pela precarização do trabalho analisada por Antunes (2009) e pela intensificação das desigualdades sociais, a política de saúde mental enfrenta desafios como a ampliação das comunidades terapêuticas, retrocessos na desinstitucionalização e disputas ideológicas sobre o modelo de atenção.

Diante disso, o Serviço Social é convocado a reafirmar seu compromisso com a defesa do cuidado em liberdade, da participação social e da garantia de direitos. Conforme argumentam Teixeira e Braz (2009), o projeto ético-político somente se sustenta mediante organização coletiva da categoria e articulação com os movimentos sociais. A intervenção profissional, nesse sentido, deve ultrapassar o imediatismo e buscar apreender as mediações estruturais que produzem o sofrimento mental, evitando tanto o voluntarismo quanto o fatalismo, advertência já presente em Iamamoto (1992).

Assim, a política de saúde mental constitui espaço privilegiado de materialização do projeto ético-político do Serviço Social, pois envolve diretamente a defesa da dignidade humana frente às expressões da questão social. A atuação profissional nesse campo exige competência técnica, fundamentação teórica crítica e posicionamento ético comprometido com a transformação social.

Em consonância a esse processo, a reestruturação produtiva, a hegemonia do capital financeiro e a retração do Estado no campo das políticas públicas, observa-se o agravamento da questão social, expresso no desemprego estrutural, na

precarização do trabalho e na ampliação das desigualdades. Esse contexto incide diretamente sobre as políticas sociais, incluindo a Política de Saúde Mental, que passa a enfrentar limites orçamentários, focalização das ações e intensificação das demandas.

Em outra vertente, a Política de Saúde Mental no Brasil, estruturada a partir da Reforma Psiquiátrica e da consolidação do SUS, representa um avanço no reconhecimento da saúde como direito social. Entretanto, como aponta Iamamoto, as políticas sociais não se realizam em um terreno neutro, mas são permeadas por disputas entre projetos societários distintos. Assim, a saúde mental torna-se campo de tensão entre a defesa de um modelo psicossocial, territorializado e pautado nos direitos humanos, e as tendências de mercantilização e medicalização da vida social.

3.2.1 Linha do tempo da reforma psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica brasileira constitui um processo histórico marcado por disputas políticas, mudanças institucionais e transformações no modo de compreender e tratar o sofrimento psíquico. Entre as décadas de 1950 e 1960, predominou o modelo manicomial, centrado na internação em hospitais psiquiátricos e no isolamento dos indivíduos considerados desviantes, consolidando a lógica hospitalocêntrica no país. Na década de 1970, emergem críticas a esse modelo, influenciadas por movimentos internacionais, como a Psiquiatria Democrática Italiana, levando profissionais e intelectuais brasileiros a questionarem as condições desumanas das instituições asilares.

Já na década de 1980, intensifica-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial, impulsionados pelo contexto de redemocratização e pela realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que ampliou o debate sobre direitos sociais e fortaleceu a defesa do cuidado em liberdade.

Na década de 1990, ocorre a criação dos primeiros serviços substitutivos, como os CAPS, consolidando a proposta de desinstitucionalização e o avanço do modelo psicossocial. Esse processo ganha respaldo legal na década de 2000, com a aprovação da Lei nº 10.216/2001, que garante direitos às pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, além de impulsionar a expansão da RAPS.

Na década de 2010, há ampliação dos serviços, mas também o surgimento de tensões relacionadas ao fortalecimento de políticas mais conservadoras, como a valorização de internações e comunidades terapêuticas. Já na década de 2020, a pandemia de COVID-19 que mostrou a centralidade da saúde mental e aprofundou desigualdades sociais, resultando no aumento da demanda por serviços e na intensificação dos desafios estruturais, especialmente em um cenário de subfinanciamento das políticas públicas.

3.2.1.1 Década de 1970

A Reforma Psiquiátrica Brasileira começa a ganhar contornos mais definidos na década de 1970, em um contexto marcado por intensas transformações sociais, políticas e científicas no cenário internacional. O modelo manicomial, centrado na hospitalização prolongada e na segregação social das pessoas com transtornos mentais, já vinha sendo amplamente questionado na Europa e nos Estados Unidos. Nesse cenário, destaca-se a influência decisiva do psiquiatra italiano Franco Basaglia, principal idealizador da chamada Psiquiatria Democrática.

Conforme a Figura 5, mostra-se Basaglia, o mesmo que defendia a superação do modelo asilar, denunciando o manicômio como instituição de exclusão, violência e desumanização. Sua proposta consistia na substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários, abertos e territorializados, promovendo a reinserção social do paciente e a garantia de seus direitos civis. Essas ideias culminaram na Lei 180/1978, na Itália, que determinou o fechamento gradual dos manicômios naquele país.

O pensamento basagliano repercutiu fortemente no Brasil, especialmente entre profissionais da saúde mental que buscavam alternativas ao modelo hospitalocêntrico vigente durante o regime militar. Assim, as discussões internacionais passaram a dialogar com as demandas nacionais por redemocratização, direitos humanos e reforma das políticas públicas.

Figura 5 – Franco Basaglia e a Psiquiatria Democrática

Fonte: Maia (s/d).
Descrição: Linha do tempo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, por Natan Pereira Maia.

A imagem de Franco Basaglia geralmente o retrata com expressão serena e olhar atento, muitas vezes em ambientes institucionais ou durante conferências. Em fotografias históricas, aparece utilizando óculos, com vestimenta social discreta, transmitindo postura intelectual e engajada. Sua imagem tornou-se símbolo da luta antimanicomial e da humanização da assistência psiquiátrica, representando a ruptura com o modelo tradicional excludente.

No Brasil, o ano de 1978 é considerado um marco fundamental na consolidação do movimento da Reforma Psiquiátrica. O episódio conhecido como “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão responsável pela formulação das políticas públicas do subsetor de saúde mental, representou o estopim do movimento reformista.

A crise teve início quando profissionais de quatro unidades vinculadas à DINSAM entraram em greve, em abril de 1978, após a demissão de aproximadamente 260 estagiários e trabalhadores da área. A mobilização foi impulsionada pela denúncia de três médicos bolsistas que expuseram irregularidades administrativas e assistenciais no setor. O episódio evidenciou não apenas precarizações trabalhistas, mas também falhas estruturais na condução das políticas públicas de saúde mental,

revelando um sistema marcado por autoritarismo, superlotação e práticas terapêuticas questionáveis.

A Crise da DINSAM teve ampla repercussão regional e nacional, mobilizando profissionais de diversas instituições e ampliando o debate público sobre as condições da assistência psiquiátrica no país. O movimento recebeu apoio imediato do Movimento de Renovação Médica e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), organização que já atuava na defesa da reforma sanitária e da democratização do sistema de saúde brasileiro.

Como desdobramento desse processo de mobilização, foram criados o Núcleo de Saúde Mental do Sindicato dos Médicos e o Núcleo de Saúde Mental do CEBES. Esses espaços passaram a funcionar como fóruns de discussão política e técnica, fortalecendo a articulação entre trabalhadores da saúde, intelectuais e movimentos sociais. A partir desse momento, a Reforma Psiquiátrica deixa de ser apenas um debate técnico e passa a constituir-se como movimento político e social organizado.

Ainda em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), considerado o embrião organizado da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Figura 6 – Movimentos e Atos de 1978 na Reforma Psiquiátrica Brasileira

Fonte: Maia (s/d).

Sua pauta inicial envolvia reivindicações trabalhistas, como aumento salarial e redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, mas

rapidamente ampliou seu escopo para críticas profundas ao modelo manicomial. O movimento denunciava a cronificação dos pacientes internados, o uso indiscriminado de eletrochoque e as condições precárias de atendimento. Defendia-se a humanização dos serviços, a melhoria das condições de assistência à população e a construção de alternativas extra-hospitalares de cuidado.

A imagem do nascimento do MTSM geralmente retrata reuniões coletivas, assembleias ou encontros de profissionais da saúde mental, evidenciando um ambiente de debate democrático. Observa-se a presença de trabalhadores reunidos em auditórios ou salas de reunião, com documentos, cartazes ou pautas de reivindicação. A fotografia simboliza a organização coletiva e o início de um movimento estruturado de enfrentamento ao modelo manicomial tradicional, marcando o surgimento de uma luta política articulada pela transformação da saúde mental no Brasil.

Realizado em 27 de outubro de 1978, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria constituiu-se em um marco estratégico para a consolidação nacional do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Inicialmente concebido com o objetivo de reunir psiquiatras vinculados a setores mais conservadores das universidades, consultórios e hospitais privados, o congresso acabou sendo profundamente impactado pela militância reformista que emergia naquele período. O evento tornou-se espaço de tensão e debate entre modelos distintos de assistência, de um lado, o paradigma hospitalocêntrico tradicional, de outro, as propostas críticas inspiradas na Psiquiatria Democrática e na reorganização da assistência em bases comunitárias (Figura 7).

A mobilização dos trabalhadores em saúde mental operou como verdadeiro estopim político, contribuindo para fortalecer a instauração do MTSM, com participação ativa da Associação Psiquiátrica da Bahia. O congresso, portanto, deixou de ser apenas um encontro técnico-científico e passou a representar arena política de disputa de projetos para a saúde mental brasileira.

Figura 7 – V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1978): espaço de disputa e reorganização política da saúde mental

Fonte: Maia (s/d).
Descrição: Linha do tempo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Em 19 de outubro de 1978, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições reuniu autoridades internacionais da área e representou importante espaço de circulação do pensamento crítico que vinha sendo articulado pelo MTSM. O evento favoreceu a ampliação do debate sobre as práticas institucionais em saúde mental, questionando os modelos hierárquicos e as relações de poder presentes nas instituições psiquiátricas.

Com o apoio do CEBES, as reflexões produzidas nesse congresso foram difundidas em universidades, sindicatos e associações profissionais. O pensamento crítico passou a dialogar com outras áreas do conhecimento, ampliando o alcance da Reforma Psiquiátrica e consolidando uma perspectiva interdisciplinar e democrática para o cuidado em saúde mental.

Figura 8 – I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (1978): difusão do pensamento crítico e institucional

Fonte: Maia, (s/d).

O I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo, representou um passo decisivo na organização política do movimento. Sua pauta central enfatizava a construção de “uma nova identidade profissional”, organizada fora das estruturas estatais tradicionais, com o objetivo de denunciar as práticas dominantes do Estado, ao mesmo tempo em que buscava preservar e ampliar direitos dentro do próprio sistema.

O relatório final do congresso destacou a necessidade de maior participação dos técnicos nos processos decisórios das políticas públicas de saúde mental. Foram aprovadas pautas alinhadas aos movimentos democráticos mais amplos da época, incluindo a defesa da liberdade democrática, livre organização de trabalhadores e estudantes e fortalecimento das reivindicações coletivas. O congresso consolidou a articulação nacional do movimento e reafirmou o compromisso com a transformação estrutural da assistência psiquiátrica.

O III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em 15 de novembro de 1979, aprofundou os debates sobre a realidade assistencial brasileira e os planos de reformulação propostos pelo governo e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O contexto era de questionamento crescente sobre a eficácia e a legitimidade do modelo manicomial, especialmente diante das denúncias de superlotação, cronificação e violação de direitos.

Durante o congresso, grupos de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia apresentaram propostas alternativas para a assistência psiquiátrica, defendendo a descentralização dos serviços, a criação de dispositivos comunitários e a humanização do cuidado. As pautas discutidas dialogavam com temas clássicos da psiquiatria, mas sob nova perspectiva crítica, alinhada ao movimento reformista em consolidação.

3.2.1.2 Década de 1980

A década de 1980 representa um período de consolidação das transformações iniciadas no final da década de 1970 no campo da saúde mental brasileira. Sob forte influência das experiências internacionais, especialmente das propostas da Psiquiatria Democrática italiana e dos movimentos de desinstitucionalização europeus, o Brasil começa a vivenciar mudanças significativas no modelo assistencial vigente. O sistema asilar, tradicionalmente estruturado de forma hospitalocêntrica, passa a ser amplamente questionado tanto por trabalhadores da saúde mental quanto por setores acadêmicos e movimentos sociais.

Figura 9 – Transformações no modelo assistencial psiquiátrico brasileiro na década de 1980

Fonte: Maia (s/d).

Nesse contexto, intensificam-se as críticas às internações prolongadas, à cronificação dos pacientes e às práticas excludentes que marcavam os hospitais psiquiátricos. Paralelamente, começam a surgir discussões mais estruturadas sobre

alternativas extra-hospitalares de cuidado, baseadas na territorialização da assistência, na reinserção social do paciente e na humanização dos serviços. Essas mudanças não ocorreram de forma imediata ou homogênea, mas representaram uma inflexão histórica importante, preparando o terreno para a construção de políticas públicas que, posteriormente, culminariam na reorganização da rede de atenção psicossocial no país.

O II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 22 de agosto de 1980, juntamente com o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, evidenciou tensões importantes no interior do campo da saúde mental brasileira. Nesse período, observa-se um distanciamento progressivo entre a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o MTSM. Tal ruptura foi motivada, sobretudo, pela postura assumida pelo MTSM, considerada por setores mais tradicionais como excessivamente politizada, radical e crítica em relação às estruturas institucionais vigentes.

Durante o evento, diversas moções foram submetidas à assembleia, destacando-se a defesa da democratização da ABP e de suas entidades federadas, a proteção dos direitos dos pacientes psiquiátricos e a revisão das políticas públicas de saúde mental. Segundo Prado (2018), o momento foi emblemático porque explicitou o conflito entre duas perspectivas, uma centrada na manutenção do modelo médico tradicional e outra comprometida com a transformação estrutural da assistência psiquiátrica, pautada em direitos humanos e participação social. Assim, o encontro reafirmou o caráter político da Reforma Psiquiátrica e consolidou o MTSM como ator crítico e propositivo no cenário nacional.

Em 1982, a criação do Conselho Consultivo da Administração em Saúde Previdenciária representou um esforço institucional no sentido de reformular o modelo assistencial vigente. O objetivo central era transformar e reverter o modelo privatizante da assistência à saúde, que privilegiava internações e procedimentos hospitalares como eixo estruturante do sistema. Posto isso, foram elaborados novos planos e diretrizes voltados à reorganização da rede de serviços.

Uma das medidas mais significativas foi a proposta de diminuição de leitos e internações psiquiátricas, sinalizando um reconhecimento, ainda que parcial, da necessidade de reduzir a centralidade do hospital psiquiátrico. A prioridade passou a ser direcionada para atendimentos ambulatoriais e consultas especializadas, inclusive laboratoriais, evidenciando uma tentativa de racionalização de recursos e

diversificação das estratégias terapêuticas. Embora não tenha representado uma ruptura imediata com o modelo hospitalocêntrico, essa iniciativa indicou avanços na construção de políticas públicas mais alinhadas às propostas reformistas.

O I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental, realizado em 1985, ocorreu em um momento de redemocratização do país e fortalecimento dos movimentos sociais. O evento foi fundamental para consolidar diretrizes organizacionais e estratégicas para a área, discutindo o fortalecimento da política de saúde mental por meio de estratégias estruturadas e articuladas nacionalmente (Andrade *et al.*, 2023).

Entre os principais pontos debatidos, destacaram-se a regionalização do sistema de assistência, a participação ativa da comunidade na elaboração e fiscalização das políticas públicas, bem como a integração interinstitucional e interinstitucional dos serviços. Essas diretrizes apontavam para uma organização descentralizada, territorializada e participativa, antecipando princípios que posteriormente seriam incorporados ao SUS. O encontro reafirmou a necessidade de construção coletiva das políticas de saúde mental, reconhecendo que a transformação do modelo assistencial dependia não apenas de mudanças técnicas, mas também de engajamento político e social.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constitui um dos marcos mais importantes no processo de redemocratização das políticas públicas de saúde no Brasil. Diferentemente das conferências anteriores, que tinham caráter mais técnico e restrito a especialistas, a oitava edição contou com ampla participação popular, reunindo gestores, profissionais da saúde, usuários e representantes de movimentos sociais. Esse evento foi fundamental para redefinir o conceito de saúde no país, ampliando sua compreensão para além da ausência de doença, passando a considerá-la como resultado das condições sociais, econômicas e políticas (Figura 10).

Figura 10 – 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986): marco da universalização e democratização da saúde no Brasil

Fonte: Maia (s/d).
Descrição: A imagem retrata o ambiente coletivo e participativo da conferência, evidenciando a presença de delegados, profissionais e representantes da sociedade civil reunidos em plenárias e debates. O registro visual simboliza a ampliação da participação popular e a construção democrática das diretrizes que fundamentariam o Sistema Único de Saúde, incluindo os avanços no campo da saúde mental.

