

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

Thalita Lorrane Rocha Rodrigues

**Serviço Social e Saúde Mental: uma análise do trabalho profissional nos Centros de Atenção
Psicossocial de Montes Claros/MG**

**Juiz de Fora
2024**

Thalita Lorrane Rocha Rodrigues

Serviço Social e Saúde Mental: uma análise do trabalho profissional nos Centros de Atenção Psicossocial de Montes Claros/MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social e Sujeitos Sociais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sabrina Pereira Paiva

Juiz de Fora

2024

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

Rocha Rodrigues, Thalita Lorrane .

Serviço Social e Saúde Mental : uma análise do trabalho profissional nos Centros de Atenção Psicossocial de Montes Claros/MG / Thalita Lorrane Rocha Rodrigues. -- 2024.
225 p.

Orientadora: Sabrina Pereira Paiva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2024.

1. Saúde Mental. 2. Serviço Social. 3. Trabalho. I. Paiva, Sabrina Pereira, orient. II. Título.

Thalita Lorrane Rocha Rodrigues

Serviço Social e Saúde Mental: uma análise do trabalho profissional nos Centros de Atenção Psicossocial de Montes Claros/MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social e Sujeitos Sociais.

Aprovada em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Sabrina Pereira Paiva – Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Luciana Gonçalves Pereira de Paula – Membro
interna Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Cristiane Silva Tomaz – Membro externa
Universidade Federal de Ouro Preto

Thalita Lorrane Rocha Rodrigues

**Serviço Social e Saúde Mental: Uma
análise do trabalho profissional nos Centros de Atenção Psicossocial de Montes Claros/MG**

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

Aprovada em 04 de dezembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sabrina Pereira Paiva - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Luciana Gonçalves Pereira de Paula

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Cristiane Silva Tomaz

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Juiz de Fora, 12/11/2024.



Documento assinado eletronicamente por Sabrina Pereira Paiva, Professor(a), em 05/12/2024, às 11:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Luciana Goncalves Pereira de Paula, Professor(a), em 05/12/2024, às 18:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Cristiane Silva Tomaz, Usuário Externo, em 05/12/2024, às 23:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal da SEI-UFJF (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, Informando o código verificador 2006687 e o código CRC 68F869CE.

A todas as assistentes sociais que atuam na saúde mental e se dedicam diariamente a afirmar e consolidar o papel do Serviço Social nesse campo específico.

Dedico também aos usuários e às usuárias dos Centros de Atenção Psicossocial de Montes Claros/MG, cuja realidade e necessidades nos inspiram a buscar constantemente a qualificação e o aprimoramento de nosso trabalho profissional.

AGRADECIMENTOS

Concluir esta dissertação foi como completar uma longa travessia, e, ao final dela, não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram ao longo deste percurso.

Primeiramente, agradeço a Deus, pela presença e cuidado constante.

Agradeço profundamente a minha mãe Elizângela, meu pai Washington, meus irmãos e irmãs e afirmo com orgulho: “Sim, vai ter filha de família pobre periférica Mestre! (e logo mais Doutora também).” Ser a primeira da família a ocupar o espaço da academia, diante das inúmeras dificuldades impostas pela vida, foi desafiador. No entanto, o olhar de orgulho da minha mãe e do meu pai sempre me motivou a continuar. Obrigada, mamis e papis, por acreditarem na “doutora da família” e por me ajudarem a realizar este sonho.

Às queridas Sandra e Ana Luiza, que, de colegas de Mestrado, se tornaram amigas essenciais. Agradeço pela escuta atenta, pelos conselhos certos, pelo apoio incondicional, pelas palavras de encorajamento e pela amizade sincera. Sou grata por nosso encontro nesta vida!

Aos meus companheiros/as e amigas/os de turma — Iasmim, Caio, Emiliene, Vanusa, Luiza, João, Ana Guimarães, Luca e Thalles —, que me acolheram com carinho e transformaram minha passagem por Juiz de Fora em momentos inesquecíveis e cheios de alegria.

Ao amigo e professor Diego, que, com suas contribuições, foi fundamental no meu processo de pesquisa desde o início, ainda no processo seletivo.

À Maria Isabel, Bruna, Euliny e Ana Maria, pela amizade verdadeira e por compartilharem essa trajetória comigo, tornando-a mais leve e significativa a cada passo.

A Fernando, por seu apoio constante e encorajamento em todas as fases deste processo. Ao professor e amigo Wesley Felício, por todos os empréstimos de livros e por ser um supervisor acolhedor e instrutivo durante meu estágio acadêmico.

Aos meus sobrinhos Melissa, Derick Felipe e Antônio, que iluminam meus dias, trazendo alegria à minha vida e lembrando-me que, mesmo em meio às tempestades, há sempre espaço para o riso.

A Ângelo, que contribuiu significativamente na reta final desta pesquisa.

À minha orientadora Sabrina, cuja paciência, serenidade e dedicação tornaram este percurso mais leve e produtivo.

Às examinadoras Cristiane Tomaz e Luciana de Paula, que contribuíram de forma valiosa para o aprimoramento deste trabalho.

À minha avó Marilene (*in memoriam*) e ao meu avô Antônio (*in memoriam*), pelo amor e cuidado que sempre me dedicaram ao longo da minha vida.

Agradeço às assistentes sociais que prontamente aceitaram participar da pesquisa, enriquecendo a construção deste trabalho.

À Coordenação de Saúde Mental de Montes Claros, que facilitou o acesso às informações solicitadas.

À Fapemig, pelo apoio financeiro que possibilitou a realização desta pesquisa.

E a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho: muito obrigada!

Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida

(Milton Nascimento)

RESUMO

A presente dissertação de mestrado em Serviço Social tem como objetivo compreender a especificidade do trabalho dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Montes Claros/MG. Para isso, considera-se o significado social da profissão e a função atribuída a ela na divisão social e técnica do trabalho, bem como sua condição de trabalho assalariado no contexto capitalista, marcado por transformações no mundo do trabalho e nas formas de produção e reprodução social. A pesquisa parte de inquietações acadêmicas e profissionais, levantando a hipótese inicial de risco de descaracterização do Serviço Social no campo da saúde mental, especialmente no âmbito dos CAPS. Metodologicamente, a pesquisa combina revisão bibliográfica e pesquisa empírica, de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. A investigação empírica ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com seis assistentes sociais atuantes em quatro CAPS (Infantil, Adulto III, Álcool e Outras Drogas III, e Álcool e Outras Drogas II) de Montes Claros, Minas Gerais, cidade referência em saúde mental no Norte de Minas Gerais. Os resultados indicam que as transformações no modo de produção capitalista impactam diretamente a classe trabalhadora, afetando também o trabalho dos assistentes sociais. A partir da análise de dados, foi possível perceber que a precarização das políticas sociais no contexto neoliberal contemporâneo impacta a política de saúde mental, seus profissionais e usuários/as, aumentando a sobrecarga e priorizando o atendimento a demandas imediatistas. Os serviços têm requerido cada vez mais o perfil de um profissional polivalente, que realiza em grande parte do tempo atividades genéricas e comuns a todas as profissões. Nesse cenário, as tarefas mais específicas do Serviço Social acabam sendo relegadas para segundo ou terceiro plano, quando são realizadas. A colocação do trabalho multiprofissional permeia todo o trabalho nos CAPS. No entanto, embora represente uma estratégia importante na descentralização do cuidado em saúde mental, esse modelo de trabalho pode contribuir para a diluição das especificidades das profissões, especialmente em um contexto de sobrecarga de atividades genéricas e de caráter imediatista. Foi possível identificar que o reconhecimento do espaço e das atribuições privativas dos assistentes sociais dependem de uma construção contínua e de um posicionamento direcionado da/o profissional dentro da equipe. Nesse contexto, compreender e considerar o seu objeto de intervenção — as expressões da “questão social” presentes nesse campo — é fundamental para que o/a assistente social evite cair nas armadilhas de atendimentos que privilegiam aspectos de outras áreas que não competem à sua profissão. Essa clareza sobre o seu papel e campo de atuação é essencial para contribuir na efetividade de sua intervenção e na preservação das especificidades de seu trabalho profissional. Conclui-se

que há uma necessidade contínua de fortalecer a identidade profissional dos assistentes sociais na área da saúde mental, à luz dos princípios do Projeto Ético-Político da profissão.

Palavras-chaves: Serviço Social; saúde mental; trabalho profissional.

ABSTRACT

This master's dissertation in Social Work aims to understand the specificity of the work of social workers in the Psychosocial Care Centers (CAPS) in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. To this end, it considers the social significance of the profession and its role in the social and technical division of labor, as well as its condition as wage labor within the capitalist context, marked by transformations in the world of work and in the forms of social production and reproduction. The research stems from academic and professional concerns, raising the initial hypothesis of a risk of decharacterization of Social Work in the field of mental health, particularly within CAPS. Methodologically, the research combines a literature review and empirical research of a qualitative, descriptive, and exploratory nature. The empirical investigation was conducted through semi-structured interviews with six social workers working in four CAPS (Child, Adult III, Alcohol and Other Drugs III, and Alcohol and Other Drugs II) in Montes Claros, a reference city for mental health in Northern Minas Gerais. The results indicate that transformations in the capitalist mode of production directly impact the working class, also affecting the work of social workers. Data analysis revealed that the precarization of social policies in the contemporary neoliberal context impacts mental health policy, its professionals, and users, increasing workloads and prioritizing immediate demands. Services increasingly require a versatile professional profile, with much of the time spent on generic activities common to all professions. In this scenario, the more specific tasks of Social Work are often relegated to second or third place, when they are carried out at all. Multidisciplinary teamwork permeates all activities in CAPS. However, although it represents an important strategy in the decentralization of mental health care, this model of work can contribute to the dilution of professional specificities, especially in a context of overload with generic and immediate tasks. It was possible to identify that the recognition of the space and private attributions of social workers depends on continuous construction and a directed positioning of the professional within the team. In this context, understanding and considering their object of intervention—the expressions of the “social question” present in this field—is fundamental for social workers to avoid falling into the trap of addressing aspects of other areas that do not fall within their professional scope. This clarity about their role and field of practice is essential to contribute to the effectiveness of their intervention and the preservation of the specificities of their professional work. It is concluded that there is a continuous need to strengthen the professional identity of social workers in the field of mental health, in light of the principles of the Ethical-Political Project of the profession.

