

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

LETICIA DE OLIVEIRA TESSARIN

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
trabalho profissional pela garantia da qualidade de vida em tempos de
redução-violação de direitos e pandemia**

FRANCA

2023

LETICIA DE OLIVEIRA TESSARIN

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
trabalho profissional pela garantia da qualidade de vida em tempos de
redução-violação de direitos e pandemia**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social

Orientadora: Prof.^a Dra. Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

FRANCA

2023

T338s Tessarin, Leticia de Oliveira
 Serviço social e saúde mental : trabalho
 profissional pela garantia da qualidade de vida em
 tempos de redução-violação de direitos e pandemia /
 Leticia de Oliveira Tessarin. -- Franca, 2023
 55 f. : tabs.

 Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado -
 Serviço Social) - Universidade Estadual Paulista
 (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais,
 Franca
 Orientadora: Andréia Aparecida Reis de Carvalho
 Liporoni

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp,
Biblioteca da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados
1. CAPS 2. saúde mental 3. assistente social 4.
pandemia 5. Título
fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

LETICIA DE OLIVEIRA TESSARIN

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
trabalho profissional pela garantia da qualidade de vida em tempos de
redução-violação de direitos e pandemia**

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: _____

Prof.^a Dra. Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – FHCS/Franca

1º Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – FHCS/Franca

2º Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Adriana Giaqueto Jacinto
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – FHCS/Franca

Franca, ____ de _____ de 2023

Dedico este trabalho a todos/as profissionais que permanecem na luta por uma sociedade mais justa, pela efetivação dos direitos sociais e contra todas as formas de exclusão, segregação e preconceito, e, principalmente, contra governos antidemocráticos e fascistas que violem os direitos humanos.

Que o sinônimo de vida das pessoas com transtornos mentais não seja o isolamento e maus tratos, mas sim o tratamento digno, com cuidado, respeito às individualidades, a concretização de sua cidadania, autonomia e liberdade.

Aos meus familiares e amigos que sempre me apoiaram e estiveram comigo nesse processo de (des) construção e amadurecimento pessoal e profissional, obrigada por me ajudarem nessa caminhada, o carinho e o amor de vocês foi essencial!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Marionice e Sérgio, que sempre estiveram ao meu lado, cuidando, apoiando e incentivando os meus sonhos – me espelho em vocês a cada passo que dou pois são o maior exemplo de garra, respeito, dedicação e amor. Sem vocês nada disso seria possível, meu maior agradecimento é a vocês e todas as minhas conquistas são dedicadas a vocês.

Ao meu irmão, Rafael, por ser meu ombro amigo e de sangue, que me inspira a ser uma pessoa melhor a cada dia. Admiro sua força, inteligência, dedicação e paixão pela vida. Uma das grandes sortes da vida é ser sua irmã.

À minha professora, Andréia Liporoni, que em meio a tantos compromissos aceitou me orientar na conclusão desse ciclo tão importante. Às suas aulas que me trouxeram grandes reflexões, principalmente, em torno da saúde pública do nosso país, instigando a formulação deste trabalho.

Assim, agradeço a todos profissionais que contribuíram na minha formação e aos amigos que fiz ao longo dessa caminhada, compartilhando histórias, ensinamentos, vivências, angústias acadêmicas, festas/comemorações e almoços no RU, levo vocês no coração com imensas saudades e com a certeza de que sempre estaremos juntos pois o que a UNESP uniu, a vida não separa.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Relação da existência de CAPS no Brasil por Estado nos últimos 10 anos.....	29
TABELA 2	Modalidades de CAPS pelo Estado de São Paulo em 2023.....	31

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

EC – Emenda Constitucional

DRU – Desvinculação das Receitas da União

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

PCTM – Pessoas com transtornos mentais

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

MS – Ministério da Saúde

GM – Gabinete do Ministro

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

PEP – Projeto Ético-Político

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a importância do trabalho profissional desenvolvido pelos assistentes sociais junto a população atendida nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) à luz do Projeto Ético Político da profissão. Para atingir os objetivos específicos de refletir sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a implementação dos CAPS, conhecendo sua estrutura organizacional, o estudo partiu da análise sobre a luta histórica e, ainda permanente, para a conquista e afirmação dos direitos das pessoas com transtornos mentais que se deu por meio, principalmente, da Reforma Psiquiátrica e a implementação dos CAPS no território brasileiro, correlacionando-a com a atuação, as competências e atribuições privadas do assistente social nos CAPS em meio à maior crise sanitária já vivenciada mundialmente, onde presenciamos o retrocesso dos direitos humanos, sociais e culturais, e o negacionismo do Governo Federal em tomar atitudes condizentes e necessárias com as recomendações científicas e da Organização Mundial da Saúde (OMS). A pesquisa realizada se caracteriza como bibliográfica de abordagem qualitativa, utilizando como base de dados livros e artigos que envolvem os temas CAPS, Reforma Psiquiátrica Brasileira, saúde mental, pandemia e da atuação de assistentes sociais, baseado na perspectiva crítico-dialética. Ficou evidente que a produção teórica a respeito desse tema ainda é escassa, sendo necessário maior aprofundamento e produção científica a fim de gerar maior conscientização e debate acerca do assunto. A pesquisa bibliográfica aponta a importância do Serviço Social e do trabalho destes profissionais na garantia dos direitos que envolvem o processo saúde-doença no âmbito do CAPS em meio a pandemia. Com isso, concluiu-se que apesar das modificações frente a pandemia, que colocou novos desafios e uma nova conjuntura para o trabalho dos assistentes sociais, dificultada ainda mais pelo Governo Bolsonaro e seu projeto neoliberal, genocida, protofascista e negacionista, esses trabalhadores mostraram sua capacidade propositiva e de resistência em defesa da vida e dos direitos, exercendo sua relativa autonomia profissional em detrimento do bem-estar dos cidadãos, contribuindo consideravelmente para a qualidade da saúde mental dos usuários por meio da garantia de direitos essenciais para uma vida com mais qualidade e saúde.

Palavras-chave: CAPS; Saúde Mental; Assistente Social; Pandemia.

ABSTRACT

This research aims to understand the importance of the professional work developed by social workers with the population served in the Psychosocial Care Centers (CAPS) in the light of the Ethical Political Project of the profession. To achieve the specific objectives of reflecting on the Brazilian Psychiatric Reform and the implementation of CAPS, knowing its organizational structure, the study started from the analysis of the historical and still permanent struggle for the conquest and affirmation of the rights of people with mental disorders that occurred mainly through the Psychiatric Reform and the implementation of CAPS in the Brazilian territory, correlating it with the performance, competencies and private attributions of the social worker in CAPS in the midst of the greatest health crisis ever experienced worldwide, where we witness the regression of human, social and cultural rights, and the negationism of the Federal Government in taking attitudes consistent and necessary with the scientific recommendations and the World Health Organization (WHO). The research carried out is characterized as bibliographic with a qualitative approach, using as a database books and articles that involve the themes CAPS, Brazilian Psychiatric Reform, mental health, pandemic and the performance of social workers, based on the critical-dialectical perspective. It was evident that the theoretical production on this topic is still scarce, requiring greater depth and scientific production in order to generate greater awareness and debate on the subject. The bibliographic research points out the importance of Social Work and the work of these professionals in guaranteeing the rights that involve the health-disease process within the CAPS in the midst of the pandemic. With this, it was concluded that despite the changes in the face of the pandemic, which posed new challenges and a new conjuncture for the work of social workers, made even more difficult by the Bolsonaro Government and its neoliberal, genocidal, protofascist and negationist project, these workers showed their propositional and resistance capacity in defense of life and rights, exercising their relative professional autonomy to the detriment of the well-being of citizens, contributing considerably to the quality of users' mental health by guaranteeing essential rights for a life with more quality and health.

Keywords: CAPS; Mental Health; Social Worker; Pandemic.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. CONTEXTUALIZANDO AS TRANSFORMAÇÕES NO TRATAMENTO E DAS INSTITUIÇÕES MANICOMIAIS	14
1.1 Reforma psiquiátrica e a implantação dos serviços substitutivos	14
1.2 CAPS: a porta de entrada para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	23
2. SAÚDE MENTAL, O DIREITO À QUALIDADE DE VIDA E O TRABALHO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS	34
2.1 Competências e atribuições privativas do assistente social a luz do projeto ético-político.....	35
2.2 Precarização do trabalho profissional e da vida dos usuários: realidade escancarada pela pandemia e agudizada por ela	42
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo geral compreender o trabalho profissional desenvolvido pelos assistentes sociais junto a população atendida nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) à luz do Projeto Ético Político da profissão. Tem como objetivos específicos: refletir sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Implementação dos Centros de Atenção Psicossocial; e conhecer a estrutura organizacional dos CAPS.

A saúde mental é permeada por questões que vão muito além do âmbito psicológico, como também do social, cultural, econômico e político. Para a garantia da saúde mental é necessário o acesso igualitário a direitos e serviços essenciais para manutenção e reprodução da vida social, espaços que são atravessados por desigualdades sociais e econômicas além de preconceitos, principalmente, quando se trata de pessoas com transtornos mentais que sofrem com o estigma e a segregação como forma de tratamento desde os primórdios da saúde.

A história da atenção a pessoas com transtorno psicossocial passou por diversos processos e as pessoas por diversos sofrimentos até chegar ao formato de atendimento na atualidade. Com a ascensão de movimentos em prol da ruptura com o modelo hospitalocêntrico se dá início a Reforma Psiquiátrica, contando com o apoio de trabalhadores, usuários, familiares e simpatizantes na reivindicação de mudanças profundas nas instituições e no tratamento com as pessoas institucionalizadas, por meio, principalmente, de conferências e congressos, que culminaram na conquista de leis, serviços substitutivos e no tratamento com dignidade humana. Contudo, os mais de 50 anos dessa luta sempre foram permeados por empecilhos, seja ele de caráter ideopolítico, mercadológico ou biomédico, fazendo com que até o momento se presencie o constante desmonte das políticas sociais e ainda, a permanência e sucessivas tentativas de fortalecimento de serviços de caráter hospitalocêntrico, institucionalizadores e desumanos devido a sua geração de lucro à lógica neoliberal, em detrimento do sofrimento humano.

Na última década passamos por vários governos, algumas medidas que intensificaram o desmonte das políticas sociais em que podemos destacar a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016, a manutenção da Desvinculação das Receitas da União (DRU) e a sua ampliação de 20% para 30%, as

contrarreformas trabalhista e previdenciária. E para complexificar ainda mais enfrentamos a pandemia de covid-19 a partir de 2020.

Desse modo, em meio ao quadro crítico humanitário e de saúde global colocado a partir de 2020 presenciamos a prevalência e a intensificação de ações neoliberais, o fortalecimento de serviços privados e o enfraquecimento dos SUS e dos CAPS em detrimento do maior investimento em serviços que retomam práticas manicomiais, colocando em risco a luta histórica travada por trabalhadores, usuários, familiares e simpatizantes da Reforma Psiquiátrica e de seus princípios, gestado por um governo que prioriza o lucro acima de qualquer necessidade humana básica.

Para atingir os objetivos aqui elencados foi utilizada como caminho metodológico a pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa, a partir de uma revisão bibliográfica e com base em documentos essenciais ao tema baseado na perspectiva crítico-dialética, apresentando uma visão geral sobre a importância do assistente social nos CAPS no atendimento às pessoas com transtornos mentais e também em meio à maior crise sanitária já vivenciada mundialmente.