Entre seus principais eixos estavam a universalização do acesso aos serviços de saúde, a descentralização da gestão e a democratização das decisões no setor. Esses princípios tornaram-se bases estruturantes do futuro SUS, consolidado na Constituição Federal de 1988. No campo da saúde mental, a conferência fortaleceu as propostas de superação do modelo hospitalocêntrico e impulsionou a construção de alternativas comunitárias e territorializadas de cuidado. Além disso, abordou temas específicos relacionados à reorganização da assistência, ao financiamento do sistema e participação social, consolidando a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Em 1987, o II Encontro Nacional do MTSM consolidou-se como um dos momentos mais emblemáticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o encontro reafirmou publicamente o compromisso com a superação definitiva do modelo asilar e com a construção de uma nova lógica de cuidado em saúde mental baseada na cidadania, na inclusão social e na garantia de direitos.

O lema tornou-se símbolo do movimento antimanicomial no Brasil, extrapolando o campo técnico da psiquiatria e alcançando dimensões sociais, culturais e jurídico-políticas. O encontro provocou grande repercussão nacional, impulsionando debates sobre ações sociais articuladas e estratégias legislativas

capazes de sustentar juridicamente as transformações defendidas pelo movimento. A partir desse momento, a luta antimanicomial deixa de ser apenas uma pauta corporativa e assume caráter amplo de movimento social organizado, dialogando com a redemocratização do país.

Ainda em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, marco decisivo na institucionalização das discussões sobre a reforma do modelo assistencial. A conferência ocorreu em consonância com os princípios estabelecidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e aprofundou o debate específico sobre a organização da política de saúde mental no país.

As discussões foram estruturadas em torno de três eixos fundamentais, economia, reforma sanitária e cidadania. Esses temas evidenciaram que a questão da saúde mental não poderia ser dissociada do financiamento do sistema, da reorganização estrutural da saúde pública e do reconhecimento das pessoas com transtornos mentais como sujeitos de direitos. A conferência contou com a presença de diferentes segmentos sociais, incluindo profissionais da saúde, gestores públicos, usuários e familiares, fortalecendo a participação social no processo decisório.

Destacou-se, ainda, a priorização da prestação de serviços extra-hospitalares como diretriz central, reafirmando a necessidade de reduzir a dependência das internações psiquiátricas prolongadas e ampliar dispositivos comunitários de cuidado. A conferência consolidou a base política e técnica que sustentaria os avanços legislativos e institucionais da década seguinte.

Em 1987, foi implantado na cidade de Santos, o primeiro CAPS do Brasil, denominado CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Esse marco representou uma mudança concreta na organização da assistência em saúde mental, materializando, na prática, as propostas defendidas pelo MTSM e pelos setores reformistas (Figura 11).

Figura 11 – Primeiro CAPS do Brasil (1987): CAPS Prof.º Luiz da Rocha Cerqueira, em Santos/SP

Fonte: Maia (s/d).
Descrição: A imagem representa o marco histórico da implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, simbolizando a transição do modelo asilar para o cuidado comunitário e territorializado.

O objetivo inicial do CAPS era criar um elo contínuo de atendimento entre o hospital psiquiátrico e a comunidade, rompendo com a lógica de isolamento e internação prolongada. Tratava-se de um serviço territorializado, aberto e voltado para o cuidado intensivo e interdisciplinar, priorizando a permanência do usuário em seu meio social e familiar. A experiência de Santos tornou-se referência nacional, demonstrando que era possível construir alternativas efetivas ao modelo hospitalocêntrico.

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 representou um marco decisivo para a consolidação das políticas públicas de saúde no país. A Constituição instituiu o direito universal à saúde e estabeleceu a criação do SUS, fundamentado nos princípios de universalização, integralidade e equidade.

Para a saúde mental, esse momento foi crucial, pois garantiu respaldo constitucional às propostas de reorganização da assistência psiquiátrica. A saúde passou a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, fortalecendo juridicamente as reivindicações do movimento antimanicomial (Figura 12).

Figura 12– Constituição Federal de 1988: marco jurídico da universalização da saúde

Fonte: Maia (s/d).
Descrição: A imagem, composta pela bandeira nacional e símbolo da justiça, representa a institucionalização do direito à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde, base legal para a Reforma Psiquiátrica.

Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº 3.657/89, considerado um divisor de águas na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A proposta tinha como objetivo regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e estabelecer a extinção progressiva dos manicômios no país, promovendo a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção psicossocial comunitária.

O projeto foi resultado direto das mobilizações iniciadas na década de 1970 e fortalecidas ao longo dos anos 1980. Embora tenha enfrentado intensos debates e resistências no Congresso Nacional, sua tramitação representou um avanço significativo na consolidação jurídica da luta antimanicomial. O texto defendia a internação como medida excepcional e priorizava o tratamento em serviços abertos, reafirmando princípios de dignidade, cidadania e reinserção social (Figura 13) .

Figura 13 – Deputado Paulo Delgado e a proposição do Projeto de Lei nº 3.657/1988

Fonte: Maia (s/d).
Descrição: A imagem retrata o deputado Paulo Delgado, autor do projeto que propôs a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil. Sua atuação parlamentar simboliza a transição da luta antimanicomial do campo social e profissional para o âmbito legislativo, marcando a institucionalização jurídica da Reforma Psiquiátrica.

A proposta de Paulo Delgado foi fundamental para a construção do marco legal que, anos depois, culminaria na promulgação da Lei nº 10.216/2001, consolidando oficialmente a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

No ano de 1989, denúncias de maus-tratos e mortes de pacientes na Casa de Saúde Anchieta, localizada em Santos, provocaram ampla repercussão nacional. A intervenção realizada no hospital evidenciou as condições degradantes presentes em diversas instituições psiquiátricas brasileiras.

O episódio tornou-se símbolo da necessidade urgente de superação do modelo hospitalocêntrico. A partir desse caso, intensificaram-se as ações voltadas à substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços extra-hospitalares, reforçando a implementação de CAPS e outras modalidades comunitárias de cuidado.

3.2.1.3 A partir de 1990

Na década de 1990, intensificou-se a divulgação e implementação de alternativas extra-hospitalares para o tratamento de pessoas com transtornos mentais. Instituições como os CAPS, os Núcleos de Atenção Psicossocial e, posteriormente, a

RAPS, ganharam visibilidade e passaram a oferecer acesso mais humanizado e territorializado ao cuidado.

O período foi marcado pela consolidação prática das diretrizes reformistas, ampliando a oferta de serviços substitutivos às internações psiquiátricas de longa permanência. O modelo comunitário passou a priorizar a reinserção social, o acompanhamento multiprofissional e o fortalecimento dos vínculos familiares.

Em 2001, foi sancionada a Lei 10.216/2001, originada do projeto apresentado pelo deputado Paulo Delgado. A legislação dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A lei consolidou juridicamente os princípios da Reforma Psiquiátrica, garantindo tratamento digno, respeito à cidadania e priorização dos serviços comunitários. A internação passou a ser considerada medida excepcional, reforçando a lógica de cuidado em liberdade.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirmou os princípios já debatidos nas conferências anteriores, mas avançou na consolidação de garantias mais efetivas para profissionais e usuários do sistema. O evento aprofundou a discussão sobre financiamento, qualificação da rede substitutiva e fortalecimento da participação social. A conferência marcou a consolidação da Reforma Psiquiátrica como política pública estruturada, alinhada às diretrizes do SUS.

Em 2002, a política de redução progressiva de leitos psiquiátricos foi formalizada como estratégia pública de reestruturação da assistência. Foram estabelecidos mecanismos de fiscalização da qualidade dos serviços e incentivo à substituição por dispositivos comunitários.

Posto isso, a medida o compromisso com a desinstitucionalização e com o redirecionamento dos recursos para serviços territoriais.

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares em Psiquiatria foi instituído com o objetivo de avaliar e classificar os hospitais psiquiátricos segundo critérios técnicos e assistenciais específicos. As instituições eram organizadas em quatro grupos, conforme o cumprimento de padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

O programa representou importante instrumento de controle e qualificação da assistência, contribuindo para o fechamento de instituições inadequadas e para o fortalecimento da rede substitutiva.

Em 2003, foi instituído o Programa de Volta para Casa, por meio da Lei 10.708/2003, representando um avanço significativo no processo de desinstitucionalização no Brasil. O programa foi criado com o objetivo de promover a reinserção social de pessoas com histórico de internação psiquiátrica de longa permanência, oferecendo auxílio-reabilitação psicossocial de caráter financeiro (Figura 14).

A iniciativa buscou garantir a emancipação do usuário, fortalecendo sua autonomia e assegurando direitos fundamentais, como moradia, convivência comunitária e acesso à rede de saúde. O benefício financeiro mensal funcionava como estratégia de suporte para a reconstrução de vínculos sociais e familiares, rompendo com o ciclo de institucionalização prolongada. O programa consolidou a perspectiva de cuidado em liberdade, reafirmando que o tratamento em saúde mental deve priorizar a dignidade da pessoa humana e sua inserção no território.

Figura 14 – Slogan do Programa De Volta Para Casa (2003)

Fonte: Maia (s/d).
Descrição: A imagem do slogan do Programa De Volta Para Casa simboliza a política de desinstitucionalização e reintegração social das pessoas com transtornos mentais, destacando a valorização da autonomia, cidadania e reconstrução de projetos de vida fora dos hospitais psiquiátricos.

O Programa de Volta para Casa tornou-se instrumento essencial na efetivação prática da Reforma Psiquiátrica, articulando-se com os CAPS, residências terapêuticas e demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.

3.2.2 Exercício profissional (versus) Saúde Mental

No campo da saúde mental, o exercício profissional do assistente social se materializa no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social, tal como vivenciadas pelos sujeitos em seu cotidiano. Conforme Iamamoto (2012), os assistentes sociais atuam junto às diversas manifestações da questão social experimentadas pelos indivíduos no trabalho, na família, na habitação, na saúde e em outras dimensões da vida social. No âmbito da saúde mental, essas expressões se revelam, por exemplo, nas situações de sofrimento psíquico associado à pobreza, ao desemprego, à violência, ao uso abusivo de substâncias psicoativas, à ruptura de vínculos familiares e à exclusão social.

> Historicamente, não há um único e unívoco conceito de saúde mental. O mesmo é um conceito dinâmico, mutável, em contínua evolução, basicamente originário de uma prática que difere segundo a cultura, segundo os valores dos povos, segundo o período histórico e científico, segundo o pensamento de suas lideranças (Saboya, 1996, p. 11).

A Política de Saúde Mental implica apreendê-la como mediação das expressões da questão social. O sofrimento psíquico não pode ser dissociado das condições concretas de existência dos sujeitos, marcadas pela pobreza, exclusão, violência e precarização das relações de trabalho. A intervenção profissional, portanto, deve ultrapassar abordagens individualizantes, articulando-se à totalidade social (Araújo *et al.,* 2024).

Considera-se que o exercício profissional do assistente social está inserido em processos de trabalho determinados historicamente. Na saúde mental, isso significa reconhecer que a prática profissional ocorre em instituições atravessadas por limites institucionais, normativos e políticos, mas também por possibilidades de construção de respostas críticas e comprometidas com o projeto ético-político da profissão.

Dessa forma, a Política de Saúde Mental exige do Serviço Social uma atuação que combine competência técnica, fundamentação teórica crítica e posicionamento ético-político. É necessária a consolidação de práticas que fortaleçam a cidadania, amplie o acesso a direitos e reafirmem a saúde mental como parte integrante da proteção social pública. Assim, à luz da reflexão de Iamamoto (2009), a Política de Saúde Mental deve ser analisada não apenas como um conjunto de

serviços, mas como expressão das disputas sociais contemporâneas, demandando do assistente social uma leitura crítica da realidade e uma intervenção profissional articulada à defesa intransigente dos direitos sociais.

A inserção do assistente social nas políticas públicas, especialmente na política de saúde mental, relaciona-se ao papel do Estado como mediador das desigualdades sociais. Segundo Iamamoto (2012), o Estado responde às expressões da questão social por meio da implementação de políticas públicas, o que demarca a institucionalização e a profissionalização do Serviço Social. No campo da saúde mental, essa atuação ganha centralidade com a consolidação da Reforma Psiquiátrica e da RAPS, que demandam intervenções voltadas à garantia de direitos, à inclusão social e à construção de estratégias intersetoriais de cuidado.

> Existe a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo “psi” ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que, na área da saúde, passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais, que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. O exercício profissional do assistente social não se reduz à ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas patologias médicas, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária à superação. As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde, com visão generalista e não fragmentada. (Bravo; Matos, 2009, p. 212-213).

Entretanto, na contemporaneidade, observa-se o agravamento das expressões da questão social, fenômeno relacionado às transformações no mundo do trabalho e à reestruturação produtiva do capital (Mota, 2006). Esse contexto tem intensificado o sofrimento social e ampliado a demanda por serviços públicos de saúde mental, ao mesmo tempo em que políticas de austeridade e diretrizes neoliberais fragilizam o financiamento e a estrutura dessas políticas. Tal contradição impacta diretamente o cotidiano profissional, exigindo do assistente social a construção de respostas articuladas à realidade concreta dos usuários.

Consequentemente, conforme ressalta Ferreira (2008), a questão social não é um fenômeno novo, mas assume novas configurações históricas, o que exige permanente atualização da análise crítica. No campo da saúde mental, essas novas

expressões podem ser identificadas no crescimento dos transtornos relacionados ao trabalho precarizado, no aumento da medicalização da vida e na judicialização do acesso a direitos. Diante disso, o exercício profissional demanda competências teórico-metodológicas capazes de apreender a totalidade social e formular estratégias de intervenção comprometidas com a defesa do cuidado em liberdade e com a promoção da cidadania.

No que se refere aos meios de trabalho, Iamamoto (2012) aponta que o assistente social não detém plenamente os recursos necessários para a execução autônoma de sua atividade, pois esses pertencem às instituições empregadoras. Na política de saúde mental, isso se traduz na dependência de condições institucionais como equipe multiprofissional, infraestrutura adequada, financiamento público e diretrizes técnicas. Por essa razão, afirma-se que o profissional dispõe de relativa autonomia, uma vez que sua atuação está condicionada às normativas institucionais, às prioridades estabelecidas pela gestão e aos recursos disponíveis (Iamamoto, 2012).

A operacionalização de instrumentos e técnicas como entrevistas, visitas domiciliares, estudos sociais, elaboração de relatórios e articulação com a rede socioassistencial e de saúde requer sólida fundamentação teórico-metodológica. O conhecimento acumulado na formação acadêmica constitui parte essencial dos meios de trabalho do assistente social, permitindo-lhe interpretar criticamente a realidade e orientar sua intervenção (Iamamoto, 2012).

Embora o Serviço Social seja reconhecido como profissão liberal, sua prática concreta ocorre majoritariamente no interior de instituições públicas e privadas, o que limita a autonomia plena do profissional, dado que os meios materiais e institucionais pertencem às organizações contratantes (Iamamoto, 2012). Na saúde mental, essa condição se evidencia na necessidade de articulação constante com protocolos institucionais, políticas públicas e diretrizes da gestão.

Cabe destacar, ainda que o trabalho do assistente social na saúde mental não se realiza de forma isolada, mas integra processos coletivos de trabalho. Conforme Iamamoto (2012), o profissional compõe equipes multiprofissionais, atuando conjuntamente com psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e outros trabalhadores da saúde, em direção aos objetivos institucionais. Essa atuação interdisciplinar exige diálogo permanente, definição de atribuições e construção compartilhada de estratégias de cuidado.

Considera-se que todo trabalho produz resultados é fundamental reconhecer que o exercício profissional na saúde mental gera produtos concretos, ainda que nem sempre materiais. Conforme Iamamoto (2012), não é possível afirmar que esse trabalho não possui produto, pois sua própria existência responde a demandas sociais objetivas. No caso da saúde mental, os produtos do trabalho do assistente social podem ser identificados na ampliação do acesso a direitos, no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, na mediação de conflitos, na construção de projetos terapêuticos singulares e na promoção da inclusão social dos usuários.

3.3 RECONHECIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

A atuação dos assistentes sociais no campo da saúde mental no Brasil é resultado de um processo histórico, político e profissional que se articula intimamente com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Posto isso, o campo de atuação revela-se singular, pois exige uma articulação entre o compromisso ético-político da profissão, o enfrentamento das práticas excludentes e a construção de alternativas que garantam direitos, cidadania e cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico.