Keywords: Social Work; mental health; professional work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AM	Apoio Matricial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAETAN	Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS TM	Centro de Atenção Psicossocial - Transtorno Mental
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil
CERSAMs	Centros de Referência em Saúde Mental
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIB-SUS	Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CRAM	Centro de Referência em Atendimento a Mulher
CRESS	Conselhos Regionais de Serviço Social
CRS	Centro Regional de Saúde
DESMAD	Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
ECT	Eletroconvulsoterapia
ENESSO	Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social
ESF	Estratégias de Saúde da Família
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GRS	Gerência Regional de Saúde
HUCF	Hospital Universitário Clemente de Farias
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PEP	Projeto Ético-Político

PNAD	Política Nacional de Drogas
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAR	Subsistema de Alerta Rápido sobre Drogas
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SMSAS	Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDENE	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UA	Unidades de Acolhimento
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UAI	Unidade de Acolhimento Infantojuvenil
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Normativas que alteram a Política Nacional de Saúde Mental	96
Quadro 2 - Normativas que alteram a Política de Álcool e outras drogas	98
Quadro 3 - Normativas que alteram ambas as políticas.....	100
Quadro 4 - Normativas aprovadas no ano de 2023 e 2024 pelo governo Lula (2022-2026) relacionadas a Política de Saúde Mental e Álcool e outras drogas	104
Quadro 5 - Caracterização e composição dos CAPS conforme a portaria 336/GM/2002 e 3088/2011	148
Figura 1 - Projeto de Trabalho Profissional	197

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Identificação das entrevistadas	132
Tabela 2 – Composição Familiar e Renda auferida.....	133
Tabela 3 – Tempo do vínculo empregatício	134
Tabela 4 – Composição das equipes dos CAPS - Pesquisa.....	146

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	TRABALHO, VALORIZAÇÃO E ALIENAÇÃO: ELEMENTOS PARA PENSARMOS AS CONTRADIÇÕES INERENTES AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL	25
2.1	AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO NA SOCIABILIDADE CAPITALISTA E O FENÔMENO DA ALIENAÇÃO.....	25
2.1.1	Trabalho no modo de produção capitalista e o fenômeno da alienação.....	31
2.2	AS TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO E O IMPACTO PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS	40
2.3	O SERVIÇO SOCIAL ENQUANTO TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA	53
3	O DEBATE DA DESCARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL À LUZ DA TESE DO SINCRETISMO E A PRÁTICA INDIFERENCIADA: ELEMENTOS PARA ANALISARMOS O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL	67
3.1	SERVIÇO SOCIAL E O ANEL DE FERRO: UMA ANÁLISE DA TESE DO SINCRETISMO DE JOSÉ PAULO NETTO	67
3.1.1	O sincretismo e a prática indiferenciada.....	71
3.1.2	O sincretismo ideológico	74
3.1.3	Serviço Social como sincretismo “científico”	79
3.2	O SERVIÇO SOCIAL E O DEBATE DA AUTONOMIA RELATIVA: A CRÍTICA DE MARILDA VILLELA IAMAMOTO À TESE DO SINCRETISMO.....	83
4	SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: OS DESAFIOS PARA O TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE.....	92
4.1	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL NO CONTEXTO CONTEMPORÂNEO: ENTRE AVANÇOS E RETROCESSOS.....	92
4.2	SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRABALHO PROFISSIONAL	108
5	O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE	

	MONTES CLAROS/MG: CONTRIBUIÇÕES PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	119
5.1	DO PRONTAMENTE AOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE MONTES CLAROS/MG: UM BREVE RESGATE HISTÓRICO.....	119
5.2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	128
5.3	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FORMAÇÃO, PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA DAS ENTREVISTADAS ...	131
5.4	DINÂMICAS, CONDIÇÕES DE TRABALHO E ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE DAS ASSISTENTES SOCIAIS	142
5.5	COTIDIANO DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS.....	156
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	200
	REFERÊNCIAS	205
	APÊNDICE	216
	APÊNDICE A – Roteiro das Entrevistas	216
	ANEXOS	219
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	219

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação é fruto de inquietações acadêmico-profissionais vivenciadas durante a inserção da autora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Montes Claros (2020-2022), quando foi possível vivenciar, questionar e refletir sobre os desafios e as possibilidades postos para a atuação profissional neste campo específico, em um contexto de reformas neoliberais e pandemia de COVID-19. A experiência profissional no programa suscitou conflitos quanto ao trabalho – assim estabelecido após as Diretrizes Curriculares de 1996 para especificar a inserção da profissão na divisão social e técnica do trabalho – do/a assistente social neste setor de assistência à saúde, em que as demandas imediatas são, na maioria das vezes, relacionadas ao atendimento dos profissionais das áreas biomédicas e psíquicas.

O problema teórico desta pesquisa situa-se no risco da descaracterização do trabalho profissional da/o assistente social nas equipes multiprofissionais do campo da saúde mental face às múltiplas expressões da “questão social”¹, sobretudo no contexto contemporâneo. No Brasil, a partir dos anos de 1990, tem-se o apelo às ideias neoliberais que vão refletir diretamente sobre as relações de trabalho e sobre as políticas sociais por meio da terceirização, da precarização e da privatização. Nesse contexto, tem-se a requisição pelos chamados profissionais polivalentes, capazes de executar diferentes atividades e funções. Nesse sentido, buscamos compreender como se apresenta o trabalho profissional no contexto atual de aprofundamento da crise do capital e avanço neoliberal e qual a peculiaridade dessa atuação na política de saúde mental na realidade brasileira.

Compreender a particularidade do trabalho de assistentes sociais no campo da saúde mental torna-se relevante na medida em que busca fortalecer a identidade profissional do Serviço Social no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio de uma atuação embasada no projeto ético-político da profissão. Esse projeto orienta para a promoção de direitos e a luta contra o estigma que marca a população usuária desses serviços, composta majoritariamente pela classe trabalhadora, provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao

¹ A *questão social* não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão (Iamamoto; Carvalho, 2014, p. 83-84, grifo dos autores). O termo é utilizado entre aspas por ter origem no pensamento conservador, na metade do século XIX, como uma forma de nomear o pauperismo emergente da época.

valorizar o saber específico do Serviço Social, destaca-se a importância da intervenção que, além de promover acolhimento e atendimento qualificado, contribui para romper com os preconceitos sociais e institucionais. Essa atuação integra-se à equipe multiprofissional, agregando uma visão crítica da realidade social na qual esses sujeitos estão inseridos, o que possibilita analisar o sofrimento mental dentro de um contexto macrossocial, fortalecendo um cuidado que reconheça as singularidades do indivíduo considerando os recortes de classe, raça e gênero que influencia diretamente nos processos de adoecimento.

Um dos elementos que justifica a relevância desta discussão é o aumento do número de assistentes sociais inseridas/os e que vem se inserindo na área, com a implementação dos serviços substitutivos a partir da Lei nº 10.216/2001. Nesse sentido, esta pesquisa busca compreender qual a peculiaridade do Serviço Social no campo da saúde mental frente a um cenário de ofensivas neoliberais nas relações de trabalho e nas políticas sociais, partindo do pressuposto de que a crise do capitalismo contemporâneo incide diretamente sobre o exercício profissional de assistentes sociais que atuam em todas as políticas sociais, neste caso, a saúde mental. Tais rebatimentos, somados à peculiaridade da área e ao significado social e histórico da profissão, compõem um rol de aspectos que geram risco de descaracterização do Serviço Social neste campo específico.

Desse modo, nosso objeto neste estudo foi “a especificidade do trabalho de assistentes sociais nos Centro de Atenção Psicossocial do município de Montes Claros/MG”. O objetivo geral foi compreender a particularidade do trabalho dos/as assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Montes Claros/MG, considerando o significado social da profissão e a função para a qual foi incorporada na divisão social e técnica do trabalho, bem como sua condição de trabalhador assalariado no modo de produção capitalista que sofre diretamente os rebatimentos das mudanças no mundo do trabalho e das formas de produção e reprodução dentro do sistema vigente.

Os objetivos específicos consistiram em: 1) analisar os rebatimentos da crise contemporânea do capital para o trabalho das assistentes sociais que atuam no campo da saúde mental; 2) compreender se há uma descaracterização do Serviço Social na atuação profissional junto às equipes multiprofissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Montes Claros/MG; 3) identificar que projeções profissionais é possível construir em face desse contexto, a partir da perspectiva crítica que orienta o atual projeto profissional. Assim, ficamos com as seguintes indagações: Como se apresenta o trabalho profissional no contexto de crise contemporânea do capital? O que peculiariza essa atuação na política de saúde mental na realidade brasileira? É possível afirmar uma imprecisão do trabalho do assistente social nesse campo? Quais as

percepções e representações das assistentes sociais que estão nos CAPS de Montes Claros/MG sobre o trabalho profissional?

Consideramos importante compreender a particularidade do trabalho profissional do assistente social a partir do novo modelo de assistência à população usuária da política de saúde mental, tendo em vista que, ao longo da história do Serviço Social, especialmente em sua fase inicial e de consolidação no Brasil, a profissão esteve marcada pela tendência de psicologização dos problemas sociais, interpretando questões estruturais de natureza econômica e social como desafios individuais e psíquicos. Netto (2011a) destaca que, ao atuar nesse viés psicologizante, o Serviço Social reforçava o controle social e contribuía para a manutenção da ordem vigente, pois desviava o foco das relações sociais e econômicas que produziam a desigualdade e exclusão. Essa prática limitava o potencial crítico da profissão e a distanciava da análise materialista, necessária para entender e intervir nos determinantes estruturais das expressões da “questão social” vivenciados pela classe trabalhadora.

Além disso, a descaracterização do Serviço Social na saúde mental nos pareceu um risco, especialmente diante da hegemonia dos saberes biomédicos e psicológicos que prevalecem nesse campo específico. Como as demandas apresentadas nos CAPS tendem a envolver questões subjetivas, entendemos que a intervenção do/a assistente social corre o risco de ser reduzida a abordagens individualizantes, o que distorce o compromisso ético-político da profissão em analisar e agir sobre as demandas que lhe são apresentadas.

Essa problemática é evidenciada em outros trabalhos cuja pesquisa empírica demonstra que assistentes sociais, ao se inserirem nos serviços de saúde mental, queixam-se do sentimento de desqualificação para atuação nesse campo específico (Robaina, 2010; Rosa; Lustosa, 2015; Tomaz, 2018). Nesse contexto, nota-se que assistentes sociais acabam buscando conhecimentos em áreas como, por exemplo, a psicanálise ou a psicologia, na tentativa de preencher lacunas percebidas em sua formação. Entretanto, intervenções profissionais orientadas por vertentes voltadas unicamente para a responsabilização do sujeito descaracterizam a identidade profissional do Serviço Social, a qual foi construída coletivamente ao longo dos últimos anos, e priva o campo da saúde mental de uma maior contribuição do saber específico da profissão.

Metodologicamente, esta dissertação desenvolveu uma pesquisa bibliográfica e, paralelamente, incluiu pesquisa de campo de caráter descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. Para a pesquisa bibliográfica, foi realizada leitura e análise da bibliografia especializada que trata do trabalho no modo de produção capitalista e sobre o estudo do significado social do Serviço Social e dos rebatimentos da crise contemporânea do capital no

trabalho profissional, além de autores do campo do Serviço Social que discutem o trabalho do/a assistente social na saúde mental.

Entendemos como pesquisa bibliográfica o conjunto dos livros e artigos escritos sobre determinado assunto, por autores conhecidos e identificados, pertencentes a correntes de pensamento diversas que “tem a finalidade de aprimoramento e atualização do conhecimento, através de uma investigação científica de obras já publicadas” (Sousa *et al.*, 2021, p. 65).

A construção teórico-analítica sobre o tema proposto neste estudo se deu tomando por referência o materialismo histórico, uma vez que, em nossa compreensão, esse pensamento possibilita um maior entendimento da realidade social. Na Introdução de 1857, Marx sintetiza as bases do método que viabilizou suas análises e a fundação da sua Teoria Social, em que o pensamento parte da totalidade viva imediata e formula a abstração geral do “todo caótico” por meio de análises conscienciosas, realizando a construção de abstrações simples, o que permite apreender “[...] as diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão íntima que há entre elas [...]” (Marx, 2006, p. 21).

Em consonância com essa perspectiva, Minayo (2002) exemplifica que o materialismo histórico permite uma abordagem integral, na qual a investigação se preocupa em compreender a realidade concreta de maneira crítica, partindo da totalidade e avançando para as especificidades. Para Minayo (2002), é essencial que uma pesquisa capte as determinações históricas e sociais do objeto estudado, promovendo uma relação entre concreto e abstrato, geral e particular, teoria e prática. No caso da saúde mental, o método materialista histórico nos permitiu analisar o trabalho dos/as assistentes sociais não apenas em termos de suas ações imediatas, mas como parte de uma estrutura histórica e social que reproduz e transforma as formas de trabalho e as condições de vida. Essa abordagem permite que a pesquisa revele tanto a aparência das práticas cotidianas quanto as dinâmicas estruturais que orientam e limitam a atuação dos profissionais, destacando as contradições que caracterizam o trabalho social no contexto de crise do capital.