De acordo com Severino (2013,), a pesquisa bibliográfica é aquela que

[...] se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos. (SEVERINO, 2013, p. 106)

Nesse sentido, o trabalho partiu sobre a perspectiva de reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a implementação dos CAPS no Brasil como conquista da luta pela mudança no tratamento das pessoas com transtornos mentais, se constituindo enquanto primeiro serviço substitutivo à lógica manicomial e hospitalocêntrica, visando a desospitalização e a desinstitucionalização, de base comunitária e convívio social, com tratamento em liberdade, autonomia, reinserção social e garantia da cidadania, tantas vezes negada e cerceada. Após essa reflexão, buscou-se conhecer o trabalho desenvolvido pelo serviço social nos CAPS por meio da análise de suas competências e atribuições a luz do projeto ético-político da categoria com um olhar crítico e analítico a partir da precarização do trabalho e da vida da população, propagada pela aceleração da pandemia diante de uma gestão desarticulada, despreocupada, negacionista e genocida, cenário no qual o assistente

social lutou diariamente para asseverar melhores condições de vida e trabalho, arranjando e descobrindo novas formas de prestar o atendimento, escuta e acolhimento, mesmo com o medo e o receio de serem as próximas vítimas do vírus.

1. CONTEXTUALIZANDO AS TRANSFORMAÇÕES NO TRATAMENTO E DAS INSTITUIÇÕES MANICOMIAIS

Na primeira parte deste trabalho serão tratados temas relativos a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e a implementação dos serviços substitutivos, em destaque os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a fim de auxiliar na compreensão da importância do trabalho profissional de assistentes sociais com a melhoria da qualidade de vida/saúde mental dos usuários desse serviço em meio a pandemia da covid-19, objeto de análise que será aprofundado na segunda parte desta pesquisa.

Além disso, foi feita uma breve exposição a respeito das modalidades de CAPS a fim de colaborar com a análise a respeito da existência desse serviço durante um período de 10 anos, buscando entender a implementação, o avanço e as dificuldades enfrentadas dos CAPS durante esse tempo, avaliando a sua distribuição por todo território brasileiro e em especial, no Estado de São Paulo, local de maior concentração desse serviço.

Para atingir o objetivo de refletir sobre a RPB e a implementação dos CAPS no Brasil foi feita uma pesquisa bibliográfica e documental baseada na perspectiva crítico-dialética analisando alguns autores que produziram em torno desta temática, como Eduardo Vasconcelos (2002), Lúcia Rosa (2013), Rosana Campos (2013), Daniel Alves et al (2020), Ellayne Silva (2014) e outros, bem como textos formulados pelo CFESS Manifesta, dados coletados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, além de documentos essenciais como a Constituição Federal de 1988 e as diversas leis que fundamentam a implementação da saúde e da saúde mental, como a Lei nº 8.080 de 1990 e a Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, materiais que contribuíram de maneira significativa para atingir o objetivo deste trabalho.

1.1 Reforma Psiquiátrica e a implantação dos serviços substitutivos

A atenção em saúde mental, em sua origem, esteve direcionada a contenção, a exclusão, segregação e isolamento das pessoas com transtornos mentais, improdutivas para o capital, indigentes, pobres, negros e pessoas consideradas

desordeiras, que colocariam o status quo e o funcionamento da sociedade em perigo, como aconteceu durante a ditadura militar no Brasil (1964-1985) onde manifestantes, reivindicadores de direitos sociais e políticos, sindicalistas e pessoas de esquerda eram capturadas pelos militares e presas nestas instituições (manicômios e hospícios) que, no início, tinham o objetivo de controle social e “proteger a população sã dos infectados” (DUCATTI, 2015, p. 269).

Retirava-se da sociedade e isolava-se, não para cuidar, mas para excluir aqueles que eram vistos como irrelevantes para o funcionamento da comunidade, criando-se uma prisão social ao invés de um espaço de cuidado, de reconhecimento dos direitos e de pertencimento.

Assim, como aponta Rosa e Campos (2013, p. 312) “esse modelo assegurava determinado rol de serviços sociais, tais como o abrigo e a assistência médica, mas suprimia a liberdade, obstaculizando a assunção da condição cidadã desse segmento”, isto é, estas instituições eram feitas de lares/abrigos, abarcando 100% da vida social dos usuários, o que colocava em xeque diversos direitos civis, humanos, sociais e culturais, em conjunto com negligências, maus tratos e abusos físicos, psicológicos e braçais desses cidadãos em prol de um Estado policialista e higienistas que colocava (e ainda coloca) o lucro, a “modernização”, os interesses da burguesia e do grande capital acima do bem-estar e dos direitos dos cidadãos – país para avançar precisa de pessoas aptas para contribuir com o capital, quando não aptas devem ser isoladas, colocadas de lado, abandonadas e sem suporte para que não atrapalhem ou impeçam a sociedade e o mercado de prosperarem.

É então, durante a década de 1970, em meio a ditadura, que os movimentos em prol da ruptura com este modelo hospitalocêntrico entram em cena, questionando as condições, saberes e práticas acerca do tratamento com as pessoas com transtornos mentais, reivindicando melhores condições no mesmo, o reconhecimento dos direitos dessas pessoas, em destaque o direito a convivência comunitária e familiar, e melhor assistência no processo saúde-doença – visto que o conceito de saúde abarca outras esferas sociais da vida devido a sua amplitude, como definido na Constituição da OMS¹ em 1946 “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”

¹A Constituição da OMS estabeleceu-se enquanto espaço de formulação de princípios essenciais “para a felicidade dos povos, para suas relações harmoniosas e para a sua segurança” (OMS/WHO, 1946), abarcando a saúde como um dos pilares fundamentais para a vida em sociedade e de qualidade.

(OMS, 1946), sendo impossível “desvincular a saúde de outros fatores que são partícipes da vida de qualquer ser humano, como seu espaço na sociedade e consequências da participação do indivíduo nesta” (SILVA; CHAI, 2018, p.987), como sua classe social, trabalho, moradia, questões étnico-raciais, de gênero, culturais, dentre outras – que possuem forte influência em como são vistas, tratadas e integradas pelo resto da sociedade, uma sociedade excludente, preconceituosa e segregadora.

Diante disso, emerge, em 1978 o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) como uma “crítica radical ao modelo asilar/hospitalar, ou seja, era necessário o total rompimento” (ALVES *et al.*, 2020, p. 177) com a ordem vigente, visto que esses trabalhadores denunciavam, além das condições de trabalho precárias, os maus tratos e violência que os internados eram submetidos.

O movimento se organizou e propôs como principais objetivos: a não criação e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, regionalização e integração dos setores de serviços e ações em saúde mental em áreas de referência, controle das internações nos hospitais psiquiátricos (públicos e privados) por meio das emissões de autorização de internação hospitalar (AIH), expansão da rede ambulatorial composta por equipes multiprofissionais em saúde mental e a humanização e reinserção social dos asilos com auxílio das mesmas equipes (VASCONCELOS, 2000).

Mas é apenas em 1987 que o movimento ganha destaque e suporte por meio da I Conferência Nacional de Saúde Mental (como um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde) e o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental – conhecido como o Congresso de Bauru, fazendo com que o MTSM se transformasse no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), onde “deixa de ser uma organização meramente de trabalhadores da saúde mental para assumir-se enquanto um movimento social com participação dos usuários, familiares e simpatizantes” (PASSOS; PORTUGAL, 2015, p. 93).

Deste congresso, deu-se origem o Manifesto que Bauru, documento que firma o compromisso com o lema do movimento – “Por uma sociedade sem manicômios!” e contra a exclusão e a discriminação:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos

claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada (MANIFESTO DE BAURU, 1987, p. 537)

E ainda vai além, dizendo que tal movimento deve estar alinhado e lutando em conjunto com outros movimentos sociais por uma sociedade mais justa e igualitária, sem opressões e contra a mercantilização da doença.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (MANIFESTO DE BAURU, 1987, p. 537)

Dessa forma, os movimentos e reivindicações por mudanças na estrutura da atenção em saúde mental ganham força durante uma das décadas de maior efervescência política e social do Brasil, assim como outros movimentos exigindo a redemocratização do país e o reconhecimento dos direitos humanos, sociais, culturais, civis e políticos da população, tendo em vista o longo período de ditadura e de repressão militar e política que o país fora submetido por mais de 20 anos². A Reforma Psiquiátrica foi um desses movimentos – contemporânea ao movimento de Reforma Sanitária e da Luta Antimanicomial, mas aqui trataremos destaque a RPB.

Sob forte influência do modelo desenvolvido e incentivado por Franco Basaglia³ na Itália, buscava condições mais dignas e menos isolacionistas no tratamento com as pessoas com transtorno mental – tratar em liberdade e em sua totalidade, abarcando todo o contexto social do usuário. Desse modo, deixava-se de controlar, conter e medicalizar as pessoas que fugiam do “padrão de comportamento” para exigir “a presença do Estado na proteção social à pessoa com transtorno mental e a seus

²O Brasil viveu em regime militar durante 21 anos, sendo instaurado a partir de 1964 e com término em 1985 por meio de lutas, resistências e reivindicações da população, trabalhadores e manifestantes em defesa da vida e dos direitos humanos, sociais e políticos, e contra a censura, a repressão e a violência policial.

³ Franco Basaglia (1924-1980) foi um importante psiquiatra italiano e pensador a respeito do tratamento destinado nas instituições manicomiais, incitando um movimento de reforma psiquiátrica que serviria de exemplo para o Brasil e o mundo por meio de mudanças significativas por traz do tratamento e o pertencimento das pessoas hospitalizadas na sociedade, suscitando o fim dos manicômios e das instituições isolacionista, a desospitalização e a desinstitucionalização pelo convívio social, o direito à cidadania, liberdade e autonomia do indivíduos.

familiares, reconstruindo a complexidade do viver com o transtorno mental, no sentido de reinventar a vida e produzir saúde” (SILVA; ROSA, 2014, p. 253)

Assim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi se efetivando gradativamente ao longo desse período por meio de ações e lutas organizadas, principalmente, pelo MTSM/MLA e por exigências feitas pelos familiares e usuários no processo saúde-doença que, segundo Vasconcelos (2000, p. 22) iniciaram “um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época”.

Vale destacar três pilares que deram sustentação para a reforma psiquiátrica: a desinstitucionalização e desconstrução dos manicômios, a descentralização da internação para o cuidado em comunidade e uma rede diversificada de Atenção à Saúde Mental de modo a reconstruir e integrar as necessidades sociais à enfermidade (SILVA; ROSA, 2014), isto é, dar destaque ao usuário e seu contexto de vida e não levando em consideração somente a doença.

Isto posto, é após um longo período de lutas e reivindicações, que se tem como fruto desse processo em conjunto com o movimento de redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988, considerada como “constituição cidadã” devido ao seu caráter humanitário comprometido com os diversos direitos da população e a ampla participação popular em sua formulação. Em meio a esses direitos, traz-se destaque para o conjunto da seguridade social – saúde, previdência social e assistência social, em especial, neste estudo, sobre a saúde mental (que integra o Sistema Único de Saúde – SUS), como parte do art. 194 da Constituição “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).

É a partir desse avanço constitucional que a política de saúde começa a ser estruturada. Por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, é que o Sistema Único de Saúde tem sua base legal para entrar em vigor e promover, proteger e recuperar a saúde da população (BRASIL, 1990), cumprindo com o disposto pela Constituição de 1988 em seu artigo 196, “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Ainda que um dos princípios do SUS seja a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990), sabe-se que a realidade não é exatamente essa. Persistem atendimentos baseados na cor, no gênero, na classe social, na cultura e dentre outros fatores sociais, além de se depararem em muitos momentos diante de tratamentos precarizados devido ao financiamento insuficiente, culminando em equipes reduzidas e até despreparadas, o que significa que por mais que esteja na legislação, o tratamento com essas pessoas é direcionado mediante serviços sucateados permeados por preconceitos, discriminações, estigmas, maus tratos, servindo uma assistência “pobre para os pobres” (ROSA; CAMPOS, 2013, p. 318), que sofre com o seu desmonte por meio de políticas neoliberais, que incentivam a privatização e a seletividade e um enorme e crescente desfinanciamento desde sua criação, fazendo com que o ideário de que “o público é ruim” ganhe força e se instale na mentalidade da sociedade, exaltando-se os serviços privados, cada vez mais procurados, colocando o conceito de saúde universal, gratuita e dever do Estado de lado.