Na concepção de Iamamoto (2012, p. 67), “o trabalho do assistente social teria resultado nas condições materiais e sociais daqueles cuja sobrevivência depende do trabalho”. No campo da saúde mental, esse resultado se expressa na mediação do acesso a direitos, na articulação com a rede de proteção social e no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social que atravessam o sofrimento psíquico. O trabalho profissional impacta diretamente na reprodução da força de trabalho e nas condições de vida dos sujeitos, uma vez que “atua sobre as questões que dizem respeito à sobrevivência social e material dos setores majoritários da população trabalhadora” (Iamamoto, 2012, p. 67), especialmente daqueles que vivenciam processos de adoecimento mental associados à precarização das condições de existência.

As intervenções profissionais na saúde mental têm como objetivo central mediar o acesso às condições necessárias para a efetivação dos direitos sociais, frequentemente negados no contexto das desigualdades estruturais. Nesse sentido, o produto do trabalho do assistente social “[...] tem também um efeito que não é material, mas é socialmente objetivo. Tem uma objetividade que não é material, mas

é social" (Iamamoto, 2012, p. 67). No âmbito da atenção psicossocial, esse efeito se concretiza na construção de vínculos, na garantia de acesso a benefícios socioassistenciais, na defesa de direitos e na incidência sobre valores e concepções que ainda estigmatizam as pessoas com transtornos mentais. Assim, trata-se de um trabalho que incide "no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura, que, por sua vez, têm efeitos reais interferindo na vida dos sujeitos" (Iamamoto, 2012, p. 68).

Apreender o Serviço Social como trabalho especializado implica compreendê-lo como prestação de serviços que produzem resultados socialmente relevantes, interferindo na reprodução material e sociopolítica da classe trabalhadora. Conforme destacam Lanza, Campanucci e Baldow (2012), o trabalhador especializado é detentor de um "saber complexo" e sua ação deve responder a necessidades humanas concretas. Na saúde mental, esse saber se articula às políticas públicas do Sistema Único de Saúde e à lógica da atenção psicossocial, exigindo do assistente social a capacidade de realizar mediações qualificadas entre usuários, famílias, equipe multiprofissional e rede intersetorial.

Os serviços profissionais, por sua natureza, não se separam do trabalhador que os executa, não existindo como mercadorias autônomas (Iamamoto, 2012). Assim, o reconhecimento do Serviço Social na saúde mental está intrinsecamente relacionado à qualidade técnica, ética e política da intervenção realizada nos espaços sócio-ocupacionais, como CAPS, hospitais gerais, ambulatórios e demais dispositivos da rede de atenção psicossocial.

Historicamente, o Serviço Social brasileiro teve sua inserção no campo da saúde mental de forma tardia e permeada por fortes influências das práticas médicas tradicionais, marcadas por uma lógica hospitalocêntrica e psicologizante. No entanto, o movimento de Reforma Psiquiátrica, que emergiu nas décadas de 1970 e 1980, transfigurou esse cenário ao questionar a medicalização excessiva, a exclusão dos usuários e a institucionalização prolongada em hospitais psiquiátricos. A partir das demandas sociais por direitos humanos, cidadania e participação, os assistentes sociais passaram a atuar de forma crítica no campo, articulando saberes técnicos à defesa de um modelo de atenção que rompesse com a segregação e a violência praticada pelas instituições contra as pessoas com sofrimento mental (Araújo *et al.,* 2024).

Considera-se que a trajetória de luta dos assistentes sociais encontra expressão no ideário político-ético da profissão, delineado no projeto ético-político do Serviço Social, que enfatiza a transformação das relações sociais e a defesa dos direitos humanos, princípios que se entrelaçam diretamente com as bandeiras da Reforma Psiquiátrica.

As mediações, por sua vez, constituem elemento central nesse processo, pois “funcionam como condutos por onde fluem as relações entre as várias instâncias da realidade”, possibilitando conceber a realidade como totalidade (Castro, 2024). No campo da saúde mental, mediar significa articular dimensões clínicas, sociais, familiares, econômicas e culturais do sofrimento psíquico, compreendendo-o para além da dimensão biomédica.

A atuação do assistente social em saúde mental desenvolve-se em campos diversificados e interdisciplinares, destacando-se em serviços públicos como CAPS, RAPS, unidades básicas de saúde, equipes de atenção especializada e programas de reinserção social. Essa atuação não se limita ao atendimento individual aos usuários, mas abrange também a dimensão comunitária, familiar e das políticas públicas.

De acordo com Iamamoto (2009), o Serviço Social deve ser compreendido como uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, comprometida com a defesa dos direitos sociais e com a ampliação da cidadania. Na saúde mental, essa perspectiva se materializa na atuação crítica frente às expressões da questão social que atravessam o sofrimento psíquico, tais como pobreza, desemprego, violência, exclusão social e fragilização dos vínculos familiares.

Conforme destaca Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica brasileira não se limita à substituição de instituições, mas propõe uma transformação cultural e política na forma de compreender a loucura. Nesse contexto, o assistente social atua na construção de práticas antimanicomiais, contribuindo para a desconstrução do estigma e para a promoção da inclusão social dos usuários dos serviços de saúde mental.

Os assistentes sociais desenvolvem atividades de escuta qualificada, acolhimento social, orientação e acompanhamento familiar, participação em grupos terapêuticos, articulação com outras políticas públicas (como assistência social, educação, trabalho e habitação), orientação jurídica básica e apoio à mobilização de redes de suporte social.

Frente a isso, a atuação reconhece que as demandas em saúde mental não são apenas de natureza clínica, mas decorrentes de condições sociais como pobreza, exclusão, discriminação e violências cotidianas, aspectos que ultrapassam os limites da psicologia ou da psiquiatria individualizada.

Segundo Vasconcelos (2016), a atuação do Serviço Social na saúde mental exige uma leitura crítica da realidade social e institucional, bem como a capacidade de articular políticas públicas diversas: saúde, assistência social, previdência, habitação, educação e trabalho. O profissional atua tanto no atendimento individual e familiar quanto na mobilização comunitária e no fortalecimento do controle social, especialmente por meio da participação em conselhos e conferências de saúde.

A Política Nacional de Saúde Mental, alinhada aos princípios do SUS, fundamenta-se na universalidade, integralidade e equidade. Nesse cenário, o assistente social desenvolve ações que visam garantir acesso aos serviços, orientar sobre benefícios socioassistenciais (como o Benefício de Prestação Continuada/BPC), mediar conflitos familiares, realizar encaminhamentos intersetoriais e participar da elaboração do Projeto Terapêutico Singular.

Conforme argumenta Bravo (2009), o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro orienta a prática profissional na direção da emancipação humana e da defesa intransigente dos direitos. Na saúde mental, isso significa posicionar-se contra práticas coercitivas, internações desnecessárias e violações de direitos, atuando na perspectiva da autonomia dos sujeitos.

O processo de desinstitucionalização, por sua vez, ampliou o papel do Serviço Social ao colocá-lo em interface com demandas familiares complexas, com a garantia de acessibilidade social e com o enfrentamento das desigualdades estruturais que afetam diretamente a saúde mental da população. Segundo Araújo *et al.* (2024), a contribuição não se restringe a saberes técnicos, mas incorpora uma dimensão crítica voltada à luta por cidadania, justiça social e defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

O Serviço Social, enquanto profissão comprometida com a transformação social, tem na promoção da cidadania das pessoas com sofrimento mental um eixo central de sua atuação. O trabalho social em saúde mental enfatiza não apenas o cuidado clínico, mas sobretudo, a garantia de direitos fundamentais, o fortalecimento de redes comunitárias de apoio e a promoção de autonomia e protagonismo dos usuários em seus contextos de vida.

Considera-se que a atuação profissional ultrapassa a lógica assistencialista para afirmar um compromisso político com a democratização das políticas públicas, a integralidade do cuidado e a superação de processos de exclusão e estigma associados às questões de saúde mental. Essa dimensão da profissão aproxima-se diretamente dos princípios constitucionais do SUS e dos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Apesar dos avanços inaugurados pela Reforma Psiquiátrica e pela inserção do Serviço Social na saúde mental, persistem desafios importantes. Entre eles estão a insuficiente ampliação e qualificação da RAPS em muitos municípios, a escassez de recursos financeiros e humanos, a fragmentação intersetorial de políticas públicas e a persistência de práticas de (re)manicomialização em alguns contextos institucionais.

Sobre o estigma social em torno da loucura e o preconceito cultural ainda influenciam negativamente a efetivação de práticas emancipadoras, exigindo dos profissionais sensibilização contínua e ações de enfrentamento das discriminações. O Serviço Social, ao atuar nesse campo, assume o desafio de promover a inclusão social, a participação comunitária e a defesa irrestrita dos direitos humanos.

Finalizando a respectiva seção, a atuação do Serviço Social na saúde mental encontra-se no centro de uma disputa política e epistemológica mais ampla, uma vez que é necessária a construção de um modelo de atenção que respeite e promova a dignidade, a liberdade e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Integrada aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e ao projeto ético-político da profissão, o assistente social contribui de forma singular para a construção de práticas profissionais que dialogam com a integralidade, a intersetorialidade e a promoção de cidadania social (Araújo *et al.*, 2024).

O reconhecimento do assistente social como trabalhador assalariado, dotado de relativa autonomia, exige a capacidade de articular as demandas institucionais às diretrizes do projeto ético-político profissional. Tal projeto, orientado pelo Código de Ética do Serviço Social, aprovado pelo CFESS, reafirma princípios como a defesa intransigente dos direitos humanos e a “eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças” (CFESS, 1993, p. 23).

Consequentemente, reconhecer a atuação como parte de extrema valia das políticas públicas de saúde mental evidencia não apenas o papel técnico dos

assistentes sociais, mas sobretudo, o compromisso ético com a transformação das condições de vida e com a garantia de direitos em um campo historicamente marcado pela exclusão e pelo sofrimento humano.

No contexto da saúde mental, esse compromisso ético-político fortalece o reconhecimento do Serviço Social como profissão essencial na luta antimanicomial, na promoção da cidadania e na consolidação de práticas que valorizem a dignidade e a autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico.

4 AS ALTERAÇÕES E DESAFIOS DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE

4.1 RECONFIGURAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO E IMPACTOS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

O mundo do trabalho tem passado por transformações profundas nas últimas décadas, marcadas por um processo contínuo de precarização, flexibilização e reestruturação das relações laborais. Autores como Cardoso e Azais (2019) destacam que as reformas trabalhistas, no Brasil e em outros países, alteram significativamente os mercados de trabalho, impactando diretamente as condições de vida e a organização social dos trabalhadores. Nesse contexto, o Serviço Social se insere como um campo profissional que historicamente dialoga com as mudanças socioeconômicas, buscando mediar as desigualdades e promover direitos sociais.

A precarização laboral se manifesta de diferentes formas, seja por meio da terceirização (Corsi; Mastrodi, 2018; Druck; Dutra; Silva, 2019), da informalidade ou da reestruturação produtiva em setores como call centers, serviços digitais e comércio (Costa; Costa, 2018; Lima; Martins Junior, 2018). Consequentemente, as transformações exigem novas abordagens do Serviço Social, que precisa adaptar suas práticas para atender a trabalhadores expostos a jornadas instáveis, vínculos intermitentes e ausência de garantias trabalhistas.

Em face disso, as transformações no mundo do trabalho, intensificadas pela reestruturação produtiva, pela financeirização do capital e pela expansão das políticas neoliberais, têm impactado diretamente o exercício profissional do assistente social na contemporaneidade. Conforme analisam Andrade *et al.* (2023), a precarização das relações de trabalho, expressa na sobrecarga, nos vínculos instáveis e nas condições institucionais adversas, tem repercutido significativamente na saúde mental dos(as) assistentes sociais, evidenciando que as mudanças estruturais do capitalismo afetam não apenas os usuários das políticas públicas, mas também os próprios profissionais.

No campo da saúde mental, essas transformações se articulam às especificidades da política pública e às exigências institucionais impostas aos trabalhadores. De acordo com Araújo *et al.* (2024), o exercício profissional no âmbito da saúde mental tem sido marcado por processos de intensificação do trabalho, demandas complexas e insuficiência de recursos, fatores que contribuem para o adoecimento psíquico das(os) assistentes sociais.

Em face disso, foi possível extrair que as transformações ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas, especialmente a partir da consolidação do neoliberalismo no Brasil, nos anos 1990, produziram impactos significativos nas políticas sociais e, consequentemente, no exercício profissional do assistente social. A flexibilização das relações de trabalho, a terceirização, a precarização dos vínculos empregatícios e a intensificação da lógica gerencialista alteraram profundamente as condições objetivas de atuação profissional.

O assistente social, enquanto trabalhador assalariado inserido na divisão social e técnica do trabalho, sofre diretamente os efeitos dessas transformações. A ampliação das demandas sociais, aliada à redução de recursos institucionais, impõe desafios ético-políticos e técnico-operativos. A sobrecarga de trabalho, o cumprimento de metas institucionais e a burocratização dos atendimentos tensionam a autonomia profissional.

A inserção do Serviço Social nas políticas de saúde mental no Brasil deve ser compreendida no interior dessas reconfigurações. Conforme destaca Castro (2024), a presença do assistente social na política de saúde mental consolidou-se no contexto da Reforma Psiquiátrica e da construção da atenção psicossocial, exigindo uma atuação articulada à defesa de direitos, à intersetorialidade e à superação do modelo manicomial.

A consolidação da política de saúde mental está vinculada às diretrizes formuladas pelo Ministério da Saúde, que orientam a organização da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2005b). Nesse contexto, os CAPS tornaram-se espaços estratégicos de atuação profissional. Conforme analisam Fernandes e Figueiredo (2024), a intervenção do Serviço Social nos CAPS envolve ações voltadas à garantia de direitos, ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, articulação com a rede socioassistencial e enfrentamento das expressões da questão social que atravessam o sofrimento psíquico.

Entretanto, tais espaços também evidenciam os desafios impostos pelas condições objetivas de trabalho. Segundo Moraes (2023), as assistentes sociais da saúde enfrentam limitações estruturais, insuficiência de equipes e sobrecarga de demandas, o que tensiona a materialização do projeto ético-político profissional. De modo semelhante, Silva (2023) aponta que o trabalho do assistente social na rede de saúde mental exige constante mediação entre as demandas institucionais e as

necessidades dos usuários, em um cenário marcado por precarização e intensificação do trabalho.

As reconfigurações devem ser compreendidas à luz da própria trajetória histórica da profissão: para Boschetti (2020) e Iamamoto (2009), o Serviço Social se constitui como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, respondendo às requisições do Estado e do capital em diferentes contextos históricos. Assim, as mudanças contemporâneas no mundo do trabalho repercutem diretamente nas atribuições, competências e condições de exercício profissional.

No âmbito da saúde mental, a atuação profissional exige domínio da instrumentalidade do Serviço Social, compreendida como a capacidade de articular fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos. Conforme enfatiza Guerra (2011), a instrumentalidade não se reduz ao uso de técnicas, mas envolve a compreensão crítica da realidade social e a construção de mediações qualificadas. Assim sendo, a perspectiva é fundamental diante das demandas complexas que emergem nos serviços de saúde mental (Pacheco, 2011).

Consequentemente, a prática profissional nos CAPS e demais dispositivos da rede requer atuação interdisciplinar e atenção às dimensões subjetivas do sofrimento psíquico. Vasconcelos (2016) destaca que a saúde mental impõe ao Serviço Social o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade, exigindo que o profissional ultrapasse abordagens meramente burocráticas e reconheça a centralidade da escuta, do vínculo e da construção coletiva de estratégias de cuidado.

A crescente incorporação de instrumentos de controle e avaliação baseados em produtividade evidencia um processo, o que pode reduzir o trabalho social a procedimentos administrativos, esvaziando sua dimensão crítica. Nesse cenário, torna-se fundamental reafirmar o projeto ético-político do Serviço Social, que defende a universalização dos direitos, a justiça social e a emancipação humana (Pacheco, 2011).

As alterações no mundo do trabalho também impactam diretamente o público atendido pelo Serviço Social. O aumento do desemprego estrutural, da informalidade e da desigualdade social intensifica as expressões da questão social, ampliando a complexidade das demandas apresentadas aos profissionais. Assim, o exercício profissional exige constante atualização teórica e capacidade de análise crítica da conjuntura.

Entretanto, a intensificação do trabalho e a precarização das condições institucionais também impactam a saúde mental dos próprios trabalhadores. Posto isso, Andrade *et al*. (2023) evidenciam que a sobrecarga, a responsabilização individualizada e a insuficiência de recursos materiais produzem desgaste emocional, sofrimento psíquico e adoecimento entre assistentes sociais, revelando uma contradição, o profissional que atua na defesa de direitos e no cuidado em saúde mental também se encontra exposto a processos de desgaste e vulnerabilidade.