Nossa pesquisa foi realizada no município de Montes Claros/MG, que dispõe de quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades “Álcool e outras drogas II”, Álcool e outras drogas III – 24h, “Infantojuvenil” e o “Adulto II”. Atualmente, cada CAPS conta com duas profissionais do Serviço Social, um total de oito profissionais que atuam na rede; dessas, seis participaram da pesquisa. A escolha por esses dispositivos da rede relaciona-se com o fato de serem os serviços substitutivos estratégicos operantes no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo atenção especializada e apoio matricial a outras unidades do

SUS, que atende e acompanha sujeitos em sofrimento mental e que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

O conhecimento da realidade empírica foi obtido por meio de entrevistas semiestruturadas, agendadas previamente com cada profissional, realizadas entre março e junho do ano de 2024. Utilizamos um roteiro orientador (Apêndice A), contendo perguntas abertas e fechadas. Com esse instrumental, buscamos conhecer as entrevistadas e a forma do vínculo empregatício, bem como os serviços em que estão inseridas, além de entender a percepção de cada uma acerca do cotidiano de trabalho. Nesse sentido, nosso instrumento norteador foi dividido em quatro blocos de perguntas, sobre: 1) perfil sociodemográfico; 2) formação profissional; 3) sobre o vínculo empregatício na saúde mental; 5) cotidiano profissional e o trabalho do/a assistente social na saúde mental. No que tange a esse último, que se refere especificamente ao exercício profissional nos CAPS, a análise se deu a partir dos seguintes eixos: 1) atividades de acolhimento e atendimento direto ao usuário; 2) atividades de intervenção comunitária; 3) atividades de atendimento coletivo e familiar; 4) atividades de planejamento e trabalho em equipe. Optou-se pela seleção de quatro temáticas específicas, as quais emergiram como eixos centrais a partir da recorrência e da relevância evidenciadas nas respostas das profissionais. Essa escolha metodológica justifica-se por permitir uma análise aprofundada do cotidiano de trabalho das assistentes sociais, refletindo as principais dinâmicas e desafios presentes em seu trabalho profissional.

Nesse sentido, estruturamos esta dissertação da seguinte forma: no capítulo 2, esboçamos sobre o conceito de trabalho e suas transformações ao longo dos séculos, compreendido enquanto categoria ontológica do ser social e aqui enquanto fundamento estrutural para o delineamento do nosso objeto de estudo. Além disso, realizamos uma análise sobre a relação do Serviço Social com a reprodução das relações sociais no modo de produção capitalista. Nosso intuito, ao discorrer sobre a relação do trabalho e o Serviço Social brasileiro, foi apresentar elementos que nos ajudassem a apreender as particularidades do cotidiano profissional no campo da saúde mental dentro de um sistema de produção específico. A apreensão da particularidade da gênese histórico-social da profissão está diretamente relacionada ao momento em que a “questão social” passa a ser tratada pelo Estado capitalista monopolista como caso de política. Sendo assim, podemos afirmar que a emergência do Serviço Social enquanto profissão ocorre para atender às necessidades de valorização do capital dos monopólios e, ao mesmo tempo, como resposta às reivindicações da classe trabalhadora por melhores condições de vida e de trabalho.

No capítulo 3, apresentamos duas das principais teses do Serviço Social brasileiro que tratam da profissionalização e consolidação da profissão, sua relação com o capitalismo e suas formas de resistência às ofensivas conservadoras. Na tese do sincretismo defendida por Netto (2011a), encontramos a fundamentação para o debate relacionado à inespecificidade profissional do Serviço Social. Netto (2011a) afirma a existência de um “anel de ferro” aprisionador da profissão, a partir das condições ofertadas pelo sistema em que ocorre a sua operacionalização, que possibilita no máximo a racionalização de recursos e esforços dirigidos ao enfrentamento superficial das refrações da “questão social”. Ou seja, apesar de, idealmente, romper com as práticas das suas protoformas, a profissão não se legitima socialmente por resultados diversos.

Dessa forma, sua prática, ainda que orientada por um sistema de saber e inserida institucionalmente no espectro da divisão social e técnica do trabalho, não se legitima socialmente de forma distinta das suas protoformas. De acordo com o autor, é por meio dessas tensões que as crises de “identidade” profissional do Serviço Social acontecem, visto que a especificidade se converte em uma incógnita tanto para o próprio atuante quanto para aqueles que demandam sua atividade.

Nesse capítulo, abordo ainda a tese da autonomia relativa, que é defendida por Iamamoto (2015), na qual se reconhece a tensão existente entre o estatuto profissional e a condição de trabalhador do assistente social no modo de produção capitalista, mas destaca a potencialidade da dimensão ideopolítica da profissão como possibilidade de orientação da intervenção profissional. Além disso, aponta como caminho o fortalecimento de um projeto profissional e projeto societário voltado para defesa da classe trabalhadora, pautado em valores, princípios e objetivos que permitam aos assistentes sociais, por meio do movimento constante e permanente de reflexão do cotidiano, orientarem seu trabalho na direção social hegemônica dentro da profissão, apesar dos desafios diários encontrados. Esse debate nos ajuda a analisar os desafios postos para a categoria na contemporaneidade e nos permite refletir sobre as possibilidades para a atuação profissional.

No capítulo 4, realizamos uma análise sobre a política de saúde mental do Brasil desde sua implementação até os dias atuais para compreendermos os desafios postos para os/as trabalhadores e usuários desse campo. O debate realizado no item 4.1 nos possibilitou discorrer sobre a política na qual se vinculam os CAPS, lócus de trabalho das profissionais entrevistadas para construção desta dissertação. Nesse sentido, é possível demarcar os avanços e retrocessos – partindo de uma perspectiva orientada pela reforma psiquiátrica antimanicomial e pelos princípios do Sistema Único de Saúde – da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que

estão diretamente relacionados com as mudanças que ocorrem nas relações sociais de produção e reprodução do sistema capitalista. Concomitantemente, há também o impacto nas relações de trabalho e em como é possível desenvolver a atuação e operar o cuidado na particularidade desse espaço sócio-ocupacional. No item 4.2, apresentamos um breve resgate histórico sobre a inserção do assistente social no campo da saúde mental e as mudanças de paradigmas colocadas para o exercício profissional após o Movimento de Reconceituação e os avanços da Reforma Psiquiátrica antimanicomial.

No Capítulo 5, apresentamos os resultados da análise de dados da pesquisa empírica realizada com as assistentes sociais que trabalham nos quatro CAPS de Montes Claros. No item 5.1, fazemos um resgate histórico da Reforma Psiquiátrica do município, apresentando os avanços no que se refere à substituição da lógica hospitalar/manicomial pela Rede de Atenção Psicossocial. No item 5.2, apresentamos os procedimentos metodológicos e como se deu o percurso de construção da presente dissertação. No item 5.3, discorremos sobre o perfil sociodemográfico, formação, produção de conhecimento e participação política das entrevistadas. No item 5.4, analisamos aspectos relacionados aos serviços e ao vínculo de trabalho. Por fim, no item 5.5, discutimos os dados coletados sobre o cotidiano de trabalho das assistentes sociais na saúde mental. Tentamos, durante as análises, estabelecer uma relação entre o acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo do Serviço Social orientado pelo projeto ético-político vigente.

2 TRABALHO, VALORIZAÇÃO E ALIENAÇÃO: ELEMENTOS PARA PENSARMOS AS CONTRADIÇÕES INERENTES AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

Partimos da compreensão de que o Serviço Social é uma profissão que se situa no âmbito dos processos de produção e reprodução das relações sociais, inserida na divisão sociotécnica do trabalho. Sendo assim, também se fez mediada pelas relações de compra e venda de mercadorias, a partir da mercantilização de sua força de trabalho e das relações contraditórias entre seus agentes e os setores dominantes, tanto no âmbito do Estado quanto das empresas públicas e privadas. Neste capítulo, esboçamos breves notas sobre o conceito de trabalho e suas transformações ao longo dos séculos, compreendido enquanto categoria ontológica do ser social e aqui enquanto fundamento estrutural para o delineamento do nosso objeto de estudo. Além disso, realizamos uma análise sobre a relação do Serviço Social com a reprodução das relações sociais no modo de produção capitalista. Nosso intuito, ao discorrer sobre a relação do trabalho e o Serviço Social brasileiro, é apresentar elementos que nos ajudem a apreender as particularidades do trabalho profissional no campo da saúde mental dentro de um sistema de produção específico.

2.1 AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO NA SOCIABILIDADE CAPITALISTA E O FENÔMENO DA ALIENAÇÃO

Partindo da análise de Marx (2017), o trabalho é antes de tudo um processo que se dá a partir da relação entre o homem e a natureza. Assim, Marx destaca que os momentos simples do processo de trabalho são: primeiro, a atividade orientada a um fim (ou o trabalho propriamente dito); em segundo lugar, seu objeto; e, em terceiro, seus meios.

Nesse sentido, para satisfazer as suas necessidades, o homem operacionaliza a matéria-prima encontrada na natureza para produzir coisas úteis e, ao fazer isso, está executando trabalho. É importante compreender que, segundo Marx, toda e qualquer sociedade, para desenvolver valor de uso e atender às satisfações e necessidades dos indivíduos, precisa desenvolver algum processo de trabalho. Todo trabalho, então, está vinculado a uma finalidade, esse é o primeiro momento do processo de trabalho, conforme Marx. Antes de executar o trabalho, o ser humano, diferente dos animais, estabelece em sua mente uma pré-ideação do que virá a ser o produto final. Essa capacidade de projetar é nomeada por Marx como

teleológica. Isso porque, além do esforço físico, a atividade laboral exige a vontade orientada a um fim.

Para Lukács, a prévia ideação é indispensável ao processo de trabalho, visto que “a realização do trabalho só se dá quando essa prefiguração ideal se objetiva, isto é, quando a matéria natural, pela ação material do sujeito, é transformada” (Netto; Braz, 2007, p. 32). Assim sendo, o trabalho implica, pois, um movimento indissociável em dois planos: num plano subjetivo (ideação do sujeito) e num plano objetivo (transfiguração material da natureza); assim, a realização do trabalho constitui uma *objetivação* do sujeito que o efetua.

Netto e Braz (2007) colocam que tanto o fim quanto os meios do trabalho exigem e impõem condições ao sujeito, que vão além das determinações naturais. Em primeiro lugar, estão as escolhas mais apropriadas para a finalidade que se deseja alcançar. Em segundo lugar, está a distinção que ocorre entre o sujeito e o objeto com a objetivação do trabalho. Em terceiro lugar, o necessário conhecimento sobre a natureza e a coordenação múltipla necessária ao sujeito. Ou seja, não basta ao sujeito somente a prévia ideação do produto que se pretende alcançar, mas é necessário que ele reproduza, também idealmente, as condições objetivas e possa transmitir a outras pessoas essas representações.

No segundo momento do processo de trabalho, apontado por Marx, estão os objetos de trabalho que são os denominados “preexistentes”, ou seja, são todas as coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com a totalidade da terra (exemplos: a pedra, a terra, a madeira, o algodão). O objeto do trabalho só é matéria-prima quando já sofreu uma modificação mediada pela natureza (exemplos: a linha de fibra feita com o algodão que será usada para produzir roupas).

No terceiro momento do processo de trabalho, estão os meios, que Marx define como “uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador interpõe entre si e o objeto do trabalho e que serve de guia de sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas e químicas das coisas para fazê-lo atuar sobre outras coisas, de acordo com seu próprio propósito” (Marx, 2017, p. 256).

Dessa forma, o objeto de trabalho é moldado e se torna valor de uso. Em suma, “no processo de trabalho, portanto, a atividade do homem, com a ajuda dos meios de trabalho, opera uma transformação do objeto do trabalho, segundo uma finalidade concebida desde o início. O processo se extingue no produto” (Marx, 2017, p. 258). Importante ressaltar o que Marx sinaliza sobre o objeto, que esse não sofrerá mudanças em relação a sua composição quando transformado em matéria-prima, ou seja, a madeira continua sendo madeira, no entanto, assume uma nova forma a partir da manipulação do homem, por exemplo, ao se tornar um machado.