Logo, paradoxalmente, no mesmo período em que temos o avanço com a Constituição de 1988 e com a RPB, é o mesmo período em que a política neoliberal adentra o país por meio da abertura do então presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), ou seja, um avanço significativo com a conquista de inúmeros direitos para os cidadãos, mas um retrocesso em sua efetivação devido aos ideais do neoliberalismo, que pregam a privatização, a focalização/seletividade e a desresponsabilização do Estado frente a uma intervenção social para uma atuação mínima, que seria na economia, sendo a desigualdade social um fator natural a ser superado pelo próprio cidadão (princípio da meritocracia), transferindo responsabilidades estatais para a população sem dar o devido suporte – a sobrecarregando com deveres que por dever de cidadania, seriam do Estado, fazendo com que os princípios da Reforma, da Constituição e do SUS sejam ignorados, contribuindo para um aumento significativo das expressões da questão social.

Em meio a esse cenário de avanços e retrocessos, é apenas em 2001 que a Reforma Psiquiátrica se concretiza por meio da Lei nº 10.216 – A Lei da Reforma Psiquiátrica, dispondo sobre a proteção e os direitos das PCTM, redirecionando o modelo de assistência em saúde mental (BRASIL, 2001).

Apesar de ela já ser reivindicada desde 1989 pelo Deputado Paulo Delgado, por meio do Projeto de Lei nº 3.657/1989, que propunha a extinção dos manicômios e a sua substituição por serviços assistenciais mais humanizados, além da internação psiquiátrica somente quando os recursos extra hospitalares fossem insuficientes, ela foi ignorada até sua efetiva promulgação em 2001, 12 anos depois, demonstrando o atraso para sua concretização mas um grande passo em direção a um tratamento mais alinhado com os princípios da reforma.

Como aponta Alves et al (2020, p. 167), a lei “não especificou novos modelos de atenção, mas apenas a necessidade de desinstitucionalização de pacientes em internações psiquiátricas de longa duração” fazendo com que os manicômios/hospícios ainda permanecessem em funcionamento devido à falta de serviços substitutivos a esse modelo hospitalocêntrico.

Apesar do surgimento do primeiro serviço substitutivo, o CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” na cidade de São Paulo (1987), ter se dado muito antes da Lei da Reforma Psiquiátrica entrar em vigor (2001), ainda não se encontrava nos moldes de atendimento preconizados pelos movimentos, visto que não tinha capacidade para atender toda a demanda devido ao seu porte e seu funcionamento somente durante a semana 8 horas por dia, fazendo com que aqueles que precisavam de atendimento integral, territorial ou fora do horário comercial não fossem incluídos; mas expressava importantes avanços alinhados com os princípios da reforma, como a reinserção social, fortalecimento de vínculos, lazer e outras atividades estimuladoras da participação e incentivo social, a atenção comunitária e o cuidado em liberdade (UNIAD, Portal da Saúde, 2017; CAPS SPDM Afiliadas, online)

Os CAPS com a estrutura e funcionamento como conhecemos atualmente se deu em 2002 regulamentados pela Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (mas antes, antiga Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992), estabelecendo suas modalidades por porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002), um ano após a III Conferência Nacional em Saúde Mental “Cuidar, sim. Excluir, não – efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social” que definiu como diretrizes para a desinstitucionalização a superação do modelo asilar, a organização e produção da rede e dos serviços substitutivos, os serviços residenciais terapêuticos e o trabalho e a geração de renda, como meio de

produção de autonomia e de direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais.

O CAPS, considerado a porta de entrada para os demais serviços, é destaque neste estudo e será aprofundado na próxima parte.

A partir de 1991, a Coordenação Nacional de Saúde Mental começa a publicar portarias a fim de construir uma Rede de Saúde Mental no Brasil, que se concretiza em 2011, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, “para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011).

É por meio desta rede que os serviços substitutivos ganham forma e força para se efetivarem na sociedade e fazerem a diferença no tratamento e no cuidado com as pessoas com transtornos mentais, por meio dos seus mais variados serviços, que são eles: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Equipe de Consultório na Rua, Centros de Convivência e Cultura, os CAPS, atenção de urgência e emergência, Unidade de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial, atenção hospitalar, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC) e estratégias de reabilitação psicossocial.

Deste modo, os serviços substitutivos começam a ser planejados e colocados em prática com apoio legal para sua efetividade e eficiência. Porém, como destaca Alves et al (2020), a Reforma Psiquiátrica Brasileira “é incompleta e hibridiza com diferentes perspectivas de saúde, o que foi constatado pela permanência de características asilares (o arcaico) em conjunto com serviços de caráter substitutivo (o moderno)”, em outras palavras, o surgimento dos serviços substitutivos não fez com que a lógica e a mentalidade médica/asilar deixassem de existir devido aos interesses da burguesia e do Estado na geração de lucro por meio destes serviços, principalmente os privados, assim como a falta de informação e de disposição para mudar esse sistema e esse ideário, sendo necessário uma vigilância e luta constante para assegurar e garanti-los e a melhoria dos serviços essenciais a esta população que sofre com estigmas, preconceitos, falta de acesso as melhores condições e serviços que abarquem com qualidade e integralmente suas necessidades.

Em suma, fica exposto que ainda que a Reforma Psiquiátrica esteja alicerçada nos princípios do SUS (acesso integral, universal, gratuito, com equidade e

intersectorialidade), as dificuldades para sua manutenção são inúmeras, assim como as tentativas de contrarreformas que colocam em xeque os princípios e o direitos desta parcela da população, que foram arduamente conquistados por um longo período.

Desde sua implementação, ela vem sofrendo com tentativas de desmonte, reflexo da agenda neoliberal imposta no Brasil desde os anos 1990 conforme destacado anteriormente.

Constatando que o arcaico ainda prevalece na mentalidade, nas ações e nos serviços prestados, sobretudo, no último Governo Federal (Bolsonaro – 2018/2022) - conservador que desfinancia políticas públicas para investir no setor privado e na precarização do trabalho e da vida da população.

Os últimos anos foram ainda mais desafiadores para o Brasil, em especial, desde o impeachment da presidenta Dilma Roussef e da entrada no poder pelos presidentes Michel Temer e posteriormente Jair Messias Bolsonaro.

Com o governo Temer houve algumas mudanças estruturais que impactam na Seguridade Social, como a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016, a ampliação da Desvinculação das Receitas da União (DRU) de 20% para 30% e da contrarreforma trabalhista que precariza ainda mais as relações de trabalho.

Diante do atual cenário de impasses para a concretização e efetivação da RPB (conservadorismo aliado a insuficiente financiamento das políticas sociais), com a agenda neoliberal de desresponsabilização do Estado, a crise pandêmica da covid-19, a crise econômica do capital que já se arrasta desde a o início da década de 2010, crise política, crise institucional e o subfinanciamento do principal sistema de saúde do país, se faz necessário políticas contrárias a estas. Ou seja, políticas preocupadas com o social, de responsabilização do Estado diante da proteção social e o financiamento e maior alocação de recursos para a saúde, para que essas ações e serviços produzam mudanças significativas e reais na vida dos usuários e seus familiares, fortalecendo o caráter universal e de qualidade da Política de Saúde historicamente conquistada, bem como os princípios da RPB – abarcando as múltiplas necessidades sociais, a atenção psicossocial, com cuidado comunitário, em regime aberto e em liberdade, na perspectiva da cidadania e autonomia.

1.2 CAPS: a porta de entrada para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Dentre todos os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), trataremos especificadamente, nesta parte, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que são considerados a porta de entrada para os demais serviços, sendo um importante articulador da rede.

Como já apontado anteriormente, o surgimento do primeiro CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” na cidade de São Paulo em 1987 se deu devido a necessidade de serviços substitutivos à lógica hospitalocêntrica e manicomial, que além de privar os usuários de liberdade, autonomia e cidadania, ainda eram expostos a situações de exploração, violência, tortura e maus tratos diante de uma lógica excludente e ajustadora – era necessário ajustar essas pessoas e seus comportamentos.

Assim, surge o 1º CAPS do Brasil, em São Paulo, no ano de 1987, no momento em que os movimentos denunciavam as péssimas condições de tratamento e trabalho, e reivindicavam melhoras no mesmo, bem como o reconhecimento dos direitos das pessoas com transtornos mentais por meio de movimentos sociais, Conferências e Conselhos em saúde mental, com a participação de usuários, familiares, trabalhadores da área e simpatizantes.

Em 1992, com a Portaria SAS/MS nº 224, regulamenta-se as diretrizes e normas para o funcionamento dos serviços em saúde mental, como os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), UBS, Centros de Saúde, Hospital-dia, entre outros, onde os assistentes sociais podem compor a equipe multiprofissional. Salienta-se que esta foi atualizada pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

A Portaria GM/MS nº 336 de 2002 inova e estabelece novas modalidades de CAPS, de acordo com o porte/complexidade e abrangência populacional. Destaca que em qualquer das modalidades deverão funcionar “independente de qualquer estrutura hospitalar” e “estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo”, com atenção diária (BRASIL, 2002).

As modalidades de CAPS seguem a seguinte disposição:

- CAPS I: são os de menor porte, capazes de operar em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, podendo funcionar das 08h às 18h durante os cinco dias úteis da semana. Contam com uma equipe técnica de no mínimo 9 profissionais de nível superior e médio, entre os quais se encontra o assistente social. São habilitados para atender 20 pacientes por turno, com um limite máximo de 30 pacientes por dia (BRASIL, 2002).
- CAPS II: classificados como de médio porte, são capazes de operar em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, podendo funcionar das 08h às 18h durante os cinco dias úteis da semana, havendo a possibilidade de um turno extra até as 21h. Contam com uma equipe técnica de no mínimo 12 profissionais de nível superior e médio, entre os quais se encontra o assistente social. São habilitados para atender 30 pacientes por turno, com um limite máximo de 45 pacientes por dia (BRASIL, 2002).
- CAPS III: são os de maior porte e alta complexidade, sendo capazes de operar em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Classificado como serviço de atendimento de urgência e emergência visto que funcionam 24h por dia (feriados e finais de semana também), possuem no máximo 5 leitos para repouso e/ou observação de curta duração. Contam com uma equipe técnica de no mínimo 16 profissionais de nível superior e médio, entre os quais se encontra o assistente social. São habilitados para atender 40 pacientes por turno, com um limite máximo de 60 pacientes por dia (BRASIL, 2002).
- CAPS i II: são especializados no atendimento com crianças e adolescentes, podendo funcionar das 08h às 18h durante os cinco dias úteis da semana, havendo a possibilidade de um turno extra até as 21h. Desenvolvem atividades intersetoriais com áreas como educação, justiça e assistência social. Contam com uma equipe técnica de no mínimo 11 profissionais de nível superior e médio, entre os quais se encontra o assistente social. São habilitados para atender 15 crianças e/ou adolescentes por turno, com um limite máximo de 25 pacientes por dia (BRASIL, 2002).