As reconfigurações do mundo do trabalho na contemporaneidade impõem ao assistente social múltiplos desafios: reafirmar o projeto ético-político profissional, defender a política pública de saúde mental em uma perspectiva antimanicomial, enfrentar a precarização das condições de trabalho, e construir estratégias coletivas de resistência e cuidado. O exercício profissional, especialmente na saúde mental, exige não apenas competência técnica, mas também capacidade crítica para compreender as determinações estruturais que incidem sobre o trabalho e sobre a própria saúde mental dos trabalhadores.

Perante o exposto, as práticas humanizadas de gestão de pessoas se tornam um campo crítico de análise, em que se busca superar abordagens estritamente positivistas ou baseadas em dados (Cortez; Zerbini; Veiga, 2019). A experiência social do trabalhador moderno envolve mobilidade, insegurança e múltiplas formas de exploração, exigindo do Serviço Social intervenções que articulem direitos, educação social e proteção diante às vulnerabilidades do mercado de trabalho.

A relação entre o projeto ético-político do Serviço Social e o trabalho assalariado se evidencia nesse cenário, a profissão, historicamente comprometida com a promoção da justiça social e com a mitigação das desigualdades, deve atuar criticamente diante de um capitalismo que reorganiza a produção e intensifica a apropriação desigual da riqueza (Antunes, 2018; Pereira, 2018). O Serviço Social, portanto, não apenas presta assistência, mas também questiona e intervém na estrutura das relações de trabalho, buscando construir alternativas de proteção social e dignidade laboral.

Sendo assim, a atuação profissional se ancora no reconhecimento de que os trabalhadores estão inseridos em contextos complexos, em que o Estado, a legislação e as empresas nem sempre garantem condições de trabalho justas. O debate contemporâneo sobre direitos humanos e trabalho digno, iniciado historicamente com movimentos como a Primavera dos Povos (Comparato, 2008), permanece relevante,

reafirmando a necessidade de mediação social que combine assistência, educação e *advocacy* política.

4.2 DESAFIOS ÉTICO-POLÍTICOS E A DEFESA DOS DIREITOS SOCIAIS

O exercício profissional do assistente social na contemporaneidade está profundamente marcado por desafios ético-políticos. Em um contexto de retração de direitos sociais, cortes orçamentários e disputas ideológicas em torno das políticas públicas, a atuação profissional exige posicionamento crítico e fundamentação teórica consistente.

> Art. 4º Constituem competências do Assistente Social: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (CFESS,1993).

O projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, consolidado a partir da década de 1990, orienta-se pela defesa intransigente dos direitos humanos, pela ampliação da cidadania e pela construção de uma sociedade sem exploração e opressão. No entanto, a efetivação desses princípios enfrenta obstáculos concretos, como a descontinuidade de políticas públicas, a fragilização do financiamento estatal e a criminalização da pobreza.

No que diz respeito aos desafios contemporâneos, destaca-se a necessidade de fortalecer o trabalho interdisciplinar e intersetorial, as demandas sociais contemporâneas são complexas e exigem articulação entre diversas políticas públicas, dentre elas, saúde, assistência social, educação, habitação e previdência. O

assistente social precisa atuar como mediador entre usuários e instituições, garantindo acesso a direitos e enfrentando práticas discriminatórias e excludentes.

O desafio da defesa da autonomia profissional frente às pressões institucionais evidencia-se pelo fato de que muitas das vezes, o profissional é demandado a executar ações que podem entrar em conflito com os princípios éticos da profissão. Nesses casos, torna-se essencial o respaldo no Código de Ética e nas normativas do conjunto CFESS/CRESS.

> Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social: I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (CFESS,1993).

Desse modo, têm sido apontados três grandes desafios relacionados ao trabalho do assistente social na política de saúde.

O primeiro refere-se à existência de profissionais que, ao realizarem formação ou especialização em saúde pública, passam a não se reconhecer prioritariamente como assistentes sociais, adotando uma autoidentificação como sanitaristas (CFESS, 2010). A questão não está no fato de o profissional buscar qualificação na área da saúde, o que, inclusive, é fundamental para o aprimoramento do exercício profissional, mas no risco de descaracterização da identidade profissional. O problema emerge quando, em razão de sua competência técnica, o assistente social passa a desempenhar outras funções e deixa de reconhecer essas atividades como parte das atribuições próprias do Serviço Social, distanciando-se de seu projeto ético-político e de suas competências específicas (Bravo, 2009).

O segundo desafio diz respeito à tendência contemporânea de priorizar intervenções centradas predominantemente nas dimensões subjetivas das demandas apresentadas pelos usuários. Tal direcionamento tem sido, por alguns profissionais, denominado “Serviço Social Clínico” (CFESS, 2010). Em face disso, a perspectiva pode implicar o obscurecimento da função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, sobretudo quando a atuação se afasta da análise crítica das determinações sociais, econômicas e culturais que incidem sobre o processo saúde-doença (Bravo, 2009). O domínio de referenciais do campo “psi” ou de conhecimentos acerca de patologias não constitui, por si, um problema. A dificuldade surge quando tais elementos passam a orientar a prática de forma desarticulada da totalidade social e dos fundamentos do Serviço Social.

O terceiro aspecto relaciona-se ao discurso que defende a criação de entidades ou fóruns voltados à produção de conhecimento sobre o Serviço Social em áreas médicas específicas, de maneira fragmentada (CFESS, 2010). A respectiva tendência pode reforçar uma lógica de especialização centrada em patologias, fragmentando o trabalho profissional e distanciando-o de uma perspectiva generalista e integral. Conforme apontam Bravo e Matos (2004), as diretrizes das profissões da saúde têm ressaltado a importância de formar trabalhadores com visão ampla e integrada para atuação no SUS, evitando abordagens compartimentalizadas.

Diante desse cenário, a conjuntura atual exige que os assistentes sociais fortaleçam sua articulação com movimentos de trabalhadores e usuários na defesa da efetivação do SUS. Isso implica reconhecer os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença, defender a universalidade do acesso em todos os níveis de atenção e contribuir para a construção de práticas interdisciplinares e intersetoriais. Também se faz necessário ampliar os espaços de participação social na formulação, gestão e fiscalização das políticas públicas de saúde (CFESS, 2010), reafirmando o compromisso com os direitos sociais.

Nesse contexto, destaca-se a importância de compreender o trabalho na saúde como espaço de defesa da vida e de construção de práticas democráticas comprometidas com as necessidades sociais da população (Martinelli, 2011). Assim, a atuação do assistente social deve ultrapassar respostas meramente emergenciais e burocráticas, assumindo uma direção socioeducativa, crítica e mobilizadora, capaz de problematizar as condições sócio-históricas vivenciadas pelos usuários e fomentar sua participação nas lutas pela garantia do direito à saúde.

Por fim, a contemporaneidade exige do assistente social uma postura investigativa e propositiva. Não basta apenas responder às demandas imediatas, é necessário contribuir para a formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas, fortalecendo espaços de controle social e participação popular.

4.3 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E DESAFIOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A precarização das condições de trabalho configura-se como um dos principais desafios enfrentados pelo Serviço Social contemporâneo, incidindo de forma direta na atuação profissional no campo da saúde mental. Trata-se de um fenômeno articulado às transformações do mundo do trabalho no contexto do capitalismo neoliberal, marcado pela flexibilização das relações trabalhistas, intensificação da exploração, terceirizações, vínculos temporários e fragilização de direitos sociais. Conforme analisa Antunes (2009), tais transformações resultam na ampliação do trabalho precário e na disseminação de formas de subproletarização, afetando inclusive trabalhadores inseridos no setor público, como é o caso dos profissionais da saúde.

No âmbito das políticas sociais, esse processo está associado à redefinição do papel do Estado, com retração do investimento público, focalização das ações e ampliação de parcerias público-privadas. Para Iamamoto (2009), a precarização do trabalho do assistente social deve ser compreendida a partir das contradições entre o projeto ético-político da profissão e as condições objetivas impostas pela lógica gerencial e produtivista que orienta a gestão das políticas públicas. O profissional passa a atuar sob intensa pressão por resultados, cumprimento de metas e racionalização de recursos, o que tensiona a possibilidade de uma intervenção crítica e comprometida com a totalidade das expressões da questão social.

No campo específico da saúde mental, tais desafios se intensificam. A consolidação do SUS e da RAPS representou um avanço histórico na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, ao propor a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede territorializada e comunitária de cuidados. A Reforma Psiquiátrica brasileira, fortemente influenciada pelas experiências italianas conduzidas por Franco Basaglia, fundamenta-se na defesa da desinstitucionalização, da cidadania e da inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico. No entanto, a materialização desses princípios

encontra limites concretos diante do subfinanciamento e da precarização das condições de trabalho nas unidades da rede, como os CAPS.

> Na atual conjuntura de precarização e subalternização do trabalho à ordem do mercado e de mudanças nas bases da ação social do Estado, as manifestações "questão social", matéria-prima da intervenção profissional dos assistentes sociais, assumem novas configurações e expressões, entre as quais destacamos a insegurança e vulnerabilidade do trabalho e a penalização dos trabalhadores, o desemprego, o achatamento salarial, o aumento da exploração do trabalho feminino, a desregulamentação geral dos mercados e outras tantas questões com as quais os assistentes sociais convivem cotidianamente: são questões de saúde pública, de violência, da droga, do trabalho da criança e do adolescente, da moradia na rua ou da casa precária e insalubre, da alimentação insuficiente, da ignorância, da fadiga, do envelhecimento sem recursos, etc. Situações que representam para as pessoas que as vivem, experiências de desqualificação e de exclusão social, e que expressam também o quanto a sociedade pode "tolerar" e banalizar a pobreza sem fazer nada para minimizá-la ou erradicá-la (Yazbek, 2009, p.17).

A pandemia de COVID-19 aprofundou esse cenário. A crise sanitária evidenciou a centralidade do SUS, mas também escancarou suas fragilidades estruturais, como a insuficiência de equipes, a sobrecarga de trabalho e a carência de recursos materiais. Houve aumento significativo das demandas relacionadas ao sofrimento psíquico, agravamento de transtornos mentais, intensificação da violência doméstica, do desemprego e da insegurança alimentar, ampliando a complexidade das demandas dirigidas aos profissionais da saúde mental. Contudo, esse aumento não foi acompanhado por investimentos proporcionais na ampliação das equipes ou na melhoria das condições de trabalho.

Nesse contexto, as expressões da questão social assumem novas configurações. Como destaca Yazbek (2009), a insegurança no trabalho, o desemprego, o rebaixamento salarial, a intensificação da exploração do trabalho feminino, a violência, a precariedade habitacional e alimentar e o envelhecimento sem proteção social compõem um cenário de desqualificação e exclusão social. Essas situações atravessam o cotidiano dos usuários da saúde mental e demandam do assistente social uma leitura crítica que articule as dimensões individuais do sofrimento às determinações estruturais da sociedade capitalista.

Além das condições objetivas adversas, estudos recentes, como a pesquisa “Precarização do Trabalho, Saúde Mental e Suporte Institucional a Assistentes Sociais”, evidenciam que a ausência de suporte institucional, de espaços de supervisão e de diálogo com a gestão e com as equipes interdisciplinares contribui

para o sofrimento ético-político no trabalho (Eineck; Lima; Albuquerque, 2025). O conceito de sofrimento ético-político, desenvolvido por Martinelli, refere-se ao desgaste decorrente da impossibilidade de concretizar, nas condições reais de trabalho, os princípios e valores que orientam a profissão. Tal situação pode gerar sentimento de impotência, frustração e desmotivação, impactando tanto a saúde mental dos profissionais quanto a qualidade do atendimento ofertado (Martinelli (2011).

No cotidiano dos CAPS, a complexidade das demandas exige intervenções que articulem atendimento individual, trabalho com famílias, articulação em rede, encaminhamentos intersetoriais e participação em reuniões de equipe. Entretanto, a lógica produtivista, que prioriza números de atendimentos e cumprimento de protocolos, tende a reduzir o tempo destinado à reflexão crítica e à construção coletiva de estratégias. Essa tensão entre exigências burocráticas e compromisso ético-político coloca o assistente social diante do desafio de reafirmar sua especificidade profissional (Yazbek, 2009).

Conceitualmente, a precarização pode ser compreendida como o conjunto de condições que fragilizam a estabilidade, a proteção social, a autonomia e a dignidade do trabalhador, produzindo insegurança material e subjetiva. No campo da saúde mental, seus efeitos se manifestam tanto na intensificação da jornada e na multiplicidade de vínculos empregatícios quanto na responsabilização individual do profissional por problemas estruturais da política pública.

Diante desse quadro, impõe-se ao Serviço Social o desafio de fortalecer estratégias coletivas de enfrentamento, seja por meio da organização da categoria, da participação em espaços de controle social e conselhos de políticas públicas, seja pela produção de conhecimento crítico sobre as condições de trabalho, a defesa do SUS, da RAPS e dos princípios da Reforma Psiquiátrica deve estar articulada à luta por condições dignas de trabalho. Precisa compreender que a qualidade da atenção em saúde mental está intrinsecamente vinculada às condições objetivas e subjetivas dos trabalhadores que a executam.

Assim, a atuação profissional na saúde mental requer a permanente articulação entre competência técnica, compromisso ético-político e análise crítica da realidade social, buscando resistir aos processos de precarização e reafirmar o projeto profissional comprometido com a emancipação humana e a efetivação de direitos.

A realidade impõe ao Serviço Social o desafio constante de equilibrar exigências burocráticas e metas organizacionais com uma intervenção qualificada e comprometida com os usuários, sobretudo em ambientes como os CAPS, onde a complexidade das demandas sociais acentua a necessidade de atuação aprofundada e crítica.

4.4 INTERDISCIPLINARIDADE, DIREITOS HUMANOS E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

Acerca dos desafios contemporâneos referem-se à necessidade de articulação intersetorial e interdisciplinar no trabalho do assistente social em saúde mental. A promoção de direitos sociais, a garantia de acesso a serviços de saúde e a burocracia institucional exigem uma atuação que ultrapasse os limites técnicos tradicionais, dialogando com outras políticas públicas, como assistência social, educação, trabalho, previdência e habitação.

A interdisciplinaridade pode ser compreendida como um processo de construção coletiva do conhecimento e da intervenção, no qual distintas áreas dialogam de forma horizontal, reconhecendo seus limites e potencialidades. No campo da saúde, essa concepção ganha centralidade com a consolidação do SUS, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988, que institui a saúde como direito de todos e dever do Estado. Para Sérgio Arouca, um dos principais formuladores da Reforma Sanitária brasileira, a saúde deve ser entendida em sua dimensão ampliada, vinculada às condições de vida, trabalho, renda, moradia, educação e participação social. Essa concepção amplia o escopo da intervenção profissional e exige articulação entre diferentes políticas sociais.

No âmbito da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica brasileira, influenciada pela experiência de Franco Basaglia preconiza que a superação do modelo asilar e a construção de uma rede territorializada de cuidado, centrada na inclusão social e no respeito à cidadania das pessoas em sofrimento psíquico exigem transformação estrutural da assistência em saúde mental. Essa perspectiva encontra respaldo na Lei nº 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil e reafirma a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, a atuação interdisciplinar não é apenas uma diretriz técnica, mas um princípio ético-político (Brasil, 2001).

Em face disso, a atuação do assistente social nesses contextos se dá em articulação com as equipes multiprofissionais dos CAPS e da RAPS, assumindo funções que vão desde a recepção qualificada até a mediação de conflitos sociais que influenciam diretamente os processos de adoecimento psíquico. Essa mediação exige não apenas competência técnica, mas também capacidade de análise crítica dos determinantes sociais da saúde mental.

Em análise das demandas sociais apresentadas nos CAPS, observa-se que o profissional lida com múltiplas expressões da questão social, como pobreza, desemprego, violências, violação de direitos e estigma, que exigem abordagem integrada e interdisciplinar para garantir cuidados eficazes e promover autonomia dos usuários. Esse papel mediador do assistente social coincide com o projeto ético-político da profissão, que coloca a defesa dos direitos humanos como eixo fundamental da prática, fortalecendo a cidadania e a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico.

O assistente social, inserido nas equipes multiprofissionais dos CAPS e demais dispositivos da RAPS, desempenha papel estratégico na articulação entre os diferentes serviços e políticas públicas. Sua atuação abrange desde a acolhida qualificada e escuta social até a construção de planos terapêuticos singulares em conjunto com a equipe, considerando os determinantes sociais que atravessam o processo saúde-doença. Conforme destaca Iamamoto (2009), a prática profissional deve partir da análise crítica da realidade social, compreendendo as expressões da questão social como mediações concretas da vida dos sujeitos.