Cabe observar que o processo de trabalho, conforme Marx, se extingue no produto. Contudo, o próprio autor acrescenta que o produto final desse processo de trabalho, ou seja, a matéria-prima transformada em valor de uso, pode se tornar meio de outros trabalhos distintos. Isto é, o valor de uso produzido pode vir a ser utilizado como meio em diferentes processos de trabalho. Portanto, o resultado do processo de trabalho pode ser imediatamente consumido ou pode servir para reiniciar a produção em outro patamar. Nesse sentido, o trabalho vira processo produtivo quando utilizado na produção de outros tipos de valor de uso.

Ao final desse processo em que o homem age sobre a natureza externa e, conseqüentemente, a modifica, o homem ao mesmo tempo modifica sua própria natureza, visto que, nesse processo, ele aprende, apreende e se reinventa. Ou seja, ele desenvolve suas potências e se apropria da natureza de uma forma útil para sua própria vida.

Nesse sentido, Marx (2017) reconhece o trabalho como uma atividade unicamente humana. Dito de outra maneira, o trabalho é entendido como transformação de matérias naturais em produtos que atendem às necessidades humanas. Desse modo, atividades oriundas da relação imediata entre o animal e o meio ambiente ou necessidades biologicamente estabelecidas diferem-se substantivamente do que é entendido por Marx como trabalho.

Marx (2017) aponta características que diferenciam a atividade animal do trabalho humano. Primeiramente, sinaliza que diferentemente dos animais, que nascem “programados” para realizarem atividades imediatas sobre a matéria (por exemplo: a abelha que instintivamente cria sua colmeia), o trabalho exige instrumentos cada vez mais atualizados e desenvolvidos na manipulação da matéria. Além disso, passa a exigir habilidades e conhecimentos adquiridos inicialmente por repetição e experimentação e que pode ser transmitido através do aprendizado. Tal característica difere-se das determinações genéticas cumpridas pelos animais.

E, por último, o autor (Marx, 2017) destaca que, no trabalho realizado pelo homem, as formas de atendimento das necessidades são muito variáveis e não são excluídas as possibilidades do surgimento de outras novas, diferente da atividade natural de animais, que se satisfazem de forma fixa por atividades que atendem a uma necessidade limitada e invariável. Assim sendo, essas características do trabalho não são próprias das atividades determinadas pela natureza (diferente das atividades animais). Essa atividade, quando inteiramente desenvolvida, pode ser chamada de trabalho, numa forma que pertence exclusivamente ao homem.

A partir dessas experiências imediatas do trabalho, o sujeito acaba então repassando e universalizando os saberes que passou a possuir com essas experiências. Nesse sentido, o trabalho requer e propicia um tipo de *linguagem articulada* que, além de apreendida, é condição

para o aprendizado, logo, “através da linguagem articulada, o sujeito do trabalho expressa suas representações sobre o mundo que o cerca” (Netto; Braz, 2007, p. 33). Desse modo, o trabalho sempre será uma atividade coletiva, porque um sujeito nunca é um sujeito isolado, mas sempre se insere num conjunto (maior ou menor, mais ou menos estruturado) de outros sujeitos (Netto; Braz, 2007):

Essa inserção exige não só a coletivização de conhecimentos, mas sobretudo implica convencer ou obrigar outros a realização de atividades, organizar e distribuir tarefas, estabelecer ritmos e cadências etc – e tudo isso, além de somente ser possível com a comunicação propiciada, pela linguagem articulada, não está regido ou determinado por regularidades biológicas; conseqüentemente o caráter coletivo do trabalho não se deve a um gregarismo que tenha raízes naturais, mas, antes, expressa um tipo específico de vinculação a membros de uma espécie que já não obedecem a puros determinismos orgânicos-naturais. Esse caráter coletivo da atividade do trabalho é, substantivamente, aquilo que se denominará de social (Netto; Braz, 2007, p. 34).

Portanto, o trabalho não transforma apenas a matéria natural, pela ação dos seus sujeitos, numa interação caracterizada pelos autores como o metabolismo entre sociedade e natureza. O trabalho transforma a própria sociedade, afetando os seus sujeitos e a sua organização. Distinto do ser natural (orgânico e inorgânico)², o sujeito é transformado pelo trabalho em um *ser social*.

Em suma, os autores afirmam que o trabalho só deve ser pensado como atividade exercida exclusivamente pelo homem, membro da sociedade, atividade através da qual – transformando formas naturais em produtos que satisfazem necessidade – se cria riqueza social. O trabalho, além disso, não é apenas uma atividade específica de homens em sociedade, mas é, também e ainda, o processo histórico pelo qual surgiu o ser desses homens, o ser social. Ou seja, *foi através do trabalho que a humanidade se constituiu como tal*. Nas palavras dos autores: “o trabalho é fundante do ser social, precisamente porque é de ser social que falamos quando falamos de humanidade (sociedade)” (Netto; Braz, 2007, p. 37).

Os autores demonstram que o ser social é desenvolvido ao longo da história, processo através do qual as determinações naturais, sem deixar de existir, possuem um papel cada vez menos relevante na vida humana. Desse modo, o homem é natureza historicamente

² Por natureza, entendemos o conjunto dos seres que conhecemos no nosso universo, seres que precederam o surgimento dos primeiros grupos humanos e continuaram a existir e a se desenvolver depois desse surgimento. Ela se compõe de seres que podem ser agrupados em dois grandes níveis: aqueles que não dispõem da propriedade de se reproduzir (a natureza inorgânica) e aqueles que possuem essa propriedade, os seres vivos, os vegetais e animais (a natureza orgânica). A distinção entre os níveis inorgânico e orgânico, contudo, não significa a existência de uma “dupla natureza” – de fato, a natureza é uma unidade, articulando seus diferentes níveis numa totalidade complexa (Netto; Braz, 2007, p. 35).

transformada e objetivada pelo seu próprio trabalho. A autotransformação é uma característica propriamente humana, que situa o homem para além da sua natureza e o caracteriza como ser social. Esse seria o processo de humanização, apesar das necessidades semelhantes aos animais. Observamos que o trabalho é o fundamento do ser social. No entanto, o ser social é mais que trabalho. À medida que se desenvolve, surge para o ser social uma racionalidade, uma sensibilidade, que, sobre o modelo de objetivação do trabalho, criam-se objetivações próprias. Ou seja, quanto mais o ser social se desenvolve, mais as suas objeções transcendem o espaço ligado ao trabalho, e outras esferas de objetivação passam a existir, como a ciência, a filosofia, a arte etc. (Netto; Braz, 2007).

Para Lukács, o trabalho é o complexo genético do ser social. De acordo com a análise lukacsiana, “tanto a objetividade quanto a subjetividade humana são resultados de um processo de desenvolvimento que tem como gênese o complexo da atividade humana, identificado como pôr teleológico” (Fortes, 2001, p. 75). Desse modo, o trabalho se apresenta como o ponto inicial do processo de humanização do homem. Ou seja, com o trabalho, inicia-se o processo de superação da naturalidade, e tem curso o desenvolvimento e refinamento das faculdades propriamente humanas (Fortes, 2001, p. 75).

É através do trabalho que o sujeito desenvolve atributos especificamente humanos. Sendo assim, simultaneamente ao processo de transformação da natureza, ocorre um processo de autoformação do próprio sujeito que trabalha. Por meio dessa estrutura originária é que o ser social se desenvolve e que as bases para a estruturação de formas superiores da prática social são constituídas. Em suma, o trabalho é entendido por Lukács como a base originária das formas mais complexas da prática social (Fortes, 2001).

Nas formas superiores da prática social, tem-se o predomínio de posições teleológicas fundamentalmente distintas. Enquanto as posições teleológicas primárias (próprias da atividade laborativa) atuam de forma imediata sobre um dado objeto ou elemento natural, nas posições teleológicas secundárias, a finalidade é a consciência de outros homens, ou seja, levar outros sujeitos a assumir determinadas posições teleológicas concretas. É importante ressaltar que, com o desenvolvimento da sociedade, as posições teleológicas secundárias passam a aparecer com um “peso” maior. Isso significa dizer que essa posição teleológica secundária não aparece apenas com os processos superiores da prática social, mas passam a ocupar um lugar de destaque, assumindo papel preponderante na determinação das relações sociais (Fortes, 2001).

Assim, nas sociedades com práticas sociais mais avançadas, as posições teleológicas secundárias aparecem mais desmaterializadas, a partir do momento em que não se encontram mais diretamente vinculadas à atividade laboral produtiva, mas, de uma forma ou de outra,

ainda permanecem em constante contato com a esfera da produção. No entanto, não se encontram mais diretamente voltadas para uma atividade ou objeto da natureza, mas se voltam para a consciência de outros homens. São essas posições sócio-teleológicas superiores que determinarão posteriormente a gênese da ética, da moral, das ações políticas e, também, das bases para se compreender o conjunto dos fenômenos ideológicos (Fortes, 2001, p. 80).

Em síntese, na medida em que o trabalho vai se tornando uma atividade social, também sua objetivação e realização vão se tornando momentos de interação entre um grupo de pessoas. Segundo Marx:

[...] o produto deixa de ser o resultado imediato da atividade do produtor individual para tornar-se produto social, comum de um trabalhador coletivo, isto é, de uma combinação de trabalhadores, podendo ser direta ou indireta a participação de cada um deles na manipulação do objeto sobre que incide o trabalho (Marx, 2006, p. 577).

Como o processo de trabalho em sua forma exclusivamente humana se configura com o momento unitário entre o pensar e o agir, idealizar e construir (não desconsiderando as redes de nexos causais que perpassam esse movimento e o influenciam durante todo o processo de realização), dentro desse grupo de pessoas, ocorre a divisão social do trabalho, em que uns atuam diretamente sobre a natureza, transformando-a de “valores de uso possíveis em valores de uso efetivos” (Marx, 2006; p. 217), e outros atuam sobre as condutas de outros homens, direcionando intencionalmente seu agir sobre o mundo sensível, tendo como objetivo, em “última instância”, a transformação da natureza em bens materiais que lhe sejam úteis.

Essa ação sobre a conduta de outros homens pressupõe um elevado grau de desenvolvimento de práxis humana, ou seja, do trabalho. Lukács (1981, p. 47), sobre as questões abordadas, afirma o seguinte:

Mais importante, porém, é deixar claro o que distingue o trabalho neste sentido das formas mais evoluídas da práxis social. Nesse sentido originário e mais restrito, o trabalho é um processo entre atividade humana e natureza: seus atos tendem a transformar alguns objetos naturais em valores de uso. Junto a isto, nas formas ulteriores e mais evoluídas da práxis social, se destaca mais acentuadamente a ação sobre outros homens, cujo objetivo é, em última instância – mas somente em última instância – mediar a produção de valores de uso. Também, neste caso, o fundamento ontológico-estrutural é construído pelas posições teleológicas e pelas séries causais que elas põem em movimento. No entanto, o conteúdo essencial da posição teleológica neste momento – falado em termos inteiramente gerais e abstratos – é a tentativa de induzir uma outra pessoa (ou grupo de pessoas) a realizar algumas posições teleológicas concretas. Esse problema aparece logo que o trabalho se torna social (Lukács, 1981, p. 47).

Assim, como tratado anteriormente, Lukács, ao discorrer sobre o trabalho em sua forma social, dá ênfase às posições teleológicas, afirmando que, dentro do trabalho social, uns vão agir diretamente com os objetivos da natureza e outros com a “consciência do grupo humano”, o que não significa que uma ação é trabalho e outra não. O que Lukács tenta explicitar é o caráter social do trabalho, em que o trabalho, para ser realizado, passa a depender de uma coletividade de trabalhadores, que, movidos por posições teleológicas diferentes, tensionam a transformação da natureza para possibilitar outras necessidades/utilidades à vida humana.