- CAPS ad II: são especializados no atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, operando em municípios com população acima de 70.000 habitantes. Funcionam das 08h às 18h durante os cinco dias úteis da semana, havendo a possibilidade de um turno extra até as 21h – disponibilizam de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. Contam com uma equipe técnica de no mínimo 13 profissionais de nível superior e médio, entre os quais se encontra o assistente social (BRASIL, 2002).

A composição das equipes multiprofissionais mínimas para o atendimento da demanda das respectivas modalidades de CAPS segue a seguinte disposição:

- CAPS I: 01 médico com formação em saúde mental, 01 enfermeiro, 03 profissionais de nível superior como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto e 04 profissionais de nível médio como técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).
- CAPS II: 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 04 profissionais de nível superior como psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto e 06 profissionais de nível médio como técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).
- CAPS III: 02 médicos psiquiatras, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 05 profissionais de nível superior como psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto e 8 profissionais de nível médio como técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Em plantões noturnos de 12h, a equipe deve ser composta por 03 técnicos/auxiliares de enfermagem (sob supervisão do enfermeiro do serviço) e 01 profissional de nível médio da área de apoio. Em plantões aos sábados, domingos e feriados de 12h, a equipe deve ser composta por 01 profissional de nível superior como médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social,

terapeuta ocupacional ou outro profissional necessário ao projeto, 03 técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem (sob supervisão) e 01 profissional de nível médio da área de apoio (BRASIL, 2002).

- CAPS i II: 01 médico psiquiatra, ou neurologista, ou pediatra com formação em saúde mental, 01 enfermeiro, 04 profissionais de nível superior como psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto e 05 profissionais de nível médio como técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).
- CAPS ad II: 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 01 médico clínico responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento, 04 profissionais de nível superior como psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto e 06 profissionais de nível médio como técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).
- CAPS AD IV: em turnos diurnos deve contar com 01 médico clínico, 02 médicos psiquiatras, 02 enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental, 06 profissionais de nível universitário como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico, 06 técnicos de enfermagem e 04 profissionais de nível médio; já em turnos noturnos a equipe deve ser composta por 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental e 05 técnicos de enfermagem (BRASIL, 2017).

Todas as modalidades devem ser capacitadas para desenvolver atividades, tais como: individuais – medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros; em grupos – psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social e outros; atendimento em oficinas terapêuticas desenvolvidas pelos profissionais, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002).

Há ainda uma nova modalidade de CAPS AD IV aprovada em 2017 que “atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2017), operando em municípios com mais de 500.000 habitantes, atendendo todas as idades 24h por dia (feriados e finais de semana também), contando com leitos de observação e uma equipe multiprofissional capacitada para o tratamento e atendimento das demandas trazidas, sendo responsáveis em prestar atenção integral e contínua, e assistência de urgência e emergência. (BRASIL, 2017)

A seguir, será feita uma breve reflexão da existência dos CAPS pelo Brasil com o propósito de se ter um panorama a respeito da implantação desse serviço nos últimos 10 anos – mas com destaque para o estado de São Paulo, foco de observação neste estudo. Foi constatado que ele é responsável pelo maior centro de concentração de CAPS no Brasil desde o ano de 2012, onde era possível encontrar 375 CAPS pelo estado todo – atualmente, são 593 centros espalhados pelo estado.

TABELA 1 – Relação da existência de CAPS no Brasil por Estado nos últimos 10 anos

ESTADOS	03/2023	12/2012
Acre	10	3
Alagoas	70	56
Amazonas	35	21
Amapá	10	4
Bahia	291	214
Ceará	184	116
Distrito Federal	18	9
Espírito Santo	43	24
Goiás	99	48
Maranhão	108	76
Minas Gerais	416	212
Mato Grosso do Sul	38	27
Mato Grosso	49	36
Pará	109	70
Paraíba	127	75
Pernambuco	157	89
Piauí	67	50
Paraná	160	107
Rio de Janeiro	191	159
Rio Grande do Norte	49	38
Rondônia	23	19
Roraima	11	7
Rio Grande do Sul	225	175
Santa Catarina	118	86

Sergipe	44	36
São Paulo	593	375
Tocantins	22	13
TOTAL	3.268	2.145

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Acesso em 31 de março de 2023.

O quadro traz dados numéricos por estado em 10 anos representando um crescimento de 34,37% nesse período. Considerando a inexistência deste serviço a 40 anos atrás, podemos afirmar que esse número total é um grande avanço em direção a uma sociedade mais justa e humana no tratamento com as pessoas com transtorno mentais, mas que ainda é incapaz de atender toda a demanda que cresce exponencialmente a cada ano. Ademais, verifica-se a sua existência em todo o território nacional, firmando o compromisso com a distribuição dos CAPS.

Em certas regiões como Acre (10), Amapá (10), Roraima (11), Distrito Federal (18), Tocantins (22) e Rondônia (23) ainda se mostram escassos devido ao tamanho do território, o número de habitantes e o número total de CAPS no estado todo ser inferior a 30, sendo necessário a implantação e uma melhor disposição desses serviços afim de atender a demanda crescente de atendimento na área da saúde mental. Além disso, demonstra o parco avanço e a falta de investimento na região norte do país.

Os estados com mais CAPS pertencem a São Paulo (594), Minas Gerais (416), Bahia (291), Rio Grande do Sul (225) e Rio de Janeiro (191), constatando-se que a região sudeste é a que mais recebe investimentos nessa área – devido a três dos cinco estados estarem localizados nesta região.

Em um comparativo com o ano de 2012 no estado de São Paulo, podemos concluir que houve um crescimento de 218 CAPS nos últimos 10 anos. Desde sua regulamentação pela portaria em 2002, houve um crescimento considerável avaliando-se um período de 21 anos – mas que poderia (e deveria) ser muito maior. Apesar disso, demonstra que as lutas e reivindicações por serviços substitutivos foram concretizadas em uma rede nacional, gratuita, capaz de articular e integrar diversos serviços da área, com tratamento comunitário e aberto.

Como o foco desta pesquisa é o estado de São Paulo, abaixo fica exposto a relação dos tipos de CAPS e sua quantidade distribuídas por todo o estado. O CAPS com maior implantação é o tipo I e o de menor implantação o AD IV.

TABELA 2 – Modalidades de CAPS pelo Estado de São Paulo em 2023

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i II	CAPS AD IV	CAPS ÁLCOOL E DROGAS	CAPS ÁLCOOL E DROGAS - MUNICIPAL
São Paulo	179	116	64	109	3	105	17

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Acesso em 31 de março de 2023

Destaque para os CAPS AD IV que só foram regulamentados em 2017 por meio da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 – reconhece-se que o baixo número desse tipo de CAPS se deve a normatização tardia, mas que há também falta de compromisso para serem mais bem distribuídos e implementados ao redor do Brasil.

Além da existência desses três CAPS AD IV no estado de São Paulo, só existem mais um no Rio Grande do Sul, um no Mato Grosso do Sul, um em Minas Geais e um em Goiás – totalizando 7 CAPS AD IV pelo Brasil inteiro, número insuficiente quando se leva em consideração a existência de 49 municípios com mais de 500 mil habitantes (Estimativas da população – IBGE, 2021), a população total, o tamanho do território nacional e as pessoas que sofrem com a falta deste tipo de serviço em sua área local, sendo necessário a implantação de pelo menos um CAPS AD IV por município com população maior que 500 mil habitantes, cumprindo com o disposto em seu decreto.

No Estado de São Paulo existem 9 municípios com mais de 500 mil habitantes sendo estes: Campinas, Guarulhos, Ribeirão Preto, Santo André, São Bernardo dos Campos, São José dos Campos, São Paulo e Osasco. Dos três CAPS AD IV existentes em SP, um se encontra em São Paulo, outro em Franco da Rocha e um em Ribeirão Preto. Levando em conta este dado, o número de CAPS AD IV também se faz insuficiente no Estado de São Paulo, havendo a necessidade de construção de pelo menos mais 7 CAPS pelos maiores municípios que se encontram sem este serviço para atender essa demanda em específico.

Apesar do número total de CAPS pelo estado de São Paulo ser considerável, acredita-se que ainda se faz insuficiente devido ao tamanho do território e a distribuição desigual entre os municípios, sendo o foco de maior concentração desse serviço o município de São Paulo que conta com 105 centros – a proximidade com

este serviço facilita o acesso ao tratamento pela população, quanto mais longe, mais difícil o acesso e a continuidade do tratamento, principalmente para aqueles que necessitam de atenção diária e constante.

Vale ressaltar que esses serviços nunca se mantiveram sem represálias, seja por questões financeiras ou ideopolíticas, sempre sofreram ameaças à sua manutenção e funcionamento, vivendo entre avanços e retrocessos.

Desde 2012, como apontado pelo documento do CFESS Manifesta em comemoração ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, intitulado de “Trancar, não. Acolher, sim!” é possível perceber

[...] ações governamentais no que teimam em implantar dispositivos de atenção psicossocial que burlam as prerrogativas da lei de saúde mental, designando recursos públicos para dispositivos que trazem claro direcionamento manicomial, incentivando internações em hospitais, em clínicas e ou até mesmo em comunidades ditas terapêuticas, num claro desrespeito aos direitos humanos (CFESS, 2012)

Ações essas que vão na contramão dos preceitos da lei e da Reforma Psiquiátrica, colocando direitos arduamente e historicamente conquistados em ameaça de serem invalidados. Além disso, a privatização e a lógica mercadológica cresceram nos últimos anos, não só para a área da saúde mas para serviços sociais em geral, onde ocorre o redirecionamento da verba pública e um maior investimento em serviços do setor privado, favorecendo o lucro e o capital em detrimento da qualidade dos serviços públicos oferecidos à população – que se encontra cada vez mais insatisfeita com o serviço público desfinanciado, mas que devido a condições econômicas e sociais, dependem exclusivamente deles para seu cuidado.

Em 2016, durante o governo de Michel Temer, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, conhecida como “emenda/pec da morte” uma vez que congela os gastos públicos na área da saúde e da educação por um período de 20 anos, comprovando o desserviço com as políticas sociais e com a população, comprometendo o funcionamento e financiamento do SUS de qualidade.

Em 2017 podemos presenciar mudanças na RAPS por meio da Portaria nº 3.588, que além de incluir a modalidade de CAPS AD IV (avanço), volta a fortalecer a lógica hospitalocêntrica por meio do fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos (retrocesso), “medidas na contramão da atenção em saúde mental baseada na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais” (CFESS, 2019).

Já em 2019, com o primeiro ano do governo Bolsonaro, vivenciamos a chamada “nova” política de saúde mental através da Nota Técnica nº 11 formulada pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e divulgada pelo Ministério da Saúde. A nota aponta o fortalecimento das comunidades terapêuticas – historicamente denunciadas por abuso de poder, tortura e violência, em detrimento da redução da relevância dos CAPS, serviço conquistado e moldado de acordo com os princípios norteadores da RPB – tratamento comunitário, com liberdade, autonomia, cidadania e convívio social.

Como aponta o CFESS Manifesta de 2019 em homenagem ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial “Saúde não se vende, loucura não se prende!”, essa “nova” política

Tem como principal objetivo atender aos interesses financeiros de proprietários de comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. Conforme edital da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Senad), no 1/2018, somente no ano de 2018, mais de R\$ 87 milhões foi destinado ao acolhimento em comunidades terapêuticas que atendem cerca de 20 mil pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas no país (CFESS, 2019)

A lógica de favorecimento do setor privado e a mercantilização dos serviços faz parte da política neoliberal que vem se aprofundando desde a década de 1990 quando adentrou o país por meio do governo FHC e começou a criar seu terreno fértil, se instaurando pouco a pouco durante todos esses anos.