As demandas apresentadas nos CAPS evidenciam múltiplas expressões da questão social: pobreza, desemprego, vínculos familiares fragilizados, violências, uso abusivo de álcool e outras drogas, situação de rua, encarceramento e estigmatização. Tais situações não podem ser enfrentadas exclusivamente a partir de intervenções clínicas. Exigem articulação com a política de assistência social (CRAS e CREAS), com o sistema educacional, com políticas de geração de trabalho e renda, com a previdência social e com programas habitacionais. A intersetorialidade, portanto, configura-se como estratégia fundamental para garantir proteção social integral.

A intersetorialidade pode ser conceituada como a integração de ações, serviços e políticas públicas de diferentes setores, com vistas à superação da fragmentação e à promoção de respostas mais eficazes às demandas sociais complexas. Para Maria Yazbek (2009), o enfrentamento da questão social requer ações articuladas que

reconheçam a multidimensionalidade das desigualdades e evitem respostas pontuais e desarticuladas. No campo da saúde mental, isso significa compreender que o sofrimento psíquico está frequentemente associado às condições objetivas de existência e às formas de exclusão social.

A defesa dos direitos humanos constitui eixo estruturante dessa prática. O projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, consolidado a partir do Código de Ética de 1993, afirma o compromisso com a liberdade, a justiça social, a equidade e a ampliação da cidadania. A atuação em saúde mental implica, portanto, o enfrentamento do estigma historicamente associado à loucura e a defesa intransigente da dignidade das pessoas em sofrimento psíquico. Conforme argumenta Martinelli (2011), o trabalho profissional deve estar comprometido com a construção de práticas democráticas e com a afirmação da vida como valor central.

No cotidiano institucional, essa mediação envolve tanto a articulação com a rede socioassistencial quanto a interlocução com o sistema de justiça, conselhos tutelares, defensorias públicas e movimentos sociais. O assistente social atua como elo entre o usuário, a família, a equipe multiprofissional e as demais políticas públicas, contribuindo para a construção de estratégias que promovam autonomia, reinserção social e fortalecimento de vínculos comunitários.

Entretanto, a efetivação da interdisciplinaridade enfrenta obstáculos, como a hierarquização de saberes, a centralidade do modelo biomédico e as disputas institucionais. A superação dessas barreiras exige investimento em espaços coletivos de planejamento, discussão de casos e formação permanente. A interdisciplinaridade não se reduz à soma de especialidades, mas implica construção compartilhada de projetos terapêuticos e reconhecimento da complementaridade entre os diferentes saberes.

Ao articular esforços com profissionais da saúde, da educação, da assistência social e de outras áreas, o assistente social contribui para o fortalecimento dos mecanismos de proteção social coletiva. Essa atuação amplia as possibilidades de acesso a direitos, promove a inclusão social e fortalece a participação dos usuários nos espaços de controle social, como conselhos e conferências de saúde.

Assim, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, orientadas pela perspectiva dos direitos humanos, constituem não apenas estratégias operacionais, mas dimensões estruturantes da prática profissional em saúde mental. Afirmar-se o compromisso do Serviço Social com a consolidação de políticas públicas

democráticas, universais e humanizadas, contribui para a construção de uma sociedade menos excludente e mais comprometida com a dignidade humana.

Ao combinar esforços com profissionais da saúde, da educação, da assistência social e outras áreas, o assistente social não apenas responde às demandas emergentes, mas também fortalece mecanismos de proteção social coletiva, contribuindo para a consolidação de políticas públicas mais democráticas e humanizadas.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE

5.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: DESAFIOS NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL POR MEDEIROS, GONÇALVES E MEDEIROS (2024)

A presente seção tem por objetivo analisar e discutir os dados apresentados no artigo “Serviço Social e Saúde Mental: desafios na atuação profissional” (Medeiros; Gonçalves; Medeiros, 2024), desenvolvido no âmbito da Universidade Católica de Pelotas. Trata-se de um estudo de natureza teórica e reflexiva, complementado por relato de experiência profissional em um CAPS II, no município de Pelotas/RS, entre os anos de 2018 e 2023.

O artigo demonstra que a política de saúde mental brasileira é resultado de um longo processo histórico, marcado por práticas excludentes, hospitalocêntricas e pela chamada “indústria da loucura” (Da Fonte, 2013 *apud* Medeiros; Gonçalves; Medeiros, 2024). Conforme apontam as autoras, o modelo manicomial consolidou-se como mecanismo de controle social, especialmente no contexto de urbanização e higienização social, no final do século XIX e início do século XX.

Ao resgatar autores como Yasui (2010) e Silva, Barros e Oliveira (2002), o artigo evidencia que a loucura passou de fenômeno tolerado no período colonial para questão de ordem pública, legitimando práticas de exclusão institucional. Esse dado é fundamental para compreender que a atuação do assistente social na saúde mental não pode ser desvinculada da crítica histórica ao modelo asilar. A Reforma Psiquiátrica, especialmente a partir da década de 1980, representa uma inflexão paradigmática. A aprovação da Lei nº 10.216/2001 consolida juridicamente a proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais. Segundo as autoras (2024), é nesse cenário que se amplia significativamente o espaço sócio-ocupacional do Serviço Social, especialmente nos CAPS. Portanto, a análise demonstra que a prática profissional atual é resultado direto das disputas históricas entre o modelo manicomial e o modelo psicossocial.

Em outra vertente, ao apresentar sobre a temática inerente ao Serviço Social e questões sociais, enfatiza que a inserção desse profissional na saúde mental não é recente, remontando a 1946, inicialmente sob forte influência higienista e funcionalista (Vasconcelos, 2002 *apud* Medeiros; Gonçalves; Medeiros, 2024). Contudo, é com o

Movimento de Reconceituação e com a incorporação do referencial marxista que a profissão passa a compreender a saúde mental como expressão da questão social.

A pesquisa reafirma a centralidade da categoria “questão social”, conforme Iamamoto (2012), compreendida como expressão das desigualdades estruturais do capitalismo. Nesse sentido, o sofrimento psíquico não pode ser analisado apenas sob a ótica clínica ou individual, mas deve ser relacionado às condições objetivas de vida: desemprego, pobreza, violência, precarização do trabalho, exclusão social.

Bisneto (2011 *apud* Medeiros; Gonçalves; Medeiros, 2024) é citada ao demonstrar que há correlação entre problemas sociais e adoecimento mental, reforçando a legitimidade da intervenção do assistente social no campo da saúde mental.

Os eixos centrais do artigo de Medeiros, Gonçalves e Medeiros (2024) são a análise do impacto do neoliberalismo na política de saúde mental brasileira. As autoras argumentam que o avanço das diretrizes neoliberais intensifica a precarização das políticas sociais, reduz investimentos públicos e amplia as vulnerabilidades sociais que atravessam o cotidiano dos usuários dos serviços substitutivos. No período analisado, entre 2018 e 2023, observa-se um cenário marcado por restrições orçamentárias, fragilização da rede pública de atenção psicossocial, precarização das condições de trabalho e aumento significativo da demanda por serviços públicos de saúde mental.

Em consonância com isso, esse contexto é agravado pela pandemia de COVID-19, que aprofundou desigualdades já existentes. Conforme relatado na experiência profissional no CAPS II Zona Norte, houve crescimento expressivo de usuários com ideação suicida, situações de desemprego, insegurança alimentar e rompimento de vínculos familiares (Medeiros; Gonçalves; Medeiros, 2024). A pandemia evidenciou, de maneira contundente, que o sofrimento psíquico está diretamente relacionado às condições materiais de existência, reforçando a compreensão crítica de que a saúde mental não pode ser dissociada das determinações sociais e econômicas.

Assim, o artigo demonstra que o neoliberalismo não apenas compromete o financiamento e a estrutura das políticas públicas, mas também altera o perfil da demanda nos serviços de saúde mental. O sofrimento psíquico passa a expressar, de forma ainda mais intensa, as múltiplas faces da questão social, exigindo do assistente

social uma leitura crítica da realidade e intervenções articuladas com a defesa de direitos.

5.2 DESAFIOS IDENTIFICADOS NO RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CAPS II

A pesquisa apresenta dados concretos da atuação profissional no CAPS II Zona Norte, evidenciando desafios estruturais, institucionais e técnicos que impactam diretamente o exercício do Serviço Social. Entre os principais desafios identificados está o desconhecimento, por parte da equipe multiprofissional, acerca das atribuições privativas do assistente social. As autoras relatam que havia compreensão equivocada sobre o papel do profissional, especialmente no que se refere às visitas domiciliares, articulações intersetoriais e mediações com a rede socioassistencial (Medeiros; Gonçalves; Medeiros, 2024). A situação revela fragilidades na formação interdisciplinar e reforça a necessidade de processos contínuos de educação permanente.

O estudo também evidencia aspectos relacionados à precarização das condições de trabalho. O estudo aponta ausência de capacitações promovidas pelo município, defasagem salarial, inexistência de adicional de insalubridade para a categoria e problemas estruturais no serviço, como internet instável e espaços físicos inadequados. As respectivas condições mostram que há contradição entre o discurso institucional de cuidado humanizado e as condições objetivas oferecidas aos trabalhadores, comprometendo tanto a qualidade do atendimento quanto a saúde dos próprios profissionais.

O aumento da demanda e a mudança no perfil dos usuários também configuram desafios significativos. O relato evidencia ampliação da procura por jovens universitários em sofrimento psíquico, muitos em situação de vulnerabilidade socioeconômica (Medeiros; Gonçalves; Medeiros, 2024). Esse dado revela que a saúde mental é atravessada por fatores estruturais, como desemprego, precarização das condições de estudo, insegurança financeira e ausência de suporte familiar, reafirmando a centralidade da questão social na análise do sofrimento psíquico.

Posteriormente, o artigo aponta fragilidade na articulação em rede e na efetivação do apoio matricial. Embora previsto nas normativas da política de saúde mental, o apoio matricial não se consolidava de forma efetiva no território analisado. Entre as dificuldades, destacam-se a falta de capacitação das equipes da Atenção

Básica, o desconhecimento da rede de serviços e a sobrecarga profissional. Esses elementos demonstram que a integralidade do cuidado ainda enfrenta obstáculos práticos que limitam a consolidação do modelo psicossocial.

5.3 DISCUSSÃO CRÍTICA: ENTRE O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO E A REALIDADE INSTITUCIONAL

A análise do artigo permite identificar uma tensão permanente entre o projeto ético-político do Serviço Social, a proposta antimanicomial e as limitações estruturais impostas pelo neoliberalismo. O projeto profissional, orientado pela defesa intransigente dos direitos humanos e pela ampliação da cidadania, encontra-se constantemente desafiado por condições institucionais marcadas por cortes orçamentários, precarização e retrocessos nas políticas públicas.

Conforme destacado por Barcellos (2018 *apud* Medeiros; Gonçalves; Medeiros, 2024), o Serviço Social na saúde mental possui potencial para romper com a lógica manicomial e fortalecer o cuidado em liberdade. No entanto, enfrenta resistências institucionais, incompreensão das atribuições profissionais e limitações estruturais que tensionam o exercício crítico da profissão. Nesse sentido, a atuação profissional exige fundamentação teórico-crítica consistente, articulação intersetorial, posicionamento político frente aos retrocessos e reafirmação permanente do compromisso com os direitos dos usuários.

A análise do artigo de Medeiros, Gonçalves e Medeiros (2024) evidencia que a saúde mental constitui campo estratégico de atuação do Serviço Social, especialmente no contexto contemporâneo marcado pela intensificação das desigualdades sociais. O sofrimento psíquico mostra-se intrinsecamente ligado às expressões da questão social, sendo atravessado por desemprego, pobreza, insegurança alimentar, fragilização de vínculos e precarização das políticas públicas.

O neoliberalismo intensifica desafios estruturais, fragiliza a rede de atenção psicossocial e amplia a demanda por serviços públicos, impondo limites concretos ao trabalho profissional. Ainda assim, a Reforma Psiquiátrica permanece como horizonte ético-político fundamental, orientando a defesa do cuidado em liberdade e da centralidade dos direitos humanos (Cortez; Zerbini; Veiga, 2019). A consolidação desse modelo depende de investimento público contínuo, fortalecimento da rede intersetorial e qualificação permanente das equipes.

Dessa forma, o trabalho do assistente social na saúde mental revela-se simultaneamente técnico, político e ético, exigindo compromisso com a emancipação dos sujeitos, com a defesa intransigente de direitos e com a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

5.4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL POR COSTA E MATIAS (2024)

A análise dos dados apresentados por Costa e Matias (2024) evidencia que a pandemia da COVID-19 não inaugurou a crise da Política de Saúde Mental no Brasil, mas aprofundou um processo de desmonte já em curso, especialmente após 2016. O contexto neoliberal, marcado por medidas de austeridade fiscal, desfinanciamento das políticas sociais e flexibilização de direitos trabalhistas, conformou um cenário adverso para a efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira, instituída pela Lei nº 10.216/2001.

Conforme as autoras dialogam com István Mészáros, a pandemia explicitou as contradições do sociometabolismo do capital, tensionando economia e vida em níveis inéditos. O avanço da superexploração do trabalho, o crescimento do desemprego e a intensificação da informalidade configuraram determinações sociais diretamente relacionadas ao sofrimento psíquico da classe trabalhadora. Nesse sentido, o adoecimento mental não pode ser compreendido de forma individualizante ou biologizante, mas como expressão da questão social em sua forma contemporânea.

No plano internacional, a Organização Mundial da Saúde assumiu a saúde mental como uma das prioridades durante a pandemia, emitindo diretrizes e recomendações voltadas ao fortalecimento da atenção psicossocial.

Considera-se, conforme o artigo de Costa e Matias (2024), falta o incentivo à ampliação de serviços, ao teleatendimento e à integração da saúde mental nas estratégias emergenciais. A OMS reconheceu o impacto do isolamento social, do luto coletivo, da insegurança econômica e da violência doméstica como fatores agravantes de transtornos como ansiedade, depressão e uso abusivo de substâncias.

Entretanto, no contexto brasileiro, a condução da política de saúde mental apresentou fragilidades significativas. O artigo demonstra que, durante o governo Bolsonaro, houve conflitos institucionais, negacionismo científico e ausência de diretrizes claras no enfrentamento da pandemia. Além disso, medidas anteriores já

sinalizavam um redirecionamento conservador da política, como o fortalecimento das comunidades terapêuticas e o aumento do financiamento de leitos psiquiátricos, em detrimento dos serviços substitutivos da RAPS, especialmente os CAPS.

Isto mostra um dos principais desafios ao Serviço Social, que é atuar em defesa do projeto ético-político da profissão e dos princípios da Reforma Psiquiátrica, em meio a um contexto de contrarreformas e restrição orçamentária. A Emenda Constitucional nº 95, que congelou gastos públicos por vinte anos, impactou diretamente o financiamento do SUS, comprometendo a expansão e qualificação dos serviços de saúde mental (Brasil, 2016).

A análise dos periódicos científicos realizada pelas autoras também mostra que a saúde mental tornou-se tema recorrente nas produções acadêmicas entre 2020 e 2021. As revistas, como Serviço Social & Sociedade, Ciência & Saúde Coletiva, Katalysis e The Lancet Psychiatry, abordaram questões relacionadas ao sofrimento psíquico em interface com gênero, raça, mercado de trabalho, encarceramento e violência. Destaca-se o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde mental e o impacto desigual da pandemia sobre mulheres, especialmente mulheres negras, que enfrentaram aumento da mortalidade, sobrecarga doméstica e intensificação da violência.

Em consonância, para Costa e Matias (2024), o Serviço Social é convocado a ampliar sua capacidade analítica e interventiva, articulando a dimensão técnico-operativa à leitura crítica da realidade. A atuação profissional na saúde mental exige não apenas o acompanhamento de usuários e famílias, mas também a incidência política na defesa do financiamento adequado do SUS, na consolidação da RAPS e na resistência aos retrocessos institucionais.

Posteriormente, ainda de acordo com a pesquisa de Costa e Matias (2024), destaca-se à necessidade de enfrentamento da tendência à individualização do sofrimento. O discurso hegemônico frequentemente atribui transtornos mentais a fragilidades pessoais ou predisposições biológicas, desconsiderando as condições objetivas de existência. O Serviço Social, ancorado em referenciais críticos, tem o papel de evidenciar que o sofrimento psíquico está profundamente relacionado às desigualdades estruturais, à precarização do trabalho e à exclusão social.