2.1.1 Trabalho no modo de produção capitalista e o fenômeno da alienação

Fundamental é a análise marxista sobre o trabalho no âmbito da sociabilidade capitalista, pois neste contexto o processo de trabalho assume outras características, inclusive no que diz respeito às objetivações que serão produzidas por meio da práxis. Isso porque, nas sociedades em que vigoram a divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção fundamentais, nas quais o produto da atividade do trabalhador não o pertence mais, a práxis pode produzir objetivações estranhas e opressivas aos homens (Netto; Braz, 2007).

No modo de produção capitalista, ao comprar no mercado os fatores necessários ao processo de trabalho, quais sejam, os fatores objetivos, os meios de produção, quanto ao seu fator pessoal ou à força de trabalho, o capitalista se põe, então, a consumir a mercadoria por ele comprada, a força de trabalho. Ou seja, faz com que o trabalhador consuma os meios de produção mediante seu trabalho.

Primeiramente, cabe destacar a distinção realizada por Marx (2017) entre “força de trabalho” e “trabalho” propriamente dito. Para o autor, a força de trabalho representa toda capacidade física e mental contidas em todo e qualquer indivíduo, independentemente do modo de produção ao qual ele pertence. Ou seja, nesse momento, é aquilo que Marx chama de uma *potentia* [em potência]. Já o trabalho, pode ser caracterizado como o resultado do dispêndio da energia física e/ou mental. Portanto, resultado da força de trabalho (Marx, 2017).

Marx (2017) destaca que, como processo de consumo da força de trabalho pelo capitalista, o processo de trabalho revela dois fenômenos característicos: primeiramente, o trabalhador irá laborar sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho. Em segundo lugar, o produto final é propriedade do capitalista e não do produtor direto, o trabalhador. Esse produto final, que é propriedade do capitalista, é um valor de uso, mas são produzidos porque e na medida em que são o substrato material, os suportes do valor de troca.

Marx (2017) vai apresentar então as formas de trabalho produtivo e improdutivo. O trabalho pode ser definido como produtivo na medida em que se objetiva em um produto, ou seja, produz, utilizando os meios de trabalho disponibilizados pela natureza, objetos que sejam úteis à vida humana, que, mediados pelo trabalho, se configuram em valores de uso efetivos. Para entender melhor sobre o valor de uso, podemos dizer que a utilidade de uma coisa atribui a ela esse valor. Isto é, se eu produzo facas que são úteis na produção da alimentação, esse objeto tem então valor de uso. Logo, a mercadoria é a forma que esse valor de uso assume e forma o conteúdo material da riqueza independentemente do tipo de sociedade desta.

No entanto, para a produção do alimento, eu também preciso de uma panela que no momento não disponho entre meus utensílios. Em contrapartida, meu vizinho produz panelas e propõe uma troca. A pergunta que se faz é: quantas facas vale uma panela ou vice-versa? Nesse caso, o valor de troca aparece inicialmente como a relação quantitativa, a proporção na qual valores de uso de um tipo são trocados por valores de uso de outro tipo, uma relação que, segundo Marx, se altera constantemente no tempo e no espaço (Marx, 2017). Isso porque depende da avaliação de vários aspectos relacionados à forma, às condições, ao tempo, entre outros, em que o objeto foi produzido.

Inicialmente, é importante dizer que um valor de uso vale tanto quanto o outro, não importando suas características físicas, geométricas ou qualquer outra propriedade específica. Dessa forma, para encontrar o valor de troca da mercadoria, é necessário encontrar sua grandeza em comum. Em síntese, as mercadorias como valores de uso são, antes de tudo, de diferentes qualidades. Além disso, um valor de uso ou bem só possui valor porque nele está objetivado ou materializado trabalho humano abstrato. Assim, para medir a grandeza de seu valor, torna-se necessário analisar a quantidade de “substância formadora de valor”, ou seja, da quantidade de trabalho nele empregado. A própria quantidade de trabalho é medida por seu tempo de duração, e o tempo de trabalho possui, por sua vez, seu padrão de medida em frações determinadas de tempo, como hora ou dia. O tempo de trabalho socialmente necessário é aquele investido para produzir um valor de uso qualquer sob as condições normais para uma sociedade específica de acordo com o grau de evolução de suas forças produtivas, por exemplo.

Para Marx (2017), é apenas a quantidade de trabalho socialmente necessário ou o tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de um valor de uso que determina a grandeza de seu valor, ou seja, seu valor de troca. De forma sintética, Marx explica que:

Como regra geral, quanto maior é a força produtiva do trabalho, menor é o tempo de trabalho requerido para a produção de um artigo, menor a massa de trabalho nele cristalizada e menor seu valor. Inversamente, quanto menor a

força produtiva do trabalho, maior o tempo de trabalho necessário para a produção de um artigo e maior seu valor. Assim, a grandeza de valor de uma mercadoria varia na razão direta da quantidade de trabalho que nela é realizado e na razão inversa da força produtiva desse trabalho (Marx, 2017. p. 272).

Nesse sentido, o valor de troca deve ser calculado a partir do tempo de trabalho necessário para a produção de determinado valor de uso. Entende-se por força produtiva um conjunto de circunstâncias que contribuem para a diminuição no tempo empregado na produção de mercadorias. Marx cita, por exemplo, o grau de desenvolvimento tecnológico e científico da sociedade, o nível de conhecimento dos trabalhadores, a forma de organização social da produção, a quantidade e a eficácia dos meios de produção, as condições naturais.

Assim, o objetivo final do capitalista não é produzir valor de uso ou mesmo valor de troca, mas sim o mais valor obtido por meio da força trabalho não pago, ou seja, a mais valia, o trabalho excedente. Para exemplificar, imaginemos: o capitalista investe dinheiro em meios de produção, materiais e força de trabalho esperando receber um lucro sobre o produto final. No entanto, ao realizar esse processo, descobre que apenas recuperou o dinheiro investido. Não obstante, percebe que, ao utilizar da força de trabalho por um período maior na produção, investindo ainda o mesmo valor inicial, obteria para si um valor maior produzido nas horas de trabalho não pago. Dessa forma, importa ao capitalista apenas o *quantum* de sobretrabalho que ele consegue extorquir do trabalhador coletivo.

Em virtude da organização social da produção humana, dentro deste modo de produção específico, a definição de trabalho produtivo também se amplia. À medida que a produção socialmente combinada é subsumida pelo capital, primeiro formalmente e mais tarde realmente, a produtividade social do trabalho, que toma forma e medida não estritamente pela sua manifestação material, mas pela forma como se organiza a produção, enquanto produção especificamente social, ou seja, “[...] o conceito de trabalho produtivo não compreende apenas uma relação entre atividade e efeito útil, entre trabalhador e produto trabalho, mas também uma relação de produção especificamente social, de origem histórica, que faz do trabalhador instrumento direto de criar mais-valia” (Marx, 2006, p. 578).

O que distingue trabalho produtivo do trabalho improdutivo não é sua forma material ou útil, mas sua função no processo de produção capitalista. O trabalho trocado por dinheiro não cria sobrevalor, somente o trabalho trocado por capital variável repõe seu valor e produz mais valia. O capital só é capital produtivo potencialmente, e só se objetiva enquanto capital produtivo ao ser incorporado no processo de produção real, confrontando-se com a força de trabalho viva assalariada. Pode ocorrer de o trabalhador ser assalariado, mas não ser produtivo,

é o caso dos trabalhadores que não atuam diretamente na valorização do capital, para clarear a este respeito, Marx (1969, p. 115) dá o seguinte exemplo:

“[...] Uma cantora que canta como um pássaro é uma trabalhadora improdutiva. Na medida em que vende seu canto como um pássaro é uma assalariada ou uma comerciante. Porém, a mesma cantora contratada por um empresário (entrepreneur. Fr.) que põe a cantar para ganhar dinheiro é uma trabalhadora produtiva, pois produz diretamente capital (Marx, 1969, p. 115).

No modo de produção capitalista, para ser trabalhador produtivo, o trabalhador não necessariamente tem que “pegar no objeto a ser transformado”, interessa se ele está dentro da organização do trabalho social, organização social que necessita de trabalhadores que produzem mais valia articulando as suas posições teleológicas primárias e secundárias (chão de fábrica, gerência científica do trabalho), pois o que interessa é o enraizamento da produção num contexto especificamente social, ou seja, no modo de produção capitalista, que assegura as formas de sobreviver do capital, envolvendo a atividade essencialmente humana, das mais simples às mais complexas nos processos de valorização ampliada do capital. Portanto, o que determina o caráter produtivo do trabalho não é seu efeito útil, isto é, sua forma concreta.

Em suma, o capitalista deseja produzir um valor de uso que tenha valor de troca, ou seja, um produto destinado à venda, uma mercadoria. Além disso, deseja produzir uma mercadoria cujo valor seja maior do que a soma do valor das mercadorias requeridas para a sua produção (meios de produção e a força de trabalho), para cuja compra ele adiantou o seu dinheiro no mercado.

O valor de toda mercadoria é determinado pela quantidade de trabalho materializado em seu valor de uso, pelo tempo de trabalho socialmente necessário à sua produção. Isso vale também para o produto que reverte para o capitalista como resultado do processo de trabalho.

Desse modo, a primeira tarefa é calcular o trabalho objetivado nesse produto. Assim, “o vendedor da força de trabalho, como o vendedor de qualquer outra mercadoria, realiza seu valor de troca e aliena seu valor de uso. Ele não pode obter um, sem abrir mão do outro” (Marx, 2006, p. 271). Marx, nessa passagem, esclarece que, ao vender sua força de trabalho, o trabalhador vende também seu valor de uso, ou seja, em sua diária de trabalho, sua força de trabalho pertence inteiramente ao capitalista em troca do salário.

A transformação do dinheiro em capital, ou seja, a acumulação de mais valor, ocorre no interior da esfera da circulação e, ao mesmo tempo, fora dela. Nesse sentido, “ela é medida pela circulação, porque é determinada pela compra da força de trabalho no mercado. Mas ocorre fora da circulação, pois esta, apenas dá início ao processo de valorização, que tem lugar na

esfera da produção” (Marx, 2006, p. 271). Para gerar mais valor, o capitalista precisa extrair o máximo possível do processo de produção, inclusive sem permitir perdas de matéria-prima ou horas de trabalho. Dessa forma, o mais valor resulta apenas de um excedente quantitativo de trabalho, da duração prolongada do mesmo processo de trabalho.

Para que isso ocorra, o processo de trabalho, que em sua forma essencialmente humana tem como finalidade a satisfação das carências humanas, deve se transformar, de forma perversa, em processo de produção capitalista que tem como objetivo final a produção ampliada de mais valia, mediado pela apropriação e extorsão do trabalho alheio não pago. Em seu início, o capitalismo sujeitou ao seu seio a atividade produtiva humana tal como se encontrava em formas anteriores de sociabilidade, ou seja, enquanto processo de identificação entre produtor e produto de seu trabalho, enquanto idealizador e objetivador de seu construto, já que o trabalhador participava de todo o processo de trabalho enquanto externalização e objetivação de sua subjetividade, ainda que regido sobre os primeiros indícios da extorsão da mais valia na sua forma absoluta que se efetivou através do aumento da jornada de trabalho (Marx, 2017).

À medida que as forças produtivas do trabalho socialmente combinado vão se aprimorando sob a égide do desenvolvimento do modo de produção especificamente capitalista, elas vão se tornando veículo de expansão do capital, tendo em vista que o capitalista a detém sem esforço e gasto. Esta produtividade, que é inerente ao processo de trabalho socialmente combinado, aparece então como produtividade do capital. O trabalhador considerado não isoladamente, mas enquanto membro do trabalhador global, passa a realizar sobre o jugo do capital personificado, o capitalista, a produção e valorização do capital simultaneamente, já que a produção capitalista é momento unitário em que há a produção de valor e sobrevalor (Marx, 2017).