A partir de 2020, presenciamos a pandemia da covid-19 em conjunto com o (des) governo de Bolsonaro no enfrentamento da mesma. A propagação de fake news⁴, o desincentivo a vacinação, a descredibilização e o desinvestimento na ciência, a indiferença diante das milhares de mortes diárias, o desfinanciamento do SUS para investir em um projeto privatista de saúde, são algumas das ações adotadas como parte da política genocida e desumanizadora durante esse governo e que favoreceram a sobrecarga do Sistema Único de Saúde em meio à uma das maiores crises humanitárias e sanitárias já presenciadas no Brasil – SUS que deveria ser de

⁴“Fake News” são notícias falsas divulgadas nas redes sociais com o intuito de enganar a população por meio de informações irreais que acabam se passando por verdadeiras, principalmente, quando compartilhadas por pessoas influentes da sociedade. Esta ferramenta serviu, neste governo, para descredibilizar a existência do vírus e das milhares de morte, bem como da eficiência da vacina no enfrentamento dessas questões, contribuindo para o aumento de milhares de mortes.

qualidade e com o devido financiamento, capaz de proteger, promover e recuperar a saúde da população.

Deste modo, a população se encontra em um cenário materializado pelo histórico desfinanciamento do SUS, em meio a uma pandemia que dificulta o acesso ao trabalho de qualidade – este, cada vez mais precário e informal, com constantes ataques aos direitos trabalhistas; o crescente desemprego, péssimas condições habitacionais e sanitárias para cumprir com as medidas de segurança e prevenção da covid-19, a volta ao mapa da fome – situações que estão interligadas entre si e diretamente com saúde mental, uma vez que “o desenvolvimento de doenças relacionadas ao sofrimento mental é agravado pelas dificuldades de acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade capitalista” (CFESS, 2011).

Portanto, o aumento do financiamento do SUS, bem como do percentual aplicado na área da saúde mental é uma das ações que devem ser tomadas para garantir o pleno funcionamento dos serviços, assim como a luta constante contra a lógica de mercantilização da saúde e de sua privatização, que contribuem significativamente para sua precarização e sucateamento. Da mesma forma, ações que fortaleçam a efetivação da RPB e dos CAPS, que sejam contrárias as instituições violadoras de direitos – principalmente, as comunidades terapêuticas e internações, com privação de liberdade e de retorno a lógica hospitalocêntrica, manicomial e medicalizadora, ressaltando que as pessoas com transtornos mentais são sujeitos de direitos, que necessitam do reconhecimento e fortalecimento de sua cidadania, autonomia e liberdade, com acesso ao atendimento de qualidade, com equidade e sem qualquer discriminação, seja ela de raça, gênero, cultural ou social.

2. SAÚDE MENTAL, O DIREITO À QUALIDADE DE VIDA E O TRABALHO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS

Nesta segunda parte deste trabalho de conclusão de curso serão abordados temas relativos à atuação de assistentes sociais na área da saúde mental, especificamente, nos Centros de Atenção Psicossocial, com uma breve reflexão de suas competências e atribuições a luz do projeto ético-político (PEP) que orienta a categoria, baseados na Lei de Regulamentação da profissão – Lei 8662/1993 e no Código de Ética do Serviço Social que foram documentos essenciais para fundamentar e contribuir com o alcance do objetivo deste trabalho.

Em seguida, o foco será direcionado para a relação entre esta atuação profissional com a melhoria da qualidade de vida dos usuários desses serviços, com destaque para o período pandêmico que foi permeado não só por uma crise sanitária, mas também humanitária, política, econômica, cultural, ambiental e social, que já vinha sendo escancarada nos últimos anos mediante o fortalecimento do neoliberalismo e a desresponsabilidade do Estado frente a proteção social da população, mas que devido ao (des) governo de Bolsonaro aprofundou-se ainda mais, precarizando e desfinanciando as políticas públicas, principalmente o SUS, afetando diretamente a qualidade/funcionamento dos serviços, a vida dos usuários, bem como o trabalho desenvolvido pelos profissionais em meio a uma das maiores crises mundiais já vivenciadas.

Vale destacar que o arcabouço científico e teórico a respeito desta temática ainda se faz escasso, o que dificultou a coleta de informações próprias ao tema pois a maioria dos textos traziam dados sobre a saúde numa perspectiva mais ampla ou sobre modelos específicos de CAPS, o que não deixou de contribuir de maneira significativa para a pesquisa uma vez que o que acontece com a Política de Saúde Mental são repercussões do que ocorre na Política de Saúde no geral, mas que deixa certas lacunas, principalmente sobre o trabalho desenvolvido durante a crise sanitária nos CAPS, ressaltando a importância do investimento e estudos mais específicos sobre a área. Entretanto, algumas autoras colaboraram para atingir o objetivo desta pesquisa e merecem destaque, são elas: Nathália Albino (2021), Aline Maríngolo (2021), Andréia Liporoni (2021), Mirella Mota (2016), Cleide Rodrigues (2016), Angélica Bezerra (2021), Milena Medeiros (2021) e outras.

2.1 Competências e atribuições privativas do assistente social a luz do projeto ético-político

A inserção do serviço social enquanto profissão requisitada pelas modificações na Política de Atenção em Saúde Mental se dá em conjunto com o processo de Reforma Psiquiátrica e o de renovação da profissão, com princípios norteadores em comum que ansiavam os mesmos objetivos e transformações na sociedade, como a liberdade enquanto princípio fundamental, como também a justiça social, autonomia e cidadania, capazes de contribuir com mudanças profundas nas relações sociais em uma sociedade segregadora e preconceituosa, principalmente com as pessoas com transtornos mentais.

É então em meio a esse cenário que o assistente social é requisitado a intervir nas mais diversas expressões da questão social a fim de trazer mais qualidade de vida para as pessoas com transtornos mentais, assim como trabalhar na defesa dos direitos dos cidadãos, da saúde pública e mental de qualidade, visto que o processo saúde-doença não se caracteriza somente pela ausência de enfermidades, mas sim por condições adequadas e com acesso de qualidade a direitos, bens e serviços essenciais para sua manutenção e reprodução, mas que devido a lógica capitalista e ao neoliberalismo exacerbado estão cada vez mais restritos, sucateados, privatizados e mercantilizados.

Entretanto, o início da inserção da profissão nestes espaços de atenção à saúde mental durante o século XX em meados de 1940/1950, tinha como prática ações medicalizadoras, fragmentadas e pontuais que remetiam a um serviço social clínico subordinado ao fazer médico, reforçando-se a ideia de atividade caritativa e não como profissão dotada de conhecimentos teóricos e técnicos capaz de intervir sobre a realidade social. Assim, além de não contribuir com a melhora do tratamento e com a conquista dos direitos dos usuários, ainda iam contra as competências e atribuições defendidas pela Lei de Regulamentação.

Atualmente, ainda é possível presenciar essas práticas em profissionais e instituições conservadoras e privadas, como as Comunidades Terapêuticas, que vão totalmente na contramão das preconizações da Reforma Psiquiátrica, do Código de Ética da Profissão e da Lei nº 8.662 de 1993, mas mesmo sem estas preconizações e documentos, estas instituições devem ir na perspectiva dos direitos humanos, da

liberdade social, da autonomia do cidadão e na conquista de sua cidadania – um grande avanço pode ser percebido graças a instituição dos serviços substitutivos, a responsabilidade e o compromisso de muitos profissionais com os direitos dos usuários e com o projeto ético-político.

Dessa forma, a década de 1990 é marcada pela conquista do PEP que se trata de um conjunto de documentos que orientam a profissão no sentido da “[...] construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (CFESS,1993, p. 24) e que devem estar articulados com as competências ético-político, técnico-operativa e teórico-metodológico a fim de evitar as antigas práticas imediatistas, conservadoras e fragilizadas que não enxergavam o ser em sua totalidade e conjuntura.

Os assistentes sociais passam a compor as equipes multiprofissionais de atenção à saúde mental, a exemplo dos CAPS. Estes espaços se constituem, enquanto parte do SUS, como serviços de atenção diária, de tratamento em liberdade e na comunidade visando a (re) inserção dos usuários nos diversos espaços e serviços sociais, com autonomia e cidadania plena. Contam com uma equipe multiprofissional onde os assistentes sociais desenvolvem um importante papel, com um olhar diferenciado, crítico e propositivo, como aponta Appel (2017, s/p):

[...] o fazer profissional na área da saúde mental é essencial nas atividades desenvolvidas nos CAPS, a profissão se vê em meio a uma formação voltada para a justiça social, direito social e democracia, na garantia da efetividade dos direitos sociais aos usuários, o protagonismo social, inserção nas redes intersetoriais, intervindo nas diversas Expressões da Questão Social dos mesmos (APPEL,2017, s/p);

Portanto, o trabalho desenvolvido nestes espaços “[...] vem possibilitar ações vinculadas à proposta libertadora da luta antimanicomial” (MOTA; RODRIGUES, 2016, p. 658) que estão diretamente vinculadas com os preceitos éticos proposto pelo Código de Ética, com as competências e atribuições privadas recomendadas pela Lei de Regulamentação da profissão (Lei 8662/1993) e com uma formação de qualidade e capaz de formar profissionais capacitados para investigar, problematizar, estudar e propor ações condizentes com o quadro social de cada indivíduo, habilidade desenvolvida de acordo com as Diretrizes Curriculares da ABEPSS durante o ensino acadêmico.

Salienta-se que a grade curricular acadêmica do curso de Serviço Social não trata sobre esse assunto, fazendo que com que muitos profissionais que atuam na

área, se sintam inseguros na sua prática devido à ausência de conhecimento e aprofundamento durante o ensino, sendo necessário que invistam na formação especializada posteriormente, de forma individual e quase sempre sem auxílio das instituições, sendo necessário ampliar o debate sobre e requisitar ao CFESS a discussão junto as Instituições de Ensino sobre a importância do debate deste tema na grade curricular e fazer as devidas modificações nas Diretrizes e no ensino a fim de expandir o arcabouço teórico.

Destaca-se que, independentemente do espaço sócio-ocupacional que o assistente social ocupe, suas competências e atribuições privativas permanecem as mesmas, sendo necessário o aprofundamento e a apropriação específica sobre a área e os “jargões” utilizados, a fim de facilitar a comunicação e o repasse de informações entre a equipe multiprofissional, sem se subalternizar as outras áreas de atuação, como aponta Mota e Rodrigues (2016):

Faz-se relevante apreender as demandas e determinações sociais postas no cotidiano profissional do Serviço Social e, ainda, conhecer minimamente o objeto de intervenção de cada profissão para que, assim, a exemplo do campo de atuação psicossocial, quando uma demanda institucional for solicitada, o Serviço Social possa identificá-la e encaminhá-la aos demais profissionais competentes (MOTA e RODRIGUES, 2016, p.660)

No caso da saúde mental, é importante estar atento às classificações de transtornos mentais e das pessoas com deficiências.

A articulação multiprofissional e intersetorial faz parte das estratégias de ação dos assistentes sociais, sendo indispensável a preservação do sigilo e o repasse de informações somente dentro do estritamente necessário, como aponta o Código de Ética.

A multiprofissionalidade faz com que se considere o usuário para além de sua enfermidade e de tratamentos, indo contra as antigas práticas manicomiais e abarcando todas as suas necessidades e demandas, bem como os determinantes sociais do processo saúde-doença, como a “compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.” (CFESS, 2009, p.14). No entanto, deve-se preservar sua autonomia e atribuições específicas, estando impedido de “assumir responsabilidade por atividade para as quais não esteja capacitado/a pessoal e tecnicamente” (CFESS, 1993, p. 28)

Por meio das ações intersetoriais é possível integrar todas as reivindicações trazidas pelos usuários de forma a perceber o ser nas suas mais variadas necessidades e desejos, em sua totalidade, singularidade e particularidade, desenvolvendo ações e buscando possibilidades para abarcar toda a complexidade por trás do que se expõe de forma imediata e por trás das enfermidades e transtornos que os usuários apresentam.