A pandemia também mostrou a centralidade do trabalho na produção de adoecimento mental. O teletrabalho, a intensificação das jornadas, a ausência de limites entre vida privada e laboral e a insegurança econômica ampliaram quadros de

ansiedade e esgotamento. Assim sendo os profissionais da saúde, considerados “trabalhadores essenciais”, enfrentaram sobrecarga, medo de contaminação e luto constante, revelando a necessidade de políticas específicas de cuidado para esses sujeitos.

A análise do respectivo artigo de Costa e Matias (2024) permite afirmar que os desafios do Serviço Social na política de saúde mental, em contexto neoliberal, estão relacionados a três eixos fundamentais: defesa intransigente do SUS e da Reforma Psiquiátrica; enfrentamento das desigualdades estruturais que atravessam gênero, raça e classe; fortalecimento da produção de conhecimento crítico, articulando pesquisa e prática profissional.

Assim, a contribuição de Costa e Matias (2024) mostra, em sua pesquisa, que a saúde mental constitui um campo estratégico de disputa política e teórica. Em um ambiente de crises sanitárias e econômicas recorrentes, o Serviço Social é chamado a reafirmar seu compromisso com a universalidade dos direitos, com a democracia e com a construção de respostas coletivas ao sofrimento socialmente produzido.

Diferentemente de artigos de caráter teórico-reflexivo articulados a relatos de experiência, a pesquisa de Mota e Rodrigues (2016) parte de dados empíricos produzidos diretamente com profissionais inseridos no cotidiano dos serviços substitutivos. Considera-se que essa característica confere densidade analítica acerca das condições reais de trabalho e das estratégias construídas pelas assistentes sociais diante das múltiplas expressões do sofrimento psíquico.

As autoras evidenciam que a atuação do Serviço Social nos CAPS é marcada por especificidades que extrapolam a dimensão clínica do cuidado. O assistente social ocupa posição estratégica na identificação das determinações sociais do adoecimento, na mediação de conflitos familiares, na articulação da rede intersetorial e na garantia de acesso a benefícios socioassistenciais e previdenciários. Conforme Medeiros, Gonçalves e Medeiros (2024), a saúde mental deve ser compreendida não apenas como questão biomédica, mas como expressão da questão social, atravessada por desigualdades estruturais.

O estudo demonstra que as profissionais entrevistadas reconhecem o CAPS como espaço privilegiado para o exercício do projeto ético-político da profissão, sobretudo no que se refere à defesa de direitos e à construção do cuidado em liberdade. Contudo, essa atuação encontra limites concretos nas condições institucionais oferecidas pelo Estado.

A partir da análise desenvolvida por Costa e Matias (2024), é possível compreender que a intervenção profissional nos CAPS deve ser situada no interior das transformações e tensionamentos que atravessam a Política de Saúde Mental brasileira, especialmente no contexto da pandemia de COVID-19. Os CAPS, enquanto dispositivos estratégicos da RAPS, materializam os princípios da Reforma Psiquiátrica ao priorizarem o cuidado em liberdade, a desinstitucionalização e a centralidade do território. Contudo, o ambiente de crise sanitária somado ao avanço de medidas neoliberais, impôs desafios significativos à efetivação desse modelo.

O artigo de Costa e Matias (2024) elucida que o agravamento do sofrimento psíquico durante a pandemia esteve diretamente relacionado às condições objetivas de vida da população, tais como desemprego, insegurança alimentar, luto coletivo, violência doméstica e intensificação da precarização do trabalho. Nesse sentido, a intervenção profissional nos CAPS não pode restringir-se a uma abordagem clínica ou individualizante, pois o sofrimento mental é compreendido como expressão da questão social. A atuação do assistente social, portanto, exige uma leitura crítica da realidade, articulando os aspectos subjetivos às determinações estruturais que incidem sobre os usuários.

Ainda segundo Costa e Matias (2024), a especificidade fundamental da intervenção nos CAPS refere-se ao trabalho interdisciplinar. O cuidado psicossocial é construído de forma coletiva, envolvendo diferentes profissionais e saberes. Nesse espaço, o Serviço Social contribui com a análise das condições socioeconômicas, com a mediação de acesso a direitos e com a articulação em rede, fortalecendo o projeto terapêutico singular. Consequentemente, a atuação ultrapassa o atendimento pontual e busca promover autonomia, fortalecimento de vínculos e inserção social dos usuários.

A defesa e a mediação de direitos sociais constituem dimensão central da prática profissional nos CAPS, especialmente diante do aprofundamento das desigualdades durante a pandemia (Costa e Matias, 2024). O aumento das demandas por benefícios socioassistenciais, acesso a políticas de transferência de renda e encaminhamentos à rede de proteção social evidenciou a centralidade da dimensão socioeconômica no cuidado em saúde mental. Assim, a intervenção profissional envolve não apenas o acompanhamento psicossocial, mas também a garantia de acesso às políticas públicas e à cidadania.

O artigo de Costa e Matias (2024) ainda evidencia que a atuação nos CAPS assume caráter político, sobretudo diante dos retrocessos na política de saúde mental brasileira, como o fortalecimento de comunidades terapêuticas e a ampliação de leitos psiquiátricos. Nesse contexto, o trabalho profissional se insere em um campo de disputas, exigindo posicionamento ético-político em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), da Reforma Psiquiátrica e do modelo antimanicomial. A intervenção nos CAPS torna-se, portanto, espaço de resistência frente às tendências de institucionalização e medicalização do sofrimento.

Em último plano, os autores Costa e Matias (2024), considerando o período da pandemia, impôs a necessidade de reorganização das práticas, incluindo o uso de atendimentos remotos e estratégias diferenciadas de acompanhamento. Posto isso, essas mudanças evidenciaram tanto a capacidade de adaptação das equipes quanto os limites estruturais impostos pelo desfinanciamento das políticas públicas. A precarização das condições de trabalho dos profissionais também se constituiu como elemento que impacta diretamente a qualidade do cuidado ofertado.

Dessa forma, as especificidades da intervenção profissional nos CAPS, à luz do artigo analisado, revelam uma prática que articula cuidado, defesa de direitos e compromisso ético-político. O Serviço Social, inserido nesse espaço, desempenha papel estratégico na construção de respostas coletivas ao sofrimento socialmente produzido, reafirmando a saúde mental como direito e como expressão das desigualdades estruturais que marcam a sociedade brasileira.

Já Mota e Rodrigues (2016) identificam que a intervenção profissional no campo da saúde mental assume caráter eminentemente socioeducativo, articulador e político. As assistentes sociais relatam que grande parte das demandas envolve situações de vulnerabilidade social, como desemprego, ausência de renda, rompimento de vínculos familiares, violência doméstica e precariedade habitacional.

Esse dado dialoga diretamente com a análise de Medeiros, Gonçalves e Medeiros (2024), ao reafirmar que o sofrimento psíquico está profundamente vinculado às condições objetivas de existência. A prática profissional, portanto, não se restringe ao atendimento individualizado, mas envolve encaminhamentos, articulação com a rede socioassistencial, participação em reuniões de equipe multiprofissional e construção de projetos terapêuticos singulares.

A dimensão técnico-operativa do Serviço Social nos CAPS inclui a elaboração de relatórios sociais, visitas domiciliares, mediação com órgãos do Judiciário,

articulação com a política de assistência social e acompanhamento de usuários em situação de vulnerabilidade extrema. Tais atividades reafirmam a centralidade da dimensão social no tratamento em saúde mental e reforçam a importância do assistente social na equipe multiprofissional.

No entanto, observa-se dificuldade no reconhecimento das atribuições específicas do Serviço Social, refletindo, por vezes, incompreensão sobre seu papel na equipe.

5.5 CONDIÇÕES DE TRABALHO E PRECARIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE

Em primeiro plano, as condições institucionais de trabalho no âmbito da saúde mental demonstram uma precarização significativa, conforme apontam Mota e Rodrigues (2016). As assistentes sociais relatam insuficiência de recursos materiais, equipes reduzidas, sobrecarga de demandas e fragilidade na articulação intersetorial, elementos que refletem uma realidade estrutural adversa à integralidade do cuidado. A respectiva situação não se limita ao contexto da saúde mental, mas se insere em um panorama mais amplo de reconfiguração do mundo do trabalho, evidenciado em estudos sobre flexibilização, terceirização e precarização de serviços (Corsi; Mastrodi, 2018; Costa; Costa, 2018; Druck; Dutra; Silva, 2019).

Já a análise desenvolvida por Costa e Matias (2024) evidencia que as condições de trabalho na política de saúde mental, especialmente no contexto da pandemia de COVID -19, foram profundamente impactadas pelo avanço do neoliberalismo e pelas medidas de austeridade fiscal adotadas no Brasil nos últimos anos. O desfinanciamento das políticas sociais, a flexibilização das relações trabalhistas e a fragilização do Estado como garantidor de direitos configuraram um cenário de intensificação da precarização do trabalho, atingindo diretamente os profissionais que atuam na RAPS.

O contexto pandêmico evidenciou e agravou problemas já existentes. A sobrecarga de trabalho, a insuficiência de equipes, os vínculos empregatícios instáveis e a falta de condições materiais adequadas tornaram-se ainda mais visíveis. Os profissionais da saúde mental passaram a lidar com o aumento expressivo das demandas decorrentes do sofrimento psíquico intensificado pela crise sanitária, ao mesmo tempo em que enfrentavam medo de contaminação, perdas familiares e insegurança quanto à própria estabilidade laboral (Costa e Matias, 2024). Assim, a

pandemia não apenas ampliou o sofrimento dos usuários dos serviços, mas também impactou significativamente os trabalhadores do setor.

Costa e Matias (2024) situam essa realidade no interior das transformações do mundo do trabalho sob a lógica neoliberal, marcada pela racionalidade gerencial, pela busca por produtividade e pela redução de custos. No âmbito das políticas públicas, isso se expressa na terceirização, na contratação temporária, na pejotização e na ampliação de vínculos precários. Essas formas de contratação fragilizam direitos trabalhistas, comprometem a continuidade das ações e dificultam a consolidação de equipes estáveis e qualificadas, fundamentais para o cuidado em saúde mental.

A Emenda Constitucional nº 95, ao instituir o teto de gastos públicos, é apontada como um marco estrutural do desfinanciamento do SUS. A restrição orçamentária impacta diretamente a ampliação e manutenção dos serviços substitutivos, como os CAPS, gerando insuficiência de recursos humanos, falta de insumos e limitação de ações territoriais. Para Costa e Matias (2024) profissionais são frequentemente convocados a responder a demandas complexas com recursos reduzidos, o que intensifica o desgaste físico e emocional.

O estudo de Mota e Rodrigues (2016) evidencia que as condições institucionais de trabalho são precárias. As assistentes sociais relatam insuficiência de recursos materiais, equipes reduzidas, sobrecarga de demandas e fragilidade na articulação intersetorial.

Em segundo plano, quando se trata de limitação orçamentária, a precariedade das estruturas físicas e a dificuldade de consolidação da rede de atenção psicossocial refletem os efeitos das políticas neoliberais de desfinanciamento e fragmentação dos serviços públicos, um ponto reforçado por Cardoso e Azais (2019) e Medeiros, Gonçalves e Medeiros (2024). Posto isso, existe uma tensão contínua entre os princípios da Reforma Psiquiátrica, centrados na integralidade do cuidado e na garantia dos direitos humanos, e as condições concretas disponíveis nos serviços.

Embora o artigo não utilize diretamente o conceito de neoliberalismo como eixo central, os dados empíricos permitem essa interpretação crítica. A limitação orçamentária, a precariedade das estruturas físicas e a dificuldade de consolidação da rede de atenção psicossocial refletem o desfinanciamento e a fragilização das políticas públicas, observados também por Medeiros, Gonçalves e Medeiros (2024).

Nota-se uma tensão entre a proposta da Reforma Psiquiátrica, orientada pela integralidade do cuidado e pela centralidade dos direitos humanos, e as condições

concretas disponíveis nos serviços. A ausência de recursos compromete a efetividade das intervenções, gerando frustração e desgaste emocional. Assim, a precarização afeta não apenas os usuários, mas também os profissionais, impactando a qualidade do atendimento e a saúde mental desses profissionais.

A precarização impacta diretamente a qualidade do atendimento prestado, não apenas comprometendo o cuidado oferecido aos usuários, mas também gerando desgaste emocional e sobrecarga para os profissionais. Tal realidade se alinha às análises de Antunes (2018), que discutem como as novas formas de organização do trabalho, especialmente sob regimes neoliberais, reproduzem vulnerabilidades e sobrecargas, ao mesmo tempo em que reforçam desigualdades históricas no acesso a direitos. Em consonância, Cortez, Zerbini e Veiga (2019) enfatizam a importância de práticas humanizadas de gestão e organização do trabalho, capazes de mitigar parcialmente os impactos da precarização, ainda que dependam de uma articulação estrutural mais robusta e de investimentos adequados.

As condições de trabalho e a precarização no contexto neoliberal exigem uma análise crítica das estruturas institucionais, dos processos de gestão e do papel do Estado na provisão de políticas públicas. O Serviço Social, nesse cenário, assume uma função central, mediando direitos, orientando usuários e promovendo estratégias de enfrentamento da vulnerabilidade social, reafirmando seu compromisso ético-político, mesmo diante das limitações estruturais (Neves *et al.,* 2018; Pereira, 2018). A precarização, assim, não é apenas uma questão de insuficiência de recursos, mas um fenômeno que reflete mudanças históricas e políticas no mundo do trabalho e na organização da sociedade contemporânea.

Ainda segundo a pesquisa de Costa e Matias (2024), a precarização das condições de trabalho não se restringe às dimensões objetivas, como salário e jornada, mas também atinge a autonomia profissional e o sentido do trabalho. Em um contexto de retrocessos na política de saúde mental, marcado pelo fortalecimento de modelos hospitalocêntricos e pelo questionamento da Reforma Psiquiátrica, os profissionais enfrentam tensionamentos ético-políticos que impactam sua atuação cotidiana. O trabalho passa a ser atravessado por disputas institucionais e por incertezas quanto aos rumos da política pública.

A precarização do trabalho na saúde mental deve ser compreendida como parte de um movimento mais amplo de reestruturação do Estado e de redução das responsabilidades públicas na garantia de direitos sociais (Costa; Matias, 2024). A

intensificação do sofrimento dos trabalhadores, somada ao aumento das demandas sociais, revela uma contradição central: exige-se mais da política de saúde mental justamente no momento em que seus recursos são reduzidos.

Conclui-se, perante a análise da pesquisa de Costa e Matias (2024), que as condições de trabalho no contexto neoliberal configuram um desafio estrutural para a consolidação do modelo psicossocial. A defesa de vínculos estáveis, financiamento adequado, valorização profissional e condições dignas de trabalho constituem elementos fundamentais não apenas para a proteção dos trabalhadores, mas também para a garantia da qualidade do cuidado ofertado à população. Assim, a luta por melhores condições de trabalho integra a própria defesa do SUS e da saúde mental como direito social.

5.6 ARTICULAÇÃO EM REDE E DEFESA DE DIREITOS

A articulação intersetorial é reconhecida como um elemento central na atuação do Serviço Social em saúde mental, na medida em que o cuidado integral dos usuários depende da interação efetiva entre diferentes políticas públicas, tais como assistência social, previdência, habitação, educação e justiça (Druck; Dutra; Silva, 2019; Pereira, 2018). O diálogo entre esses setores permite a construção de estratégias que vão além do atendimento individual, promovendo a defesa de direitos e a inclusão social. Entretanto, como evidencia a pesquisa, a consolidação dessas redes ainda enfrenta desafios significativos, seja pela ausência de fluxos institucionais bem definidos, seja pela insuficiência de serviços disponíveis no território, o que compromete a integralidade do cuidado (Cardoso; Azais, 2019; Medeiros; Gonçalves; Medeiros, 2024).

A partir das reflexões apresentadas por Costa e Matias (2024) a articulação em rede e a defesa de direitos configuram dimensões centrais da intervenção profissional na Política de Saúde Mental, especialmente no contexto da pandemia e do avanço das contrarreformas neoliberais. O sofrimento psíquico intensificado pela crise sanitária evidenciou que a saúde mental não pode ser tratada de forma isolada, pois está intrinsecamente relacionada às condições de vida, trabalho, renda, moradia e acesso às políticas públicas. Assim, a resposta às demandas dos usuários exige integração entre diferentes serviços e políticas sociais.

No âmbito da RAPS, os CAPS ocupam papel estratégico, mas não atuam de maneira isolada. A efetividade do cuidado psicossocial depende da articulação com a Atenção Básica, com a política de Assistência Social (CRAS e CREAS), com o sistema de justiça, com a educação e com organizações da sociedade civil. Posto isso, essa perspectiva territorializada possibilita identificar vulnerabilidades específicas e construir respostas intersetoriais, fundamentais para enfrentar as múltiplas expressões da questão social que atravessam a saúde mental.