Nesse tipo de sociedade em que vigora a divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção fundamentais, no qual o produto da atividade do trabalhador não o pertence mais, ou seja, na sociedade na qual existem formas determinadas de exploração do homem pelo homem, a práxis perde seu caráter de produção da humanização. Ou seja, as objetivações humanas, em vez de se revelarem aos homens como expressão de suas forças vitais, impõe-se a eles como exteriores e transcendentais. Conforme explicam Netto e Braz, “entre os homens e suas obras, a relação real, que é a relação entre criador e criatura, aparece invertida – a criatura passa a dominar o criador” (Netto; Braz, 2007, p. 44).

Essa inversão caracteriza o fenômeno histórico da alienação. Isso nos mostra que o processo de humanização, iniciado com a atividade do trabalho, não é algo linear e unívoco,

visto que as objetivações humanas, alienadas, deixam de promover a humanização do homem e passam a estimular regressões do ser social.

A alienação torna-se uma questão fulcral da teoria social a partir da segunda metade dos anos de 1950, quando passa a ser apreendida como um aspecto nuclear daquela teoria e um componente basilar desse pensamento³. Nos manuscritos filosóficos de 1844, Marx já apresentava introdutoriamente a temática, mas, para Netto (1981), somente depois de 1857-1858 – em função das determinações ontológico-históricas que estabelece – é que essa problemática é conclusivamente equacionada por Marx.

No interior das soluções dadas à tematização da alienação, Netto (1981) destaca três grandes linhas de reflexão, sendo que a primeira delas supõe que a alienação é um fenômeno que se manifesta exclusivamente nas sociedades de classes e que superar a sociabilidade capitalista pela via da transição socialista assegura a sua supressão. A ideia que se tem é que a alienação se origina na propriedade privada e suas consequências, desse modo, a liquidação dessa instituição garante a ultrapassagem da alienação.

Essa posição é questionada, uma vez que a alienação está enraizada de tal modo nas modalidades conhecidas de sociabilização e suas instituições – por exemplo, como na família – que se faz necessário, para além da socialização dos meios de produção e de outras eventuais mudanças, a constituição de formas radicalmente novas de sociabilidade. O autor ressalta que essas não são dadas automaticamente por uma nova sociedade e suas modificações.

Para a segunda posição, a polaridade alienação/desalienação configura uma dialética inerente a toda vida social, sendo, portanto, impossível supor sua liquidação. Nesse caso, a alienação se configura como um componente presente historicamente na sociedade. Desse modo, a alternativa à alienação é sempre estabelecer instâncias na vida social que permitam “compensar e contrabalançar as deformações dela decorrentes” (Netto, 1981, p. 35). Essa linha de reflexão atribui à alienação o estatuto de constitutivo da condição humana, logo, um componente ineliminável da estrutura do ser social.

Por fim, a terceira posição parte de uma rigorosa determinação econômico-social do fenômeno, colocando a alienação geneticamente ligada à divisão social do trabalho e à propriedade privada, mas concentra sua análise nos desdobramentos da alienação. Assim, afirmam que os efeitos do fenômeno ganharam autonomia no processo social e tendem a

³Neste período, tem-se a crise dos denominados “marxismos”, também nomeado por Netto como “marxismo vulgar”, que consistiam em concepções equivocadas engendradas em nome e/ou a partir desta teoria social. A discussão da alienação vem à tona com o colapso do marxismo-leninismo e das concepções políticas da II Internacional. Para mais informações, ver Netto (1981).

configurar estruturas de comportamentos resistentes e que, por isso, seus efeitos podem ser prolongados e, somados às peculiaridades desta vida, podem gerar novos fenômenos. O autor avalia que essa é a alternativa mais fecunda, visto que deixa em aberto a questão das funcionalidades resultantes da alienação, mutáveis em diferentes etapas do processo social.

Nesse sentido, Netto (1981) nos chama atenção para o fato de que a alienação não é um fenômeno exclusivo da sociedade burguesa. Segundo o autor, podemos afirmar que a problemática da alienação, presente nos manuscritos econômicos filosóficos de 1844, aparece como resultado do processo de objetivação/exteriorização que se dá por meio do trabalho. No entanto, nesse mesmo texto, o fetichismo aparece como forma específica de alienação na sociedade capitalista.

Para Marx, interpretado por Netto (1981), a produção mercantil dominante obscurece e escamoteia os fundamentos sociais do produto final. Dito de outra maneira, uma relação social definida, estabelecida entre os homens, assume a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas. Isso é chamado por Marx de fetichismo, fenômeno que necessariamente sempre acompanhará os produtos do trabalho, quando são gerados como mercadorias. Desse modo, o que é relação social se mostra como relação objetual. Marx esclarece a gênese desse processo:

Objetos úteis se tornam mercadorias por serem, simplesmente, produtos de trabalhos privados, independentes uns dos outros. O conjunto desses trabalhos particulares forma a totalidade do trabalho social. Processando-se os contactos entre os produtores, por intermédio da troca de seus produtos de trabalho, só dentro desse intercâmbio se patenteiam as características especificamente sociais de seus trabalhos privados. Por isso, para os últimos [os produtores], as relações sociais entre seus trabalhadores aparecem como relações materiais entre pessoas e relações sociais entre coisas, e não como relações sociais diretas entre indivíduos em seus trabalhos (Marx, 1971 *apud* Netto, 1981, p. 41).

Em síntese, o problema prático que aparece na relação de troca é o da determinação da proporção em que os produtos se intercambiam que passa a aparecer aos produtores como factual, “natural”, derivado da existência material dos produtores trocados. A citação a seguir ajuda a diferenciar a alienação do fetichismo:

É possível afirmar (estendendo a investigação para além das sugestões marxianas de 1844) que em toda sociedade, independentemente da existência de produção mercantil, onde vige a apropriação privada do excedente econômico, estão dadas as condições para a emergência da alienação. [...]. Se compreendermos por alienação [...] o processo pelo qual os sujeitos (os indivíduos, os agentes sociais particulares) se desapossam de si e da sua atividade criadora na medida em que não conseguem captar as mediações sociais que os vinculam à vida social em seu conjunto e dinamismo, pode-se garantir que a alienação tem todas as possibilidades de se afirmar e

desenvolver sem colar-se ou cristalizar-se em coisas (que é o traço constitutivo e pertinente da alienação engendrada a partir do fetichismo) (Netto, 1981, p. 74-75).

Em suma, a alienação pode ser entendida como resultado da atividade prática do homem que está presente em todas as sociedades onde vigora um estranhamento entre sujeito e objeto. Na sociedade capitalista, acrescenta-se uma forma singular (o fetichismo), em que as relações sociais entre pessoas se convertem em relações sociais entre coisas (relações factuais, “naturais”), fetichizadas.

No capitalismo tardio⁴, outras características específicas podem ser sumarizadas. A organização capitalista da vida social passa a preencher todos os espaços e permeia toda a existência individual dos sujeitos. A manipulação antes restrita à esfera da produção, passa a dominar a circulação e o consumo e articular uma indução comportamental que penetra a totalidade da existência dos agentes sociais particulares. De acordo com Netto (1981):

[...] é o inteiro cotidiano dos indivíduos que se torna administrado, um difuso terrorismo psico-social se destila de todos os poros da vida e se instila em todas as manifestações anímicas e todas as instâncias que outrora o indivíduo podia reservar-se como áreas de autonomia (a constelação familiar, a organização doméstica, a fruição estética, o erotismo, a criação dos imaginários, a gratuidade do ócio, etc.) [...] a disciplina burocrática transcende o domínio do trabalho para regular a vida inteira de quase todos os homens, do útero à cova (Netto, 1981, p. 81-82).

Além da usurpação desses outros espaços da vida privada, o autor ressalta que a visibilidade do poder opressivo (que antes, por exemplo, podia ser representado na figura do capitalista) se dissipou, dificultando, assim, sua identificação. Além disso, passou a assumir formas mais eficientes em suas manifestações econômicas, sociais, políticas e culturais. Desse modo, as relações sociais fetichizadas passam a regular todo intercâmbio humano, produzindo pseudo-objetivações, ditas naturais, mas que não possuem qualquer ligação com a natureza em si. Nas palavras do autor, “tudo é liso e raso, tudo aponta para uma só direção (ou falta dela). O que se manifesta é a pura positividade” (Netto, 1981, p. 85).

Para Netto (1981), a positividade engloba o conjunto das caóticas e autonomizadas relações sociais reificadas numa aparência unitária. Nesse sentido, aparece como requisito para a manutenção funcional da sociedade burguesa constituída. Isso porque funciona como

⁴ Para Mandel (1982), o período denominado como capitalismo tardio (1945-1970) é marcado pelo processo de acumulação – possível porque houve uma elevação da taxa de lucro –, mas que tornou as contradições internas do modo de produção capitalista ainda mais agudas. Para mais informações, ver *O capitalismo tardio*, de Ernest Mandel. Trataremos um pouco mais sobre esse período histórico adiante.

“elemento equalizador e agregador, que dá aos agentes sociais particulares a sensação de estarem congregadas (pela factualidade ‘ineliminável’) as múltiplas objetualidades a que devem amoldar-se diferencialmente” (Netto, 1981, p. 87).

Portanto, a positividade torna-se essencial para manutenção da sociedade burguesa constituída. É por meio dessa estrutura global que os agentes sociais particulares vivem o conjunto de reificações como se esse fosse a forma pela qual a objetivação humana fosse se realizar. Na particularidade do capitalismo tardio, há um deslocamento dos mistérios singulares do fetichismo (o enigma da mercadoria, do dinheiro etc.) para um mistério macroscópico da pseudo-objetividade.

Diante do exposto, compreendemos que a alienação – em suas diferentes manifestações – se coloca como obstáculo para a realização humana. Isso porque as mediações postas pela sociabilidade burguesa ocorrem por meio da divisão social do trabalho, da propriedade privada e do intercâmbio capitalista que escamoteia o sentido livre e criativo do trabalho, que é reduzido, predominantemente, à subsistência. O caráter fetichizado das relações sociais e de produção, somado às características elencadas (invisibilidade do poder opressivo, “naturalização das pseudo-objetivações”, a positividade) postas no capitalismo tardio, tornam a superação desse fenômeno um grande desafio.

No entanto, este não é um fenômeno imutável ou estático, impossível de transcender. Para Mészáros,

A atividade alienada não só produz a “consciência alienada”, mas também a “consciência da alienação”, qualquer que seja a forma alienada que possa assumir [...] não somente contradiz a ideia de uma totalidade alienada inerte, como também indica o aparecimento de uma necessidade de superação da alienação (Mészáros, 2006, p. 167).

Acrescenta ainda que,

a supressão da atividade alienada por intermédio da prática humana autoconsciente não é uma relação estática de um meio em relação a um fim, sem nenhuma possibilidade de influência mútua. [...] do mesmo modo que a alienação não é um ato único [...], seu oposto, a superação da atividade alienada por meio da iniciativa autoconsciente, só pode ser concebido como um processo complexo de interação, que produz mudanças estruturais em todas as partes da totalidade humana (Mészáros, 2006, p. 167).

Para Mészáros (2006), o único poder capaz de superar a alienação da atividade humana é a própria atividade humana autoconsciente. Segundo o autor, o homem não é uma peça inerte em uma totalidade inerte, mas um ser humano que em sua especificidade compõe uma totalidade interpessoal imensamente complexa e inerentemente dinâmica, por mais ou menos

que sua autoconsciência possa ser alienada. Sendo assim, para o autor, o caminho para a superação da alienação tem a atividade do indivíduo singular como meio, ou seja, a consciência prática do homem, a sua capacidade criativa que constrói as condições para a realização da liberdade em que a “consciência humana” passa a atingir o nível de verdadeira “consciência genérica”.