Segundo Mota e Rodrigues (2016), através de sua pesquisa em um dos CAPS da cidade de Recife, os assistentes sociais desenvolvem atividades como:

[...] o acolhimento, visitas domiciliares e institucionais, realização de grupos sobre direitos sociais e noções de cidadania com os usuários, atendimento específico à família, que também pode ser feito em grupos, assembleias com usuários e a elaboração de relatórios e pareceres sociais (MOTA E RODRIGUES, 2016, p.664)

Tais ações desenvolvidas pelos assistentes sociais neste CAPS e em tantos outros, destacam o compromisso dos profissionais com seu projeto ético-político uma vez que estão dentro das preconizações, tanto do Código de Ética como da Lei de Regulamentação. Como atribuições privativas destaca-se a produção de laudos e pareceres, a entrevista social, a orientação, o estudo socioeconômico e os encaminhamentos para outras áreas, instituições e políticas.

Uma ação que merece destaque é a socioeducativa onde, por meio da sua formação crítica e analítica, o profissional é capacitado para “[...] prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população” (BRASIL, 1993), do mesmo modo que deve “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” (BRASIL, 1993), por meio do qual consegue tirar dúvidas, explicitando o cenário, seu trabalho e discutir as possíveis possibilidades de resolução e suas consequências, democratizando informações e o acessos aos programas disponíveis (CFESS, 1993), como aponta o Código de Ética e a Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993. Vale lembrar que é um dever respeitar a decisão dos usuários, independentemente dos valores individuais do profissional, eles não devem interferir ou influenciar na tomada de decisão ou na orientação social.

Outro ponto de extrema importância e de dever do assistente social, é “esclarecer⁵ aos/às usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional” (CFESS, 1993, p. 30) assim como “fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional” (CFESS, 1993, p. 30) para que assim o entendimento social sobre a profissão e seu trabalho fiquem explícitos, além de assegurar o direito à informação aos usuários sobre os caminhos que são necessários percorrer para atingir o objetivo, seja ele qual for – benefícios, programas, serviços ou assistência.

Através da análise crítica, investigativa e não conservadora da realidade é que o assistente social é capacitado para propor ações para além do imediato para as inúmeras expressões da questão social, que não moralizem ou culpabilizam o indivíduo pela sua situação mas que consigam colaborar verdadeiramente na construção de respostas e ações não pontuais, fragmentadas e fragilizadas, além de expor a lógica perversa da sociedade e sociabilidade capitalista, que é permeada por ações neoliberais e que priorizam o lucro acima da vida e do bem estar dos indivíduos. O trabalho do assistente social, nesse sentido, é apreender para além da realidade imediatamente posta, da aparência, para que assim respostas qualificadas sejam dadas para as mais diversas demandas dos usuários.

Estas ações são colocadas em xeque devido a uma prática que ainda, infelizmente, se faz muito presente, que são as pessoas que se automeiam enquanto assistentes sociais sem a devida qualificação, formação e registro no conselho, violando o art. 2 da Lei nº 8.662. Esta é uma prática que ainda se faz muito presente devido ao ideário caritativo e religioso da profissão que até o momento faz com que não consigam enxergar a complexidade da formação e atuação dos assistentes sociais e desse modo, acabam desenvolvendo atividades apenas pela compaixão, piedade e misericórdia sem visualizar a profundidade da realidade social, corroborando para a permanência dessa mentalidade e do cenário atual, sendo necessário cada vez mais a imposição dos assistentes sociais em defender a profissão, a compreensão de seu significado social, suas competências e atribuições, e também a fiscalização do exercício profissional – atribuição posta pela Lei de

⁵O termo “esclarecer” caiu em desuso devido a sua conotação racista. Enquanto assistentes sociais comprometidas com a luta antirracista, é imprescindível a revisão do uso deste termo em nosso Código de Ética, assim, ele é apenas empregado neste trabalho para referir-se ao Código da profissão.

Regulamentação. Aliado a estas questões é uma prática que incide no exercício ilegal da profissão.

Dessa forma, é por meio do compromisso com as competências teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativa formativas no ensino superior, bem como com o Código de Ética e da Lei de Regulamentação que o assistente social fundamenta sua atuação, voltada para uma prática preparada para entender o contexto social, explicar suas ações, orientar e socializar informações capazes de fornecer mudanças significativas e sociais na vida dos indivíduos.

Um dos princípios fundamentais para o trabalho profissional é o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 1993, p. 24), uma vez que essas ações estão imbricadas uma na outra e a defasagem de uma pode debilitar a funcionalidade da outra, afetando diretamente os usuários. Há também de se destacar que os conhecimentos avançam de forma a complementar pensamentos ou até mesmo de modo a modificá-los totalmente assim como a conjuntura social que é constantemente permeada por mudanças, por isso se faz necessário o constante aprimoramento profissional e intelectual.

O acolhimento, a escuta qualificada e o fortalecimento de vínculos fazem parte das possíveis mediações necessárias para a plena realização dos indivíduos e suas necessidades, tal como a articulação com seus instrumentos e suas bases legais para uma atuação comprometida com a emancipação humana, autonomia e cidadania, sem qualquer discriminação ou preconceito, seja ele de raça, cor, etnia, gênero, idade ou classe social.

Isto posto, fica evidente que a Reforma Psiquiátrica e o projeto ético-político dos assistentes sociais concordam em vários princípios, como a liberdade enquanto valor central e norteador das ações. Assim, o tratamento das pessoas com transtornos mentais deve abandonar o modelo segregador e excludente, impondo uma luta pela manutenção e ampliação do modelo de cuidado e atenção comunitário, com convívio social/familiar e assegurando um rol de direitos e serviços sociais com vistas a garantia de sua autonomia e cidadania.

Além disso, cabe ao assistente social defender rigorosamente os direitos humanos, sociais e políticos das pessoas com transtornos mentais, bem como o combate e a luta pela eliminação das mais diversas formas de exclusão, segregação,

preconceitos e estigmas em torno dos transtornos mentais com o intuito de construir outra relação da sociedade com esta parcela da população que é historicamente rejeitada e que, majoritariamente, teve (e ainda têm) sua história permeada pela desigualdade social.

Assim, se faz necessário o compromisso com seu projeto ético-político que sustentam as ações profissionais e com a qualidade dos serviços prestados, que estão cada vez mais sucateados e desinvestidos, sofrendo com condições e locais de trabalho incompatíveis, defasagem de profissionais qualificados, sobrecarga dos serviços e dos trabalhadores, dentre outros empecilhos que dificultam o trabalho desenvolvido, não só pelos assistentes sociais mas como toda a equipe multiprofissional, que se encontra cada vez mais com a sensação de incapacidade diante das demandas postas pelos usuários e suas realidades diversas.

Em suma, o assistente social tem um enorme potencial para articular e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial sendo capaz de reconhecer e propor ações com o intuito de integrar tanto os serviços como os usuários, viabilizando direitos, benefícios, serviços, programas e projetos das mais diversas áreas, promovendo uma melhora na qualidade de vida dos usuários e os potencializando, trazendo avanços para além do âmbito psicológico como para o social:

[...] a importância do profissional de Serviço Social na saúde mental, não só por este ser capaz de identificar e agir sobre as expressões da questão social e viabilizar direitos e benefícios aos usuários com transtornos mentais, mas também pela significância política da profissão, enquanto potencial articulador da Rede de Atenção Psicossocial (MOTA; RODRIGUES, 2016, p. 652)

Logo, o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nos CAPS busca a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais de forma a acolher e escutar as demandas trazidas, certificando que o usuário esteja inserido no convívio social e familiar, a fim de evitar as antigas práticas segregacionistas e de maus tratos, asseverando sua autonomia, o cuidado em liberdade e a cidadania plena, direitos que por muito tempo foram restritos a essa parcela da população.

A imposição do significado social da profissão e de suas competências e atribuições, a sua devida valorização, defesa e fiscalização do exercício profissional, o reconhecimento e o fortalecimento do trabalho multiprofissional e intersetorial como forma de abranger todas as necessidades sociais dos usuários e em sua integralidade

por meio de articulações, são ações que devem fazer parte do cotidiano profissional e de compromisso com a população usuária.

2.2 Precarização do trabalho profissional e da vida dos usuários: realidade escancarada pela pandemia e agudizada por ela

Com o início da pandemia, declarada a partir de março de 2020, os assistentes sociais são convocados a atuar na linha de frente no enfrentamento do vírus e nas suas consequências causadas na vida da população, dado que, segundo o Código de Ética da profissão é um dever profissional “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (CFESS, 1993, p. 27).

Desse modo, o assistente social se depara diante de uma conjuntura precarizada não somente pelo vírus, mas também pela falta de intervenção e articulação do Governo Federal com os estados e municípios, trazendo uma sensação de incapacidade de resolução perante uma realidade tão adversa e perversa com a população, principalmente a preta e pobre que historicamente sofrem mais com o peso dos acontecimentos devido a já se encontrarem em condições desiguais como a falta de acesso a saneamento básico, uma das principais formas de prevenção contra o vírus e o desemprego, que cresceu de forma a tornar as necessidades mais básicas difíceis de serem saciadas, como alimentação, fazendo com que o país retornasse ao mapa da fome. Como salienta Albino, Maríngolo e Liporoni (2022):

A chegada do novo coronavírus com condições pré-existent não contagiosas, como diabetes, câncer, hipertensão, aliados à pobreza, à falta de acesso às condições básicas de higiene, alimentação, saúde, atingiu fortemente grupos populacionais específicos, como negros, povos originários, comunidades periféricas (ALBINO; MARÍNGOLO; LIPORONI, 2022,p.355).

Destacam, através do pensamento de Pereira (2021) que o enfrentamento e resolução de tais situações deve-se dar por meio do investimento em políticas e ações públicas que visem diminuir as desigualdades econômicas e sociais, tendo como profissional mediador desse processo o assistente social, capacitado para analisar e propor ações condizentes com as demandas e contextos trazidos pela população.

Infelizmente, ao contrário do proposto, a gestão no Brasil em meio à maior crise sanitária e humanitária já presenciada no mundo, se deu de forma a priorizar os

setores privados, sobrecarregando e desfinanciando os serviços públicos, principalmente o SUS. O lucro acima da vida nunca esteve tão nítido como nesse período pois, conforme Bezerra e Medeiros (2021, p. 55) “as necessidades verdadeiramente humanas são sempre submetidas aos interesses do lucro e do desenvolvimento econômico”. Um grande exemplo desta política genocida, é a baixa utilização dos recursos financeiros no manejo da pandemia para investir na economia e no mercado, criando-se uma sensação de desespero, angústia e medo tanto para a população como para os profissionais que trabalharam e lutaram diariamente para garantir a sobrevivência do máximo de pessoas possíveis com os mínimos recursos disponibilizados.

Com efeito, a pandemia impôs novas formas de manejo do cuidado e da atenção. Com a imposição do distanciamento e do funcionamento apenas das atividades essenciais, a população se encontrou diante de um contexto gerador de ansiedade, depressão, crises de pânico e outros transtornos capazes de influenciarem diretamente no enfrentamento deste período, situação que fica ainda mais evidente, principalmente para quem já sofria com essas enfermidades anteriormente a crise, como é o caso dos usuários dos CAPS.