Sendo assim, a fragilidade estrutural, que se manifesta também em outros contextos laborais, reflete processos mais amplos de precarização e reconfiguração do trabalho, analisados por Antunes (2018) e Costa e Costa (2018), nos quais a redução de recursos e a flexibilização das políticas públicas impactam diretamente a capacidade de resposta das instituições. Nessa perspectiva, o Serviço Social emerge como mediador essencial, articulando informações, encaminhamentos e orientações, na tentativa de minimizar os efeitos dessas lacunas institucionais. Conforme Mota e Rodrigues (2016), essa atuação reafirma o compromisso ético-político da profissão, que visa ampliar a cidadania e efetivar direitos, mesmo em contextos adversos.

Além disso, o caráter humanizador do trabalho profissional se revela na interface com os usuários, alinhando-se às discussões de Cortez, Zerbini e Veiga (2019) sobre práticas humanizadas de gestão e cuidado que promovem não apenas a execução de políticas, mas também a escuta, o acompanhamento e a promoção de autonomia do indivíduo. Ao se conectar com o debate sobre a integralidade do cuidado, destacando que a efetividade das políticas depende tanto da articulação formal da rede quanto da capacidade de mediação do assistente social em contextos de vulnerabilidade social e institucional.

Sendo assim, diz respeito à articulação intersetorial. As assistentes sociais reconhecem que o trabalho em saúde mental exige diálogo constante com políticas de assistência social, previdência, habitação, educação e justiça. Entretanto, a pesquisa mostra as dificuldades na consolidação dessa rede, seja pela ausência de fluxos bem definidos, seja pela insuficiência de serviços disponíveis no território.

Consequentemente, isso converge com a análise de Medeiros, Gonçalves e Medeiros (2024) sobre a fragilidade do apoio matricial e da articulação entre CAPS e Atenção Básica. Em ambos os contextos, observa-se que a integralidade do cuidado depende de uma rede que, na prática, ainda enfrenta entraves estruturais.

Apesar das limitações, Mota e Rodrigues (2016) ressaltam que o Serviço Social desempenha papel central na efetivação de direitos. As profissionais destacam a importância de orientar os usuários sobre acesso a benefícios, políticas públicas e serviços, reafirmando o compromisso ético-político da profissão com a ampliação da cidadania.

Em última vertente, a articulação em rede e a defesa de direitos não podem ser compreendidas apenas como fluxos administrativos; trata-se de um processo dinâmico e político, no qual o Serviço Social atua para contrabalançar desigualdades estruturais e garantir que as políticas públicas atinjam efetivamente aqueles a quem se destinam (Neves *et al.,* 2018; Pereira, 2018). A consolidação dessa rede exige tanto investimentos estruturais quanto a valorização do conhecimento profissional, capaz de articular direitos, práticas e interações intersetoriais em prol de um cuidado integral e ético.

O artigo de Costa e Matias (2024) mostra que, durante a pandemia, houve ampliação das demandas relacionadas ao desemprego, à insegurança alimentar, ao aumento da violência doméstica e à precarização das condições de moradia. A atuação profissional precisou intensificar encaminhamentos, mediações e acompanhamentos junto a outras políticas públicas. A defesa de direitos sociais, como acesso a benefícios assistenciais, políticas de transferência de renda, atendimento às mulheres em situação de violência e proteção a populações em extrema vulnerabilidade tornou-se parte constitutiva do cuidado em saúde mental.

A articulação em rede também assume caráter político, na medida em que fortalece o princípio da integralidade do SUS e reafirma a saúde mental como direito social. Em um contexto de desfinanciamento e fragmentação das políticas públicas, a construção de vínculos institucionais e comunitários torna-se estratégia de resistência e de ampliação do acesso a direitos. A atuação profissional, portanto, ultrapassa a dimensão técnica e incorpora a incidência política na defesa do financiamento adequado e da consolidação da RAPS.

Ainda sobre o artigo das autoras, Costa e Matias (2024) mostram que as desigualdades de gênero, raça e classe atravessaram de forma contundente o período pandêmico, impactando desproporcionalmente mulheres, população negra e trabalhadores precarizados. A defesa de direitos, nesse contexto, implica reconhecer tais marcadores sociais e atuar de forma crítica diante das desigualdades estruturais. O Serviço Social, inserido na política de saúde mental, tem papel estratégico na

identificação dessas vulnerabilidades e na construção de respostas articuladas e emancipatórias.

A articulação em rede e a defesa de direitos constituem fundamentos da prática profissional na saúde mental, especialmente em tempos de crise, reafirmando o compromisso ético-político com a universalidade dos direitos sociais e com a construção de estratégias coletivas de enfrentamento do sofrimento socialmente produzido. Em um cenário de retração do Estado e de intensificação das desigualdades, fortalecer a rede de proteção social torna-se condição essencial para a efetivação da saúde mental como direito e não como privilégio.

5.7 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS ARTIGOS

A análise comparativa entre os artigos “Política de Saúde Mental e Pandemia: uma contribuição para o debate de um período crítico”, de Tereza Cristina Ribeiro da Costa e Thaisa Simplicio Carneiro Matias (2024), e “Serviço Social e Saúde Mental: desafios na atuação profissional”, de Thais Isabel Huckembeck Medeiros, Claudiane Rockembach Gonçalves e Mara Rosangea Costa Medeiros, isto mostra convergências teóricas importantes no que se refere à crítica ao neoliberalismo e aos impactos das contrarreformas nas políticas sociais, especialmente na saúde mental.

A principal diferença reside no fato de que a pesquisa de Costa e Matias (2024) enfatiza a análise do período pandêmico, destacando o desfinanciamento do SUS, o negacionismo governamental e o agravamento das expressões da questão social no contexto da COVID-19, enquanto o segundo artigo realiza um resgate histórico da política de saúde mental no Brasil e aprofunda os desafios da atuação profissional do assistente social diante das demandas contemporâneas. Ambos os textos dialogam ao reconhecer que o sofrimento psíquico não pode ser compreendido de forma individualizante, mas como expressão das determinações sociais do capitalismo, ressaltando a importância da Reforma Psiquiátrica, da luta antimanicomial e da atuação crítica do Serviço Social.

Contudo, diferenciam-se no foco analítico: Costa e Matias (2024) concentram-se na análise documental da OMS, do Ministério da Saúde e da produção científica durante a pandemia, ao passo que Medeiros, Gonçalves e Medeiros (2024) aprofundam a dimensão histórica da política de saúde mental e as atribuições profissionais nos CAPS e na rede substitutiva. Assim, os dois estudos se

complementam ao oferecer, simultaneamente uma leitura conjuntural do período pandêmico e uma reflexão estrutural sobre os fundamentos históricos e ético-políticos da atuação do Serviço Social na saúde mental.

Ambos os estudos demonstram que a saúde mental é atravessada pelas expressões da questão social; o Serviço Social ocupa posição estratégica na defesa de direitos e na articulação intersetorial; há precarização das condições de trabalho; existe tensão entre o projeto ético-político da profissão e as limitações institucionais.

Os dois artigos partem de uma concepção ampliada de saúde mental, fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e na defesa do modelo psicossocial. Há uma crítica explícita à perspectiva hospitalocêntrica, medicalizante e manicomial, reafirmando a centralidade do cuidado em liberdade e da territorialização das ações. Ambos defendem o SUS e a RAPS como pilares da garantia do direito à saúde mental.

Posto isso, a análise comparativa demonstra que os desafios do Serviço Social na saúde mental não são fenômenos isolados ou circunstanciais, mas estruturais e persistentes no contexto brasileiro. A precarização das políticas públicas, a insuficiência de recursos e a sobrecarga profissional configuram elementos recorrentes em diferentes regiões do país.

A temática da precarização do trabalho aparece em ambos os estudos, ainda que com ênfases distintas. No artigo de Costa e Matias (2024), a pandemia é apresentada como elemento que intensificou a sobrecarga de trabalho, a insegurança laboral e o desgaste emocional dos profissionais da saúde mental. A Emenda Constitucional nº 95 e as políticas de austeridade são apontadas como marcos do desfinanciamento que compromete a qualidade dos serviços e as condições de trabalho.

Já no artigo de Medeiros, Gonçalves e Medeiros (2024), a precarização é analisada como parte de um processo mais amplo de reestruturação produtiva e flexibilização das relações trabalhistas. O debate não se restringe ao período pandêmico, mas evidencia que os vínculos precários, a terceirização e a insuficiência de equipes são problemas estruturais que antecedem a crise sanitária. Assim, enquanto um destaca a intensificação conjuntural da precarização, o outro enfatiza sua dimensão estrutural.

É perceptível a necessidade de que o assistente social que atua na área de saúde seja capaz de analisar criticamente tanto as demandas quanto as intervenções,

de modo a assegurar que os usuários com transtornos mentais tenham acesso efetivo aos seus direitos. A prática deve se configurar como um exercício contínuo de reflexão crítica, garantindo não apenas a qualidade do atendimento, mas também o fortalecimento da profissão como um campo ativo na saúde mental, especialmente diante da predominância dos saberes “psi”.

Posteriormente, compreender a dinâmica do trabalho interdisciplinar, sem perder de vista os princípios que orientam a profissão; avaliar os determinantes sociais e a estrutura institucional dos serviços substitutivos, evitando a mera execução de rotinas burocráticas; e atualizar os conhecimentos sobre conceitos fundamentais da Reforma Psiquiátrica, como clínica ampliada e reabilitação psicossocial, são elementos essenciais para que o assistente social desenvolva uma prática crítica, reflexiva e propositiva.

Consequentemente, é relevante refletir sobre a atuação dos assistentes sociais nos serviços que compõem a RAPS, já que esses profissionais possuem competência para intervir nas manifestações da questão social e, por meio da articulação com a rede socioassistencial, podem contribuir para a promoção da autonomia e para a reinserção social das pessoas com transtornos mentais em seus territórios.

Considera-se frente ao verificado, que a consolidação do modelo psicossocial depende do compromisso dos profissionais e de investimento público contínuo, fortalecimento das políticas sociais e superação das diretrizes neoliberais que fragilizam o sistema de proteção social. O Serviço Social, ao articular dimensão técnica e projeto ético-político, mantém-se como agente fundamental na defesa do cuidado em liberdade e na promoção da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

A articulação em rede e a defesa de direitos constituem eixos estruturantes da intervenção do Serviço Social na política de saúde mental, conforme evidenciado tanto no artigo de Costa e Matias (2024) quanto no estudo de Medeiros, Gonçalves e Mara Medeiros (2024). Ainda que partam de recortes analíticos distintos, ambos os trabalhos convergem ao afirmar que o cuidado em saúde mental só se efetiva de maneira integral quando articulado às demais políticas públicas e sustentado pela defesa intransigente dos direitos sociais.

No artigo de Costa e Matias (2024), a articulação em rede ganha centralidade diante do contexto pandêmico, que intensificou desigualdades e ampliou as expressões da questão social. A pandemia da COVID-19 não produziu apenas uma

crise sanitária, mas também aprofundou situações de desemprego, insegurança alimentar, violência doméstica e fragilização de vínculos familiares e comunitários. Posto isso, os serviços da RAPS, especialmente os CAPS, passaram a receber demandas que extrapolavam o sofrimento psíquico estritamente clínico, revelando a indissociabilidade entre saúde mental e condições materiais de existência. A intervenção profissional, portanto, exigiu fortalecimento das conexões com a política de Assistência Social, com a Atenção Básica em Saúde, com o sistema de justiça e com organizações da sociedade civil, a fim de garantir acesso a benefícios, proteção social e encaminhamentos necessários.

Já no artigo de Medeiros, Gonçalves e Medeiros (2024), a articulação em rede é tratada como fundamento histórico e estruturante da própria Reforma Psiquiátrica brasileira. A intersetorialidade não aparece apenas como resposta emergencial a uma crise, mas como princípio permanente da política de saúde mental. A constituição dos CAPS e da RAPS é compreendida como superação do modelo manicomial, que isolava o sujeito em instituições totais, desconsiderando suas relações sociais, familiares e territoriais. A rede substitutiva pressupõe integração entre diferentes políticas públicas, reconhecendo que o cuidado em liberdade demanda suporte comunitário, inclusão social e garantia de direitos básicos.

Ambos os artigos mostram que o assistente social ocupa papel estratégico nesse processo, atuando como mediador entre usuários e políticas públicas. A defesa de direitos não se restringe a encaminhamentos burocráticos, mas envolve análise crítica das condições de vida, acompanhamento sistemático e incidência política na luta por ampliação e manutenção de políticas sociais. A mediação realizada pelo profissional contribui para viabilizar acesso a benefícios socioassistenciais, programas de transferência de renda, serviços de proteção a mulheres em situação de violência, políticas habitacionais e demais recursos essenciais à reprodução social dos usuários.

A comparação entre os artigos de Costa e Matias (2024) e Medeiros, Gonçalves e Medeiros (2024) mostra que, embora um enfatize a conjuntura pandêmica e o outro privilegie a dimensão histórico-estrutural da política de saúde mental, ambos reafirmam a saúde mental como direito social e não como mercadoria ou privilégio. A defesa do SUS, da RAPS e dos princípios da Reforma Psiquiátrica aparece como compromisso ético-político comum às duas produções. Em contextos de desfinanciamento e avanço de perspectivas conservadoras, a articulação em rede

torna-se não apenas instrumento técnico, mas também estratégia de resistência frente à fragmentação das políticas públicas.

Enquanto Costa e Matias (2024) evidenciam como a pandemia tensionou a rede de proteção social e exigiu respostas rápidas e criativas das equipes multiprofissionais, o artigo de Medeiros, Gonçalves e Medeiros (2024) demonstra que tais desafios estão inscritos em um processo histórico mais amplo de precarização e disputas em torno do modelo de atenção em saúde mental. Assim, a principal diferença reside no recorte temporal e na ênfase analítica. Um texto privilegia a leitura conjuntural de um período crítico; o outro, a compreensão histórica da consolidação e dos limites da política.

Entretanto, a leitura articulada dos dois artigos amplia o entendimento sobre a Política de Saúde Mental no Brasil ao integrar análise estrutural e conjuntural, passado e presente, fundamentos teóricos e prática cotidiana. A articulação em rede e a defesa de direitos emergem, nesse diálogo, como dimensões indissociáveis do projeto ético-político do Serviço Social, reafirmando o compromisso profissional com a integralidade do cuidado, com a justiça social e com a construção de estratégias coletivas de enfrentamento das desigualdades que atravessam o campo da saúde mental.

6 CONCLUSÃO

Em primeiro plano, a investigação apresentou que o processo de trabalho do assistente social, especialmente nos contextos da RAPS e dos Centros de CAPS, é inseparável das dimensões histórico-sociais, políticas e institucionais que moldam a saúde mental no Brasil.

O profissional não atua apenas como executor de tarefas burocráticas ou encaminhamentos, mas como mediador entre a complexidade das demandas sociais, incluindo vulnerabilidades econômicas, exclusão social, desigualdade de gênero, racismo estrutural e violações de direitos e as respostas institucionais disponíveis. Nesse sentido, o trabalho do assistente social se apresenta como prática social crítica, articulando análise da realidade, construção de projetos terapêuticos singulares, defesa de direitos e articulação intersetorial

A pesquisa possibilitou analisar profundamente como as reconfigurações contemporâneas da política de saúde mental brasileira impactam o processo de trabalho do assistente social, evidenciando tensões institucionais, desafios profissionais e limites estruturais enfrentados no cotidiano da atuação nos CAPS e demais dispositivos da RAPS. A análise histórica e teórico-crítica demonstrou que o assistente social desempenha papel estratégico na mediação entre demandas sociais complexas, atravessadas por vulnerabilidades, desigualdades, exclusão social e violações de direitos e as respostas institucionais disponíveis no SUS.

O processo de trabalho do assistente social não se restringe a tarefas burocráticas ou à operacionalização de programas, mas envolve articulação intersetorial, construção de projetos terapêuticos singulares, intervenção crítica sobre processos de medicalização da vida e defesa intransigente dos direitos humanos. Essa perspectiva está alinhada ao projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, consolidado historicamente a partir do Movimento de Reconceituação, e fundamenta a prática profissional na análise das condições materiais de existência e das expressões da questão social.

A pesquisa indicou que o contexto contemporâneo de precarização do trabalho, insuficiência de financiamento e disputas ideológicas entre modelos hospitalocêntricos e psicossociais impõe limites institucionais à intervenção do assistente social. As tensões observadas, dentre elas a sobrecarga de trabalho, a indefinição de atribuições, a fragilidade de equipes multiprofissionais e os retrocessos

em políticas públicas, exigem do profissional permanente atualização teórico-metodológica, posicionamento ético-político e capacidade de mediação crítica.