Vejamos uma explicação mais detalhada nas palavras do filósofo húngaro:

[...] somente o indivíduo humano real é capaz de realizar a unidade dos opostos (vida pública e vida privada; produção e consumo; fazer e pensar; meios e fins), sem a qual não tem sentido falar em superação da alienação. Esta unidade significa não só que a vida privada tem de adquirir a consciência prática de seu embasamento social, mas também que a vida pública tem de ser personalizada, isto é, tem de se tornar o modo natural de existência do indivíduo real; não somente o consumo passivo deve transformar-se em consumo criativo (produtivo enriquecedor do homem), mas também a produção deve tornar-se gozo; não só o “ter” abstrato sem sujeito deve adquirir um ser concreto, mas também o ser ou o “sujeito físico” não se pode transformar num ser humano real sem “ter”, sem adquirir a “capacidade não-alienada da humanidade”; não só o pensar a partir da abstração deve tornar-se pensamento prático, relacionado diretamente com as necessidades reais – e não-imaginárias ou alienadas – do homem, mas também o “fazer” deve perder seu caráter coercitivo inconsciente e tornar-se atividade livre autoconsciente (Mészáros, 2006, p. 169).

Diante do exposto, compreendemos que a forma do trabalho na sociedade capitalista influencia decisivamente os valores que são criados e assimilados pelos indivíduos. Diante disso, a discussão realizada até o momento parte do entendimento da necessidade de recorrermos à relação existente entre trabalho, valorização e alienação para pensarmos as contradições inerentes ao exercício profissional do assistente social. A seguir, faremos uma breve discussão sobre as mudanças ocorridas ao longo dos anos no sistema produtivo capitalista e como isso impacta o mundo do trabalho.

2.2 AS TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO E O IMPACTO PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Ao longo dos anos em que vigora o modo de produção capitalista, no mundo do trabalho – assim denominado por Ricardo Antunes em suas várias obras (1995; 2009; 2018) –, ocorreram diversas mudanças cujo objetivo sempre consistiu em manter as bases de produção e reprodução do capital e, não menos importante, suas elevadas taxas de lucros. Não constitui objetivo deste trabalho aprofundar-se nas particularidades e características de cada período, no entanto, entendemos ser relevante sumarizar brevemente algumas das principais transformações

ocorridas no sistema capitalista e seus impactos para a classe trabalhadora – dentre eles, os assistentes sociais.

É importante ressaltar que todas as transformações vivenciadas no campo do trabalho e das relações sociais no mundo não ocorrem, obviamente, de forma linear e homogênea em países e regiões distintas. Há de se considerar o nível de desenvolvimento das forças produtivas, a capacidade de mobilização e articulação das classes, as particularidades socioculturais, sociais, entre outros diferentes aspectos específicos de cada lugar⁵.

Desde o século XIX até os dias atuais, o modo de produção capitalista, sem alterar sua essência centrada na valorização do capital, assume características distintas, adequadas para sua reprodução em determinadas condições materiais e históricas. De acordo com Netto e Braz (2007), capital é movimento, dinamizado por suas contradições, ou seja, precisa valorizar-se, expandir-se, possuindo, assim, um caráter processual. Em virtude disso (entre outros fatores), os autores afirmam que o capitalismo não só é história, como também tem a sua própria história.

Essa, por sua vez, é “produto de transformações operadas ainda no seio da ordem feudal, a partir do momento em que se impôs mecanismos e dispositivos de desenvolvimento que lhe são peculiares” (Netto; Braz, 2007, p. 100).

Nesse sentido, é possível dizer que, ao longo de sua existência, o capitalismo moveu-se e continua se movendo, transformou-se e continua se transformando, características que constituem o capitalismo em razão do rápido e intenso desenvolvimento das forças produtivas que é a sua marca. Nas palavras de Netto e Braz (2007):

A história do capitalismo – a sua evolução –, portanto, é produto da interação, da imbricação, da intercorrência do desenvolvimento de forças produtivas, de alterações nas atividades estritamente econômicas, de inovações tecnológicas e organizacionais e de processos sociopolíticos e culturais que envolvem as classes sociais em presença numa dada quadra histórica (Netto; Braz, 2007, p. 100).

⁵Para Netto e Braz (2007, p. 111), “trata-se de um desenvolvimento desigual: em função de razões históricas, políticas e sociais, a dinâmica capitalista opera em ritmos diferenciados nos diversos espaços nacionais, afetando tanto os países capitalistas como as relações entre eles. Assim, não se distinguem apenas países desenvolvidos e países atrasados, mas também a liderança entre países desenvolvidos revelou-se mutável (pense-se na sucessão histórica desses países líderes: Portugal, Espanha, Holanda, Inglaterra, Estados Unidos) e, ainda, países atrasados puderam tornar-se países desenvolvidos e vice-versa (compare-se a situação da Alemanha e do Japão nos meados do século XIX e no século XX ou a de Portugal nos séculos XVI e XX). Ademais disso, o desenvolvimento capitalista revelou-se, no que diz respeito aos países atrasados, um desenvolvimento combinado, na feliz expressão de Leon Trótski (1879-1940): pressionados pelo capital dos países desenvolvidos, os atrasados progridem aos saltos, combinando a assimilação de técnicas as mais modernas com relações sociais e econômicas arcaicas – e esse progresso não lhes retira a condição de economias dependentes e exploradas”.

Esses elementos não só alteram a si mesmos, como também se altera a interação entre eles no curso do desenvolvimento do modo de produção capitalista.

Com vistas a facilitar a compreensão, os autores estabelecem uma periodização histórica do desenvolvimento do capitalismo e registram sua primeira fase na chamada acumulação primitiva entre o século XVI e meados do século XVIII. Trata-se do estágio inicial do capitalismo, que vai até o momento em que o capital dá seus primeiros passos para controlar a produção de mercadorias e, nela, comandar o trabalho, mediante o estabelecimento da manufatura, designado como capitalismo comercial (ou mercantil), visto que o grupo social composto pelos comerciantes/mercadores teve um papel importante nesse período⁶ (Netto; Braz, 2007).

Aproximadamente a partir da oitava década do século XVIII, o capitalismo ingressa num novo estágio evolutivo. Nessa fase, o capital – organizando a produção através da emergente grande indústria – dará continuidade ao processo que acarretará a subsunção real⁷ do trabalho. Esse segundo estágio do capitalismo, nomeado como capitalismo concorrencial⁸ (ou “liberal” ou “clássico”), perdurará até o último terço do século XIX. Durante a vigência do capitalismo concorrencial, estabeleceu-se um sistema econômico internacional – mais especificamente uma economia mundial –, que, no estágio subsequente do capitalismo, se desenvolve e se consolida⁹ (Netto; Braz, 2007).

É nesse estágio que surgem as lutas de classes fundadas na contradição entre capital e trabalho. Tais lutas, antagonizando a burguesia e os trabalhadores (elementarmente, a burguesia e o proletariado), adquirem inicialmente formas grosseiras, pouco politizadas, mas que progressivamente vão alcançando um grau maior de politização, que as torna mais conscientes. Conforme Netto e Braz (2007), os primeiros protestos ocorreram de forma violenta, reação

⁶ Não constitui objetivo deste trabalho traçar as características desse período. Para mais informações, consultar Paulo Netto e Braz (2007).

⁷ Marx (2017) vai falar de dois tipos de subsunção: a *formal*, em que o capital domina o processo de trabalho sem alterá-lo profundamente, e a *subsunção real*, que ocorre quando o capital transforma o próprio processo de trabalho, aumentando a produtividade e a exploração.

⁸ A caracterização desse estágio como concorrencial explica-se em função das relativamente amplas possibilidades de negócios que se abriam aos pequenos e médios capitalistas: na escala em que as dimensões das empresas não demandavam grandes massas de capitais para a sua constituição, a “livre iniciativa” (“iniciativa privada”) tinha muitas chances de se consolidar em meio a uma concorrência desenfreada e generalizada – embora as quebras e falências durante as crises afetassem especialmente os pequenos e médios capitais, esses dispunham de oportunidades de investimento lucrativo que, no futuro, seriam cada vez menores, já que, à medida que se desenvolvia o capitalismo, mais se faziam sentir os efeitos da concentração e da centralização (Netto; Braz, 2007, p. 102).

⁹ Não constitui objetivo deste trabalho traçar as características desse período. Para mais informações, consultar o Netto e Braz (2007).

inevitável à brutalidade da exploração capitalista até então basicamente centrada no incremento do excedente mediante a extensão da jornada de trabalho (mais valia absoluta)¹⁰, e, ainda, inexistiam quaisquer garantias para os trabalhadores que estavam sujeitos à mercê do patronato burguesia. A resposta burguesa ao protesto operário ocorreu rapidamente e de diferentes formas, não se limitando à repressão pura e simples, mas também incorporou novas tecnologias à produção¹¹, para, assim, entre outros objetivos, aterrorizar os proletários com a ameaça do desemprego pela redução da demanda de trabalho vivo (Netto; Braz, 2007).

É importante ressaltar que, nesse período, o Estado nas mãos dos capitalistas (ou de seus representantes políticos), atendia praticamente apenas aos interesses do capital. Ao Estado burguês liberal cabia “assegurar as condições externas para a acumulação capitalista – a manutenção da propriedade privada e da ‘ordem pública’ (leia-se: o enquadramento dos trabalhadores)” (Netto; Braz, 2007, p. 103). Tratava-se de um Estado com mínimas atribuições econômicas, mas não alheio à atividade econômica. Ao contrário, ao assegurar as condições externas para a acumulação capitalista, o Estado burguês intervinha no exclusivo interesse do capital (e era exatamente essa a exigência liberal).

Na segunda metade do século XIX, esse cenário muda substantivamente em razão dos eventos revolucionários de 1848¹². A experiência de 1848 contribuiu decisivamente para converter o operariado de “classe em si” em “classe para si”¹³, ou seja, elevarem-se a um novo patamar, posicionando-o como sujeito revolucionário potencialmente capaz de promover a transformação da ordem burguesa numa sociedade sem exploração. Por outro lado, a burguesia passou a se preocupar com a manutenção das relações sociais assentadas na propriedade privada dos meios fundamentais de produção, conseqüentemente, a acumulação capitalista. Nesse

¹⁰O conceito de mais valia absoluta é trabalhado por Marx no Livro I d’*O Capital*, mais precisamente nos capítulos 9 e 10. De forma sintética, refere-se à extração de mais valia por meio do prolongamento da jornada de trabalho, sem aumentar o valor pago ao trabalhador por sua força de trabalho (Marx, 2017).

¹¹Para Marx, “desde 1825, quase todas as novas invenções resultaram das colisões entre o operário e o patrão, que, a qualquer preço, procura depreciar a especialidade do operário. Depois de cada nova greve de alguma importância, surgia uma nova máquina” (Marx, 1982a, p. 131 *apud* Netto; Braz, 2007, p. 120). Assim, as inovações funcionam como uma arma nas lutas de classes; controladas pelos capitalistas, servem na guerra contra os trabalhadores, ficando claro que as lutas de classes influem fortemente no desenvolvimento das forças produtivas.

¹²Neste ano ocorreram uma série de eventos revolucionários em várias partes da Europa caracterizadas pela luta por direitos políticos, sociais e econômicos. Ver mais em Marx e Engels (2013).

¹³“As condições econômicas, inicialmente, transformaram a massa [...] em trabalhadores. A dominação do capital criou para esta massa uma situação comum, interesses comuns. Esta massa, pois, é já, em face do capital, uma classe, mas ainda não o é para si mesma. Na luta [contra os capitalistas] esta massa se reúne, se constitui em classe para si mesma. Os interesses que defende se tornam interesses de classe” (Marx, 1982a: 159 *apud* Netto; Braz, 2007, p. 121).

sentido, segmentos capitalistas deixaram de se opor às medidas estatais que oferecessem mínimas garantias aos trabalhadores (como a limitação legal da jornada de trabalho, a regulamentação do trabalho feminino e infantil etc.) e passaram até a defender reformas sociais que reduzissem os efeitos da exploração sobre os trabalhadores. Obviamente, um reformismo burguês limitado aos interesses do sistema do capital (Netto; Braz, 2007).