A maioria dos serviços se viu diante de um contexto em que teriam o seu funcionamento comprometido, o que não foi diferente para os Centros de Atenção Psicossocial que passaram a realizar seus atendimentos por telefone ou grupos de WhatsApp de forma a dar suporte e prevenir situações de agravo da saúde mental, sendo o atendimento presencial necessário apenas em casos de extrema urgência e de demanda dos usuários.

Assim, o trabalho do assistente social se esbarra perante um cenário que exigiu novas formas de prestar a atenção e o cuidado “[...] em decorrência das novas exigências de proteção com a utilização de tecnologias da informação” (BEZERRA; MEDEIROS, 2021, p. 59), isto é, o profissional se vê diante de uma situação de precarização do atendimento, da vida dos usuários e de seu trabalho que a partir da confirmação do estado de calamidade foram obrigados a prestar o atendimento, acolhimento e escuta de forma remota, o que traz novos desafios e a necessidade de adequação dos instrumentos e técnicas para sua realização uma vez que nunca presenciaram um cenário como este.

Vale destacar que apesar dessa dificuldade o profissional tem a capacidade de lidar com as divergências e tem o compromisso ético-político com a qualidade dos serviços prestados, respaldado pelo seu PEP, bem como com suas competências teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativa de forma a contribuir de maneira significativa com a melhora da qualidade de vida dos usuários nesse período tão prejudicial.

Entretanto, esbarram em um grande empecilho que é a falta de articulação do governo a nível federal – o que promove a fragmentação das decisões necessárias ao enfrentamento da covid-19, assim como a falta de humanidade do então presidente Jair Bolsonaro no compromisso com a população e a ausência de articulação dos serviços sociais, essenciais para manutenção e reprodução social dos indivíduos, como a saúde, alimentação, habitação, higiene, entre outros direitos que se tornaram ainda mais incertos e requisitados durante esta crise.

Deste modo, o assistente social luta diariamente para conseguir viabilizar o máximo de direitos e qualidade de vida para os usuários que se encontram sem respaldo do Estado, com crises severas de ansiedade e angústia em relação ao estado da pandemia, permeados pela agudização das expressões da questão social que afetam diretamente a qualidade e a funcionalidade da vida.

O cenário não afeta somente a qualidade de vida e dos serviços prestados, mas também a saúde mental da população, principalmente as pessoas com transtornos mentais que estão alocadas em um grau mais elevado de vulnerabilidade diante da pandemia e dos assistentes sociais que lutaram e trabalharam em meio ao medo da própria morte, com falta de EPI's, com políticas desfinanciadas e sem capacidade de atendimento da alta procura em função das equipes reduzidas, sem respaldo estatal para desenvolver suas ações, com a precarização do trabalho e das relações sociais.

Além disso, se deparam com requisições e demandas que vão na contramão das preconizações da Lei de Regulamentação da profissão e do Código de Ética, sendo obrigadas a firmar o seu compromisso ético-político com as bases legais que norteiam a profissão e que devem ser seguidas à risca, a fim de evitar ações para as quais não estão capacitados para realizar, bem como não se subalternizaram a exigências de outras profissões.

Entretanto, é a população que mais sofre com a chegada desta crise sanitária visto que, sem o compromisso do governo com a vida de milhares de pessoas, estas são vistas e obrigadas a manter a própria sobrevivência sem o auxílio ou a mínima preocupação do governo que prioriza ações neoliberais que tiram do público para investir no privado, fazendo com que os serviços essenciais para manutenção e reprodução da população se encontrem cada vez mais desfinanciados e sucateados, provendo os mínimos sociais e um grande retrocesso nas conquistas sociais.

De acordo com Albino, Maríngolo e Liporoni (2022):

Antes da pandemia da Covid-19, o contexto político, social e econômico brasileiro já estava marcado pela crise estrutural do capital, com elevado índice de desemprego, precarização e exploração do trabalho e desigualdade social (ALBINO; MARÍNGOLO; LIPORONI, 2022,p.347)

Em razão do negacionismo do presidente Bolsonaro sobre a pandemia, contra as evidências científicas e as recomendações de proteção e prevenção divulgadas pela OMS, promovendo manifestações públicas e de desrespeito aos profissionais da linha de frente, esse cenário se agrava de forma que “as consequências econômicas, políticas e sociais se agudizaram ainda mais, configurando-se como a maior crise sanitária da humanidade” (ALBINO; MARÍNGOLO; LIPORONI, 2022, p. 347), principalmente pelo “sucateamento e descaso com as políticas públicas” (ALBINO; MARÍNGOLO; LIPORONI, 2022, p. 355), “resultado de ações políticas desumanas e cruéis”, contribuindo decisivamente na morte de mais de 700 mil pessoas, o que não trouxe nenhuma comoção ao presidente, muito pelo contrário, este se demonstrou totalmente apático a situação, fazendo piadas, naturalizando e debochando das mortes.

Diante deste negacionismo, a ocultação de dados e a propagação de fake news⁶, os assistentes sociais tiveram (e ainda tem) o compromisso com o repasse de informações de forma a desmascarar a realidade deturpada propagada pelas falas do ex-presidente Bolsonaro. Por meio de ações socioeducativas e informativas, cabe a esses profissionais repassar dados de fontes seguras e confiáveis, de modo que a população esteja informada segundo as normatizações divulgadas pela OMS e os

⁶“Fake News” são notícias falsas divulgadas nas redes sociais com o intuito de enganar a população por meio de informações irreais que acabam se passando por verdadeiras, principalmente, quando compartilhadas por pessoas influentes da sociedade. Esta ferramenta serviu, neste governo, para descredibilizar a existência do vírus e das milhares de morte, bem como da eficiência da vacina no enfrentamento dessas questões, contribuindo para o aumento de milhares de mortes.

demais órgãos responsáveis pela saúde e segurança, principalmente sobre o isolamento social e a vacinação, ações que foram arduamente questionadas e colocadas em xeque pelo presidente, mas que salvaram e continuam salvando a vida da população.

O trabalho dos assistentes sociais nos CAPS e em outras instituições de saúde se deu

[...] desvelando e revelando as expressões da questão social que interferem no processo saúde-doença e suas particularidades relacionadas à covid-19. Entre essas particularidades, a maior letalidade entre pobres e negros (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021, p. 127-128)

Ou seja, a indissociabilidade entre os aspectos que permeiam a saúde e a saúde mental como moradia, alimentação, trabalho/renda, lazer, direitos políticos e civis, bem como as relações sociais que são permeadas por questões étnico-raciais, de gênero, classe e idade que são alvos de desigualdades e preconceitos, tornando o acesso a serviços e bens desigual, principalmente entre pobres e negros, o que “influencia tanto as condições de enfrentamento quanto os óbitos relacionados à covid-19” (SOARES; CORREIA; SANTOS; 2021, p. 122)

Portanto, a “compreensão da determinação social, econômica e cultural que interfere no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais que possam enfrentar essas questões” (SILVA; CASTRO; SOUZA, 2021, p. 42) são parte das ações desenvolvidas pelos assistentes sociais e devem ser mantidas como primazia de resolução, principalmente em meio a pandemia.

A intensa precarização do trabalho, o agravamento das expressões da questão social, o crescimento da vulnerabilidade e do risco social, a defasagem de profissionais qualificados, sobrecarga dos serviços e dos trabalhadores e a redução de equipes, são alguns dos princípios adotados por esse governo de extrema direita neoliberal que prioriza o lucro acima da vida e do bem-estar da população, com a minimização de ações governamentais na proteção social e a maximização na esfera econômica e privada que transforma a saúde, em meio à maior crise sanitária, como mero objeto gerador de lucro e não como direito universal e gratuito.

A precarização das políticas sociais gestada pelo governo Bolsonaro – mas com início no governo Temer (principalmente pela EC nº 95), afeta diretamente a qualidade do trabalho e dos serviços, o que por sua vez prejudica a população usuária que se encontra cada vez mais insatisfeita com os serviços públicos dado que esses

se mantem com o mínimo de recursos possíveis, sofrendo com sucessivos desmontes, enquanto os serviços privados recebem verbas realocadas do público e assim, um maior e desproporcional investimento. Cria-se também, mediante o fortalecimento de políticas neoliberais, a sensação e “condição de impotência do profissional comprometido com o Projeto Ético-Político e limitado por uma materialidade posta que se assume determinante” (GOMES; BRITO; 2015, p. 349).

É em meio a esse cenário de agudização dos direitos humanos e sociais que o assistente social tem o dever de contribuir, por meio de sua formação e capacitações, com ações que viabilizem e garantam a cidadania, a autonomia, a liberdade, a emancipação humana e a justiça social com vistas a “construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (CFESS, 1993, p. 24)

Contudo, se vê em muitos momentos trabalhando em condições e locais que contradizem os preceitos éticos dispostos no Código de Ética da profissão, além da falta de equipamentos de proteção contra o vírus, com requisições de demandas que contrariam as competências e atribuições privativas posta pela Lei de Regulamentação, trabalhando em meio ao medo e a sobrecarga, mas com o compromisso ético-político com a população que necessita dessas políticas para sua sobrevivência.

O compromisso com seu projeto ético-político potencializa o profissional na defesa e imposição de suas atribuições e competências, nas condições condignas de trabalho e no reconhecimento do significado social da profissão, não só no enfrentamento de situações de calamidade, mas em um Brasil que, apesar da conquista de inúmeros direitos, serviços e políticas advindas da Constituição de 1988, ainda se encontra fragmentada, focalizada e excludente, sendo necessário a luta e a defesa da completa e efetiva implementação dos princípios e direitos que a Constituição traz.

Desse modo, o trabalho profissional desenvolvido pelos assistentes sociais tanto na RAPS, como nos CAPS, no SUS e nos demais serviços de saúde, está capacitado para intervir nas múltiplas expressões da questão social, com um enorme potencial para articular a rede socioassistencial, contribuindo com a promoção da autonomia e a reinserção social dos indivíduos, principalmente das pessoas com transtorno mental (MOTA; RODRIGUES, 2016).

Em destaque nessa pesquisa, a atuação dos assistentes sociais nos CAPS:

[...] tem como um de seus objetivos principais a promoção da qualidade de vida dos usuários, por meio da minoração das consequências trazidas pelos transtornos que os mesmos carregam, tanto no âmbito biológico quanto psicológico e social (ROCHA, 2021, p.54)

Ação que complexifica diante da crise pandêmica instaurada a partir de 2020, pois, além de lidar com as questões que envolvem viver com um transtorno mental em uma sociedade excludente, ainda se deparam com uma conjuntura permeada por desigualdades próprias da sociedade capitalista intensificadas pela pandemia e sua má gestão, como o crescente desemprego, trabalhos informais e precários, moradias inseguras e sem acesso a saneamento básico, além do medo constante da contaminação e do colapso do SUS visto a desresponsabilização do Governo e sua falta de atuação e articulação no enfrentamento do vírus e o descomprometimento com a proteção social.

Assim, a pandemia escancara e agudiza condições pré-existentes e desiguais que já vinham sendo intensificadas desde o governo Temer perante o congelamento de gastos com a educação e a saúde por 20 anos, o que refletiu diretamente no funcionamento e na qualidade dos serviços que se viram diante de uma insuficiência de recursos frente a grande demanda trazida pela pandemia.

Essas condições pré-existentes e desiguais encontram no governo Bolsonaro um terreno fértil para se aprofundar ainda mais mediante o crescimento de ações neoliberais e de mercantilização dos serviços, fortalecendo os serviços privados e sobrecarregando o SUS em meio à maior crise sanitária, afetando os demais serviços da rede, como os CAPS – uma vez que o que acontece na Política de Saúde gera desdobramentos na Política de Saúde Mental, demonstrando o (des) governo e a falta de compromisso (e humanidade) do ex-presidente Jair Bolsonaro com a população e os trabalhadores.