Em consonância com os objetivos desta pesquisa, conclui-se que as transformações na política de saúde mental demonstram que a Reforma Psiquiátrica brasileira e suas reconfigurações recentes demonstram avanços e retrocessos na implementação de um modelo psicossocial de atenção, evidenciando a necessidade de resistência ética e mobilização profissional para garantir a consolidação da RAPS e a efetividade do cuidado integral.

Em uma segunda vertente, destacam-se os impactos no processo de trabalho, pois mudanças institucionais e sociais afetam diretamente o cotidiano profissional, exigindo habilidades de análise crítica, planejamento estratégico e articulação intersetorial, além de capacidade de lidar com múltiplas demandas simultâneas, mantendo a centralidade do usuário e a defesa dos direitos.

Já os desafios contemporâneos, vislumbram que a precarização do financiamento, a expansão das demandas e as disputas ideológicas entre modelos de atenção impõem desafios estruturais que podem comprometer o caráter emancipatório da intervenção social, reforçando a necessidade de posicionamento crítico do assistente social frente às limitações institucionais.

Considera-se que o assistente social na política de saúde mental brasileira atua em um campo marcado por contradições e tensões estruturais, sendo o processo de trabalho o elemento-chave para compreender, intervir e promover direitos em contextos de vulnerabilidade social e sofrimento psíquico. A prática profissional, historicamente situada, crítica e comprometida com a promoção da cidadania e da inclusão social permanece essencial para a consolidação de políticas públicas efetivas e para a defesa do Sistema Único de Saúde como espaço de garantia de direitos e emancipação social. A contribuição dessa pesquisa refere-se ao registro da materialidade do exercício profissional do assistente social na política de saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: https://books.scielo.org/id/htjgj. Acesso em: 19 fev. 2026.

ANDRADE, Fernanda Rodrigues Barbosa *et al*. Precarização do trabalho e saúde mental dos(as) assistentes sociais. **Revista Katálysis**, Florianópolis, vol. 26, n. 2, pp. 232-242, 2023. DOI: 10.1590/1982-0259.2023.e91535. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rk/a/QdGRxJyzXf8kPyKJJrtZF7L/. Acesso em: 27 jan. 2026.

ANTUNES, Ricardo. **O novo proletariado de serviços**: trabalho, precarização e ação sindical**.** São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARAÚJO, Fernanda Hoeppers de *et al.* Serviço social e saúde mental: exercício profissional e adoecimento mental de assistentes sociais. **Anais ABEPSS**, 2024. Disponível em PDF: https://www.abepss.org.br/enpess-anais/public/arquivos/2024/oral/03673.pdf. Acesso em: 27 jan. 2026.

AUER, Andrea Malaine; SILVA, Lenir Aparecida Mainardes da. As demandas sociais apresentadas ao assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Revista Brasileira de Ciências Humanas**, Ponta Grossa, v. 1, n. 5, 2025.

Disponível em: https://atenaeditora.com.br/catalogo/artigo-revista/as-demandas-sociais-apresentadas-ao-assistente-social-nos-centros-de-atencao-psicossocial-caps. Acesso em: 16 fev. 2026.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social**: fundamentos ontológicos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete Salete. O Serviço Social na história. **Revista Libertas**, Juíz de Fora, v. 20, n. 1, 2020. DOI: https://doi.org/10.34019/1980-8518.2020.v20.30270. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/30270. Acesso em: 27 jan. 2026.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 jan. 2026.

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. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 19 fev. 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Brasília, DF: MDS, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Área Técnica de Saúde Mental. Esplanada dos Ministérios. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 19 maio 2026.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Gisele Lavinas (org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 53-87.

BRAZ, Marcelo**. Notas sobre o projeto ético-político do Serviço Social.** *In*: CFESS; ABEPSS. Capacitação em serviço social e política social. Módulo 1. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999.

BUSSULA, Danila Aparecida; OLIVEIRA, Dayane Aparecida Lacerda; VOLPATO, Luci Martins Barbatto. **O trabalho do assistentesocial junto aos portadores de transtorno mental e sua respectiva família**. São Paulo: Atlas, 2014.

CARDOSO, Adalberto; AZAIS, Christian. Reformas trabalhistas e seus mercados: uma comparação Brasil-França. **Caderno CRH**, Salvador, v. 32, n. 86, p. 307-324, ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792019000200307&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 fev. 2026.

CASTRO, Marcela Maria de Albuquerque. **A inserção do serviço social nas políticas de saúde mental no Brasil.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2024. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/59311. Acesso em: 19 fev. 2026.
CASTRO, Rogério. **O Serviço Social como processo de trabalho:** Iamamoto x Lessa. Ideação, v. 14, n. 1, p. 67–85, 2012. DOI:

https://doi.org/10.48075/ri.v14i1.6057. Disponível em: https://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/6057. Acesso em: 01 fev. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010.
CFESS**. Código de ética do/a assistente social**. Lei. 8.662/93 de regulamentação da profissão. -. 10ª. ed. rev. e atual, 2013.

COMPARATO, Fábio Konder. **Curso de direito constitucional**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

CORSI, Thaís Calsoni; MASTRODI, Josué. Trabalho terceirizado: sobre a precarização das condições de trabalho a partir da Lei de Terceirização e da Reforma Trabalhista. **Revista de Direito Econômico e Socioambiental**, Curitiba, v. 9, n. 3, p. 243-270, dez. 2018. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/index.php/direitoeconomico/article/view/18318. Acesso em: 27 jan. 2026.

CORTEZ, Pedro Afonso; ZERBINI, Thais; VEIGA, Heila Magali da Silva. Práticas humanizadas de gestão de pessoas e organização do trabalho: para além do positivismo e do dataísmo. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000300400&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jan. 2026.

COSTA, Hermes Augusto; COSTA, Elizardo Scarpati. Trabalho em call centers em Portugal e no Brasil: a precarização vista pelos operadores. **Tempo social**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 105-127, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702018000100105&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jan. 2026.

COSTA, Tereza Cristina Ribeiro da; MATIAS, Thaisa Simplicio Carneiro. **Política de saúde mental e pandemia: uma contribuição para o debate de um período crítico**. *In*: Eixo temático: Política Social e Serviço Social. Sub-eixo: Políticas Públicas Setoriais, 2024.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira:** uma equação possível?. São Paulo: Cortez, 2010.

DRUCK, Graça; DUTRA, Renata; SILVA, Selma Cristina. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. **Caderno CRH**, Salvador, v. 32, n. 86, p. 289-306, ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792019000200289&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jan. 2026.

EINECK, Luiza; LIMA, Maria da Glória; ALBUQUERQUE, Miriam de Sousa Leão. Precarização do trabalho, saúde mental e suporte institucional a assistentes sociais. **Revista Direitos, trabalho e política social**, Cuiabá, v. 11, n. 21, p. 1-21. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/394759466_PRECARIZACAO_DO_TRABALHO_SAUDE_MENTAL_E_SUPORTE_INSTITUCIONAL_A_ASSISTENTES_SOCIA

IS_PRECARIZACAO_DO_TRABALHO_SAUDE_MENTAL_E_SUPORTE_INSTITUCIONAL_A_ASSISTENTES_SOCIAIS. Acesso em: Acesso em: 27 jan. 2026.

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL. **Acervo histórico institucional**, 1950. Disponível em: https://www.dhnet.org.br/potiguariana/igreja/escola_serv_social/escola_serv_social_03_patio.jpg. Acesso em: 10 jan. 2026.

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL. **Linha do Tempo UFF**: Acervo histórico, 1945. Disponível em: https://linhadotempo.uff.br/sites/default/files/2020-12/1945%20Funda%C3%A7%C3%A3o%20da%20Escola%20de%20Servi%C3%A7o%20Social%20de%20Niter%C3%B3i.jpg. Acesso em: 10 jan. 2026.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

FERNANDES, Andreia Sousa; FIGUEIREDO, Lilian Rolim. A atuação do Serviço Social na política de saúde mental nos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS). **Ciências Humanas**, [*S.l.*], v. 28, ed.133, 2024. DOI:10.5281/zenodo.10929488. Disponível em: https://revistaft.com.br/a-atuacao-do-servico-social-na-politica-de-saude-mental-nos-centros-de-assistencia-psicossocial-caps/. Acesso em: 16 fev. 2026.

FERREIRA, José Wesley. **Questão Social**: apreensão e intervenção no trabalho dos
assistentes sociais. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Porto Alegre, PUCRS, 2008. Disponível em: https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/396. Acesso em: 16 fev. 2026.

GENTILLI, Raquel. **Representações e práticas**: Identidade e processo de trabalho no serviço social - 2. ed. São Paulo: Veras, 1998.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. 6. ed. São Paulo: Loyola, 1995.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. 6. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

HARVEY, David. **O novo imperialismo.** Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no serviço social:** ensaios críticos. São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

LANZA, Líria Maria Bettiol; CAMPANUCCI, Fabrício da Silva; BALDOW, Letícia Orlandi. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 212-220, jul./dez. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rk/a/NjmGnP3tTDkwFgT7KX9cm5x/. Acesso em: 02 fev. 2026.

LEITE, Ewandelina de Moraes Folha. **Processo de trabalho no Serviço Social:** a supervisão acadêmica do estágio curricular em Serviço Social. RevistaFT, [*S.l.*], 2023. DOI:10.5281/zenodo.7602463. Disponível em: https://revistaft.com.br/processo-de-trabalho-no-servico-social-a-supervisao-academica-do-estagio-curricular-em-servico-social/. Acesso em: 02 fev. 2026.

LIMA, Jacob Carlos; MARTINS JUNIOR, Angelo. Mobilidades diferenciadas e ilegalidades institucionalizadas: tendências e contradições do trabalho na contemporaneidade. **Tempo social**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 31-51, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702018000100031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jan. 2026.

MAIA, Natan. **Linha do tempo da Reforma Psiquiátrica no Brasil**, s/d. Disponível em: Timetoast (https://www.timetoast.com/timelines/linha-do-tempo-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil?utm). Acesso em: 15 jan. 2026.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social:** identidade e alienação. 16.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MARX, Karl. **O capital:** crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MEDEIROS, Thais Isabel Huckembeck; GONÇALVES, Claudiane Rockembach; MEDEIROS, Mararosangea Costa. **Serviço social e saúde mental:** desafios na atuação profissional. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas, 2024.

MENEZES, Juliana Souza. A política de saúde nos anos 1990 e 2000: projetos em disputa. *In:* BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

MERÇOM, Luciana Nascimento; CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid. **Processos de Trabalho e a Saúde Mental dos Trabalhadores nos CAPS:** uma revisão integrativa. Contextos Clínicos, 2020. DOI: https://doi.org/10.4013/ctc.2020.132.14. Disponível em: https://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2020.132.14. Acesso em: 02 fev. 2026.

MORAES, Jinadiene da Silva Soares. Desafios e estratégias na atuação das assistentes sociais da saúde em Maceió/AL. **Temporalis**, Brasília, v. 23, n. 46, pp. 236–253, 2023. DOI: 10.22422/temporalis.2023v23n46p236-253. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/42233. Acesso em: 02 fev. 2026.

MORAIS, Michelle Wilnnie Menezes. A história do Serviço Social no Brasil na década de 1980 e as articulações do Serviço Social com vista para os movimentos sociais brasileiros. **Revista Maiêutica – Serviço Social**, Indaial, 2025.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 2009.

MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e transformações na produção capitalista. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al*. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 53-87.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela Santana do. **Serviço Social e políticas sociais:** fundamentos e tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2014.

MOTA, Mirella de Lucena; RODRIGUES, Cleide Maria Batista. **Serviço Social e saúde mental:** um estudo sobre a prática profissional. SER Social, Brasília, v. 18, n. 39, 2015. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v18i39.14645. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14645. Acesso em: 02 fev. 2026.

MOTA, Mirella de Lucena; RODRIGUES, Cleide Maria Batista. **Serviço Social e saúde mental:** um estudo sobre a prática profissional. SER Social, Brasília, v. 18, n. 39, p. 652–671, jul./dez. 2016. DOI: 10.26512/ser_social.v18i39.14645. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14645. Acesso em: 13 jan. 2026.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. *In:* CFESS; ABEPSS. **Capacitação em serviço social e política social.** Módulo 1. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social:** uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política:** uma introdução crítica. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NEVES, Diana Rebello; NASCIMENTO; Rejane Prevot; FELIZ JUNIOR, Mauro; DA SILVA, Fabiano; DE ANDRADE, Rui Otávio Bernardes. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. **Caderno EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 318-330, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512018000200318&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jan. 2026.

OLIVEIRA, Giovana Cândido de; RODRIGUES, Juliana Galvão. Serviço social e cidadania de pessoas em sofrimento psíquico. **Humanidades em Perspectivas**, Curitiba, v. 8, n. 20, 2024. Disponível em: https://www.cadernosuninter.com/index.php/humanidades/article/view/3168. Acesso em: 16 fev. 2026.

OLIVEIRA, Lúcia Raimunda Carvalho. **Serviço social:** um olhar sobre o cenário sócio-histórico de sua origem e a emergência da profissão no Brasil nas décadas de 1930 e 1940. Trabalho de Conclusão de Curso - (Graduação em Serviço Social) Universidade Federal de Alagoas, 2023. Disponível em: http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/14095. Acesso em: 16 fev. 2026.

PACHECO, Valdirene. **O assistente social como profissional de saúde**. Brasília: Portal Saúde, 2011. Disponível em: http://www.portalsaudeevida.com.br/site/SecaoArtigos/materia.php?id=7. Acesso em: 28 jan. 2026.

PEREIRA, Danielle Viana. **Mutação no mundo do trabalho e suas repercussões no Serviço Social.** 2018. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=6397961. Acesso em: 27 jan. 2026.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política social:** temas & questões. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PRADO, Altevir Dias. **Flexibilidade versus proteção trabalhista**: uma análise de 152 países e suas interações com o desenvolvimento humano e socioeconômico. 2018. Tese (Doutorado em Economia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=6372451. Acesso em: 27 jan. 2026.

RAICHELIS, Raquel. **Serviço Social:** trabalho e profissão na contemporaneidade. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 132, p. 406-423, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/. Acesso em: 19 fev. 2026.

RUBIN, Isaak Illich. **A teoria marxista do valor**. Tradução de José Bonifácio de S. Amaral Filho. São Paulo: Brasiliense, 1980.

SABOYA, Marcos A. **Saúde mental:** conceitos e práticas. Rio de Janeiro: [s.n.], 1996.

SANTOS, Cláudia Mônica dos; SOUZA FILHO, Roberto; BACKX, Sheila. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão. *In*: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2013.

SARRETA, Fernanda de Oliveira; BERTANI, Iris Fenner. **Política de saúde no Brasil:** trajetória e desafios. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Ana Tereza de; BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KdmKMKq4mNXjX5kRGHPhx4M/. Acesso em: 19 fev. 2026.

SILVA, Francisco Sousa da. **O trabalho do assistente social na rede de saúde mental:** um olhar voltado para CAPS. RECISATEC – Revista Científica Saúde e Tecnologia, [*S.//.*], v. 3, n. 8, 2023. DOI: 10.53612/recisatec.v3i8.308. Disponível em: https://recisatec.com.br/recisatec/article/view/308. Acesso em: 19 fev. 2026.

SILVA, Maria Guimarães. **Processo de Trabalho e Serviço Social**. Interações, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 35-47, 2014. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/interacoes/article/view/6734. Acesso em: 02 fev. 2026.
SILVA, Maria Liduína de Oliveira; LIMA, Rita de Lourdes de. **O processo de trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 136, p. 566-583, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/. Acesso em: 19 fev. 2026.

SILVA, Silvio Fernandes da Silva. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, Jun 2011. Scielo. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Nr8zSpfMvdVMzZdb7DFXNSv/?format=html&lang=pt. Acesso 03 jan. 2026.

SHUTTERSTOCK. **Ilustrações**, 2026. Disponível em: https://www.shutterstock.com/pt/image-illustration/swing-between-financier-people-who-come-211080088?dd_referrer=. Acesso em: 13 jan. 2026.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. *In*: CFESS; ABEPSS. **Capacitação em serviço social e política social**. Módulo 1. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.); ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; BISNETO, José Augusto. **Saúde mental e serviço social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2022.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros:** desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. *In:* CFESS; ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p.17. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/servicosocial_direitos_sociais2009.pdf. Acesso em: 19 fev. 2026.