Na segunda metade do século XIX, o capital alcança outro estágio: o dos monopólios. Ao longo do período concorrencial, a classe capitalista foi se diferenciando devido à quantidade de capital em posse de cada capitalista, ou seja, existiam os grandes, os médios e os pequenos. Na disputa pela acumulação de capitais, os grandes capitalistas levaram vantagem, e é nesse cenário de concentração e centralização que se constituíram a criação dos modernos monopólios (Netto; Braz, 2007).

Para nosso estudo, nos deteremos em aprofundar um pouco mais essa última fase entendida como o período do capitalismo imperialista ou monopolista. De acordo com Netto e Braz (2007), analisando Mandel, esse estágio possui três fases, sendo elas: a fase “clássica”, que vai de 1890 a 1940; a fase dos “anos dourados”, que vai do fim da Segunda Guerra Mundial até a entrada dos anos de 1970; e o capitalismo contemporâneo, quando se tem a implementação da chamada acumulação flexível, que emerge nos anos de 1970 e vigora até os dias atuais. É na segunda fase do estágio dos monopólios que o Estado passa a assumir um papel central na regulação política e social.

No campo da teoria marxista, existe um entendimento de que as crises do capital são fenômenos inevitáveis e necessários para a consolidação do modo de produção capitalista (Oliveira, 2023). Desse modo, todas as vezes na história em que a acumulação do capital se vê ameaçada, são anunciadas contratendências que objetivam alavancar a taxa de juros. Na tese desenvolvida pelo filósofo húngaro István Mészáros, a crise do sistema do capital tem atualmente um caráter estrutural. Isso significa que “o sistema do capital se articula numa rede de contradições que só se consegue *administrar*, ainda assim durante curto intervalo, mas que não se consegue *superar* definitivamente” (Mészáros, 2002, p. 19, grifos do autor).

Assim, podemos dizer que, ao longo de sua vigência, o sistema capitalista enfrentou diversas crises e, como resposta, promoveu diferentes tipos de estratégias – nenhuma capaz de resolvê-las – que trouxeram mudanças significativas para o mundo da produção e reprodução das relações sociais, inclusive do trabalho. Nesse sentido, é válido ressaltar que essas fases não devem ser compreendidas de formas isoladas, fragmentadas ou dicotomizadas. Elas constituem momentos que se entrelaçam, em que o modo de produção capitalista vai ampliando suas

capacidades produtivas na intenção de possibilitar cada vez mais o retorno de seu dinheiro acrescido com o mais valor.

As tensões vivenciadas no âmbito sociopolítico e a necessidade de valorização do capital incidem diretamente sobre o mundo da produção. No estágio monopolista, aproximadamente no início do século XXI, tem-se uma série de mudanças no mundo produtivo, dentre elas, a adoção do modelo fordista-taylorista. O fordismo emergiu quando Henry Ford¹⁴ alterou o processo de produção de carros com a implantação das ideias tayloristas¹⁵ na linha de montagem por meio da esteira, uma forma de racionamento do trabalho que objetivava uma produção em massa. Desse modo, o fordismo se apoiou sobretudo na ideia de produção em massa por meio da automatização das fábricas, em que as tarefas eram realizadas de forma parcelada através da linha de montagem. Todas as mudanças ocorridas visavam a intensificação e o aumento de produtividade do trabalho centrado no método científico taylorista de fragmentação das atividades (Antunes, 2006).

Para além das mudanças técnicas, o fordismo é entendido também como uma forma de regulação das relações sociais, visto que seus métodos visavam o disciplinamento dos trabalhadores nas novas formas de organização racional da produção e tinham como objetivo diminuir a porosidade de tempo no âmbito da jornada de trabalho, otimizando o processo de valorização do capital. No entanto, dos anos de 1929 a 1932, o capital começa a encontrar dificuldades de valorização devido aos obstáculos que são inerentes ao modo de produção capitalista. A generalização tecnológica – que está na base de todo ciclo de expansão – faz com que o diferencial dos superlucros extraídos diminua. Além disso, tem-se a estagnação de emprego e da produtividade, superacumulação de capitais (o que dificulta sua valorização), escassez de lucros e queda no consumo. Todos esses aspectos contribuíram para uma importante crise do capital que encontrou no fundo público e na Segunda Guerra Mundial as soluções temporárias para a crise (Behring, Boschetti, 2011).

¹⁴ Henry Ford (1863-1947) foi um industrial norte-americano e fundador da Ford Motor Company, conhecido por introduzir a produção em massa e o Fordismo, que modificou a indústria automobilística e o capitalismo industrial.

¹⁵ As ideias tayloristas, desenvolvidas por Frederick Winslow Taylor, referem-se a um sistema de gestão científica que busca aumentar a eficiência e a produtividade no trabalho. O taylorismo foi uma forma de organização do trabalho humano baseado na ciência, que tinha como característica o parcelamento extensivo das atividades e tarefas, formas de supervisão e controle despóticas, além da desqualificação da força de trabalho pela extrema separação entre as tarefas de concepção e de execução (Antunes, 2006).

É nesse contexto que se somam ao pacto fordista as ideias propostas por John Maynard Keynes¹⁶, que se apresentam enquanto uma das estratégias implementadas na maioria dos países centrais como possibilidade de elevar as taxas de lucros do capital. O programa de recuperação da crise adotado é fundado em dois pilares, sendo eles: o pleno emprego e a maior igualdade social (Anderson, 1995). Assim, esses objetivos deveriam ser alcançados pela geração de empregos e aumento da renda, promovendo uma maior igualdade por meio da instituição de serviços públicos, dentre eles as políticas sociais.

É no estágio do capitalismo de tipo monopolista – influenciado pelas ideias Keynesianas – que o Estado mudará sua intervenção de forma funcional e estrutural no trato da “questão social”¹⁷. É verdade que o Estado sempre atuou como guardião das condições externas da produção capitalista. No entanto, a intervenção que antes era emergencial de caráter pontual, episódica, passará a se caracterizar como contínua e sistemática, atuando desde dentro, assumindo funções políticas e econômicas. A necessidade de um Estado interventor, então, surge devido às dificuldades de valorização do capital no estágio monopolista relacionados à superprodução, supercapitalização, superexploração¹⁸. Nesse sentido, o capital passa a demandar um vetor extraeconômico para assegurar seus objetivos estritamente econômicos. Dito de outro modo, o Estado passa a desempenhar uma multiplicidade de funções para garantir os superlucros dos monopólios (Netto, 2011a).

É nesse estágio também que o Estado passará a introduzir estratégias que visem a preservação e o controle contínuos da força de trabalho, ocupada e excedente, ameaçada pela superexploração. Anteriormente tratada coercitivamente, é no estágio de tipo monopolista que o Estado se torna permeável às demandas da classe trabalhadora. Nesse sentido, passa a ser obrigado a assegurar continuamente a reprodução e a manutenção da força de trabalho (e o faz mediante os sistemas de previdência e segurança social principalmente) e passa a ser compelido a regular os níveis adequados de sua intervenção, buscando instrumentalizar mecanismos gerais

¹⁶ Keynes era uma figura pública dividida entre o apego e a crítica à herança conservadora vitoriana. Ainda na juventude, aproximou-se do *Bloomsburg Group*, um grupo de intelectuais, poetas e militantes que defendia ideais libertários. Quando adulto, Keynes se tornou um homem público e de negócios, afastando-se de perspectivas mais radicais (Behring; Boschetti, 2011).

¹⁷“A *questão social* não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão” (Iamamoto; Carvalho, 2014, p.83-84, grifo dos autores). O termo é utilizado entre aspas por ter origem no pensamento conservador, na metade do século XIX, como uma forma de nomear o pauperismo emergente da época.

¹⁸ Ver mais em Netto, 2011.

que garantam a sua mobilização e alocação em função das necessidades e dos projetos do monopólio (Netto, 2011a).

Desse modo, as políticas sociais são criadas a partir da necessidade do Estado de alargar suas bases de sustentação e legitimação sociopolítica, o que lhe permitiu organizar um consenso social e ao mesmo tempo assegurar o seu desempenho. Assim, é somente “a partir da concretização das possibilidades econômico-sociais e políticas segregadoras na ordem monopólica (concretização variável do jogo das forças políticas) que a ‘questão social’ se põe como alvo das políticas sociais” (Netto, 2011a, p. 29).

Lembremos que, no estágio concorrencial, apenas condições externas à produção motivavam a intervenção do Estado junto à classe trabalhadora, como, por exemplo, as tensões e mobilizações populares que ameaçavam a ordem burguesa e, sobretudo, apresentavam riscos globais ao fornecimento da força de trabalho para o capital. No estágio monopolista, tanto pelas mudanças no ordenamento econômico quanto pela consolidação política do movimento operário e pela necessidade de legitimação política do Estado burguês, a “questão social” se internaliza na ordem econômica-política. Portanto, é um conjunto de condições (externas e internas, técnicas, econômicas e sociais) que leva o Estado burguês a articular funções econômicas e políticas com vistas a garantir as condições gerais para a produção capitalista monopolista ao mesmo tempo que oculta sua essência de classe (Netto, 2011a).

Entretanto, é importante sinalizar que essa intervenção acontece de forma fragmentada e parcializada. Isso porque não consiste (e nunca consistiu) objetivo do Estado burguês em tomar a “questão social” enquanto a problemática configuradora de uma totalidade processual específica, pois suporia, conseqüentemente, remetê-la concretamente à relação capital/trabalho.

Nesse sentido, as políticas sociais visam atender apenas às sequelas da “questão social”. Essas são recortadas como problemáticas particulares e assim enfrentadas. Seguindo essa lógica, as intervenções possuem uma noção de integração social, ou seja, numa perspectiva de promover a redução de disfuncionalidades, como se essas fossem inevitáveis ou se originassem de um “desvio” da lógica social.

Para Netto (2011a), não há dúvidas de que as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto de trabalhadores. No entanto, elas não são somente resultado dessa tensão bipolar, mas são também resultantes extremamente complexas de um complicado jogo de contradições, confrontos e conflitos que atravessam os protagonistas e demandantes.

Em síntese, é possível dizer que essa nova forma de intervir e de lidar com a “questão social” ocorre, então, para atender uma dupla perspectiva: primeiramente, para garantir a

manutenção das taxas de lucros do grande capital que sofre queda com a crise de 1929 a 1932, bem como manter as condições adequadas ao seu pleno desenvolvimento. Segundo e, contraditoriamente, no sentido de responder, ou até mesmo antecipar-se, às pressões da classe operária, que passa a se organizar coletivamente e exigir o atendimento de necessidades sociais, coletivas e individuais derivadas do processo de produção e reprodução social.

Em sua fase de expansão (1945-1960), a estratégia keynesiana apresentou resultados significativos e passou, inclusive, a ser conhecida como os “anos de ouro” do capitalismo. No entanto, essa fase começou a se exaurir no final dos anos 1960, quando as taxas de crescimento e a capacidade do Estado de ser o mediador na absorção de novas gerações no mercado de trabalho tornam-se restritas devido à inserção de tecnologias que substituem gradativamente a mão de obra, o que contraria as expectativas do pleno emprego¹⁹. Há também um crescimento das dívidas públicas e privadas e a primeira recessão, sendo os sinais de que o pleno emprego e a cidadania que estavam relacionados à política social não se firmaram. Nesse contexto, as elites passam a responsabilizar o Estado pelas crises e a questionar sua intervenção em setores como nas políticas sociais (Behring; Boschetti, 2011).

Diante disso, à estratégia fordista-taylorista keynesiana, utilizada pelo capitalismo em seu estágio monopolista, sucedeu-se um processo nomeado como reestruturação produtiva, na década de 1970, estabelecendo transformações nas formas de organização do trabalho no espaço de produção fabril. Nesse cenário, ganham força as ideias toyotistas, oriundas do método de organização da produção e do trabalho implementadas na empresa automobilística japonesa *Toyota