Logo, o trabalho profissional desenvolvido pelos assistentes sociais nesse período se deu com a ausência de recursos, falta de articulação e investimento e de forma precária, mas que “[...] contraditoriamente, exercitaram sua relativa autonomia profissional com capacidade propositiva, a partir dos fundamentos do projeto ético-político profissional, na resistência em defesa da vida e dos direitos de todos(as)” (SOARES; CORREIA; SANTOS; 2021, p. 119).

O período pandêmico revela ainda a necessidade de fortalecimento dos serviços de saúde/saúde mental, principalmente do SUS e dos CAPS e a importância do trabalho profissional desenvolvido pelos assistentes sociais que foram peça chave no enfrentamento no vírus e na garantia dos direitos e interesses da população, sendo necessário o reconhecimento e fortalecimento desses profissionais e de seu exercício profissional tão importante para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa.

Nesse sentido, o profissional trabalha por meio de um olhar crítico e analítico perante o contexto social e para além do imediato, propondo ações condizentes e eficientes para cada circunstância trazida, capazes de enxergar o ser em sua totalidade e realidade, abarcando todas suas exigências de forma a trazer benefícios profundos nos diversos âmbitos sociais, culturais, psicológicos e humano.

O Serviço Social, com seu projeto ético-político-profissional, foi capaz de propor as respostas mais qualificadas às demandas complexas da crise sanitária e das expressões da questão social, a partir de estratégias coletivas de reflexão sobre a realidade e o planejamento, articulações interna e externa aos serviços, inclusive junto aos movimentos sociais, potencializando o tensionamento dos limites da relativa autonomia profissional (SOARES; CORREIA; SANTOS; 2021, p. 130)

Isto posto, o assistente social deve trabalhar com a prevenção de situações de calamidade e na diminuição das disparidades econômicas e sociais que deve se dar por meio da ampliação de políticas públicas voltadas para as expressões da questão social, não esperando os desastres acontecerem para intervir de maneira efetiva. Dessa forma, se faz necessário que haja uma articulação dos diversos serviços bem como da categoria profissional com a população e os trabalhadores a fim de requisitar melhores condições e o compromisso do Estado com a vida de todos, aumentando o investimento nos serviços sociais e o seu devido fortalecimento, principalmente no SUS e nos serviços que compõem a rede, visto que se trata do único sistema de saúde no mundo que se diz universal e gratuito, mas que se encontra sofrendo com sucessivos desmontes e cortes orçamentários e de equipes, sendo fundamental a sua completa e efetiva implementação como direito constitucional e de toda a população.

Em defesa dos princípios das Reformas Psiquiátrica e Sanitária e de uma perspectiva ampliada de saúde com vistas a garantir a melhoria da qualidade de vida da população, com acesso aos direitos como moradia, alimentação, trabalho/renda, educação e dos demais direitos políticos e civis em sua totalidade. Contra as tentativas de desmonte dos CAPS e dos princípios da Reforma Psiquiátrica, assim como das

investidas neoliberais e as novas roupagens dadas as instituições manicomiais, como é o caso das Comunidades Terapêuticas, firmando o compromisso por uma sociedade sem manicômios, com o fortalecimento dos serviços substitutivos, principalmente do CAPS, visando sempre o tratamento de qualidade, de base comunitária, de convívio social/familiar e de liberdade.

Em defesa da vida, do direito à informação, de compromisso com o projeto ético-político, com a qualidade dos serviços prestados e com a sociedade, na defesa de seus direitos, da democracia e da emancipação humana, contra todas as formas de preconceito e exclusão, assim como contra qualquer governo antidemocrático, ultraneoliberal, fascista e que incentive o ataque aos direitos humanos e sociais! Assistentes sociais na luta por uma sociedade mais justa e igualitária.

CONCLUSÃO

O presente trabalho de conclusão de curso buscou apresentar dados que possibilitem a reflexão sobre o trabalho de assistentes sociais na saúde mental, em especial na viabilização de direitos essenciais à vida humana e social para a população usuária dos CAPS com destaque em meio a pandemia que precarizou as relações sociais, de trabalho e a qualidade de vida, entendendo a importância por trazer esse trabalho e sua significância social, sendo necessário a construção e o aprofundamento teórico sobre a temática.

Por meio de ações multiprofissionais e da intersetorialidade, o assistente social desenvolve seu trabalho profissional de modo a integrar as mais variadas necessidades e demandas da população, como alimentação, moradia, educação, saúde, esporte, lazer, etc. Além da viabilização dos direitos, o profissional deve propagar ações socioeducativas a fim de conscientizar e garantir o direito à informação assegurando a participação popular e social nos diversos espaços de decisão e discussão.

A ação profissional do Serviço Social na área da saúde mental é orientada para a possibilidade de autonomia e emancipação humana, travada por meio de lutas e resistências em defesa de tratamento digno, em liberdade e de plena realização da cidadania, negando os antigos tratamentos segregadores, hospitalocêntricos e manicomiais, de maus tratos e de preconceitos, contra as novas roupagens de instituições manicomiais, como as Comunidades Terapêuticas e contra as tentativas de desmontes dos princípios balizadores da Reforma Psiquiátrica e das investidas neoliberais na área da saúde mental.

Assim, o Serviço Social trabalha potencializando o indivíduo para que tenha condições de torna-se o sujeito da sua própria história. Entretanto, houve momentos de extrema dificuldade. O Serviço Social trabalha em equipes reduzidas, com insuficiência de recursos. Houve também o período pandêmico onde as ações profissionais e a vida foram ameaçadas por uma gestão despreocupada e desarticulada por parte do Governo Federal no enfrentamento e combate do vírus, apenas comprometido com a geração de lucro, com o mercado e a privatização da saúde, investindo em condutas neoliberais em meio as milhares de mortes diárias.

Por isso, as ações profissionais devem se dar na contramão da lógica capitalista e neoliberal, pois, tal lógica não se importa com as necessidades verdadeiramente humana e sim, apenas e somente, com a geração de lucro e o crescimento da riqueza socialmente produzida, impondo a população a responsabilidade por sua própria manutenção sem o respaldo estatal, que oferece apenas políticas públicas sucateadas e direitos constitucionais que não foram efetivamente implementados, contribuindo exponencialmente para o crescimento das expressões da questão social – uma política pobre para pobres.

Em suma, este trabalho teve o objetivo de contribuir para a reflexão e crítica em torno da temática, principalmente no que diz respeito as pessoas com transtornos mentais que precisam do reconhecimento de suas necessidades, de ações capazes de proporcionar sua autonomia, dignidade, liberdade e cidadania; além disso, buscou-se refletir sobre o compromisso do Serviço Social por uma sociedade justa, democrática e comprometida com seu projeto ético-político, contra qualquer forma de preconceito, contra o sucateamento e desmonte das políticas públicas, contra a alienação, o conservadorismo, governos antidemocráticos, fascistas, neoliberais, de negacionismo científico e de genocídio, principalmente da população pobre.

O Serviço Social resiste por uma sociedade sem manicômios, com a ciência e a população pela construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração e discriminação! Pelo respeito e imposição do significado social da profissão e de compromisso com os indivíduos!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBINO, Nathália Moreira; DO PRADO MARÍNGOLO, Aline Cristina; DE CARVALHO LIPORONI, Andréia Aparecida Reis. O IMPACTO DA PANDEMIA COVID 19 SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE E OS DESAFIOS DA CLASSE TRABALHADORA. **Revista de Políticas Públicas**, v. 26, n. 1, p. 345-359, 2022.

ALVES, Daniel Figueiredo de Almeida et al. Reforma Psiquiátrica e a Dependência Brasileira: entre o arcaico e o moderno. **Revista Katálysis**, v. 23, p. 165-179, 2020.

APPEL, Nicolle Montardo. O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção. **Jornada Internacional Políticas Públicas**, v. 8, 2017.

BEZERRA, Angélica Luiza Silva; DE MEDEIROS, Milena Gomes. Serviço Social e crise estrutural do capital em tempos de pandemia. **Temporalis**, v. 21, n. 41, p. 53-69, 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1998. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 27 de mar de 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.>. Acesso em: 27 de mar de 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Brasília, 1993, Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm>. Acesso em: 12 de abr de 2023

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 27 de mar de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Rio de Janeiro: NEPP-DH, 1946. Disponível em: <<http://www.nepp-dh.ufrj.br/oms2.html1>>. Acesso em: 06 de fev de 2023.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, março de 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 12 de abr de 2023

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993**. Brasília, DF, 1993.

CFESS Manifesta. **Dia Nacional da Luta Antimanicomial**. Trancar, não. Acolher, sim! Gestão Tempo de Luta e Resistência. Brasília, 2012.

CFESS Manifesta. **Dia Nacional da Luta Antimanicomial**. Saúde não se vende, loucura não se prende! Gestão É de Batalhas que se Vive a Vida!. Brasília, 2019.

CFESS Manifesta. **Dia Mundial da Saúde Mental**. Somos sujeitos de direitos. Gestão Tempo de Luta e Resistência. Brasília, 2011.

DA SILVA, Imaíra Pinheiro de Almeida; CHAI, Cássius Guimarães. As relações entre racismo e sexismo e o direito à saúde mental da mulher negra brasileira. **Revista de Políticas Públicas**, v. 22, p. 987-1006, 2018.

DE LUCENA MOTA, Mirella; RODRIGUES, Cleide Maria Batista. Serviço Social e Saúde Mental: um estudo sobre a prática profissional. **SER Social**, v. 18, n. 39, p. 652-671, 2016.

DUCATTI, Ivan. A eugenia no Brasil: uma pseudociência como suporte no trato da "questão social". **Temporalis**, v. 15, n. 30, p. 259-280, 2015.

GOMES, Gleiciane Viana; DE CASTRO ARAÚJO, Liana Brito. Trabalho profissional dos assistentes sociais na saúde na contrarreforma estatal. **Temporalis**, v. 15, n. 30, p. 335-356, 2015.

MANIFESTO DE BAURU. **Revista Insurgência**, Brasília, ano 3, v. 3 n. 2, 2017.

Disponível em

<<https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19775/18235>>. Acesso em: 17 de mar de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 29 de mar de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 29 de mar de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em: 29 de mar de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível

em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp>. Acesso em: 31 de mar de 2023

IBGE, Estimativas da População Residente no Brasil e Unidades da Federação com Data de Referência em 1º de julho de 2021. Disponível em:<

https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/POP2021_20221212.pdf >. Acesso em: 23 de maio de 2023

PASSOS, Rachel Gouveia; PORTUGAL, Sílvia. BREVE BALANÇO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: análise comparativa Brasil e Portugal a partir das experiências dos residenciais terapêuticos. **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, p. 91-102, 2015.

ROCHA, Antonia Adriana de Lima. O assistente social na saúde mental: espaços de atuação. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 06, Ed. 03, Vol. 15, pp. 34-51, 2021.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serviço Social & Sociedade**, p. 311-331, 2013.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. São Paulo, Cortez, 2013.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?. **Revista katálysis**, v. 17, p. 252-260, 2014.

SILVA, Letícia Batista *et al.* Crises econômica e sanitária: notas de continuidade. **Revista Temporalis**. 2021.

SPDM, Filiadas. **Centro de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <<https://caps.spdmafiliadas.org.br/>>. Acesso em 20 de jun de 2023.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, p. 118-133, 2021.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez, 2º edição, 2002.

UNIAD. **30 anos de CAPS Itapeva: Resgates e Tendências**. 2017. Disponível em: <<https://www.uniad.org.br/noticias/30-anos-de-caps-itapeva-resgates-e-tendencias/>>. Acesso em 20 de jun de 2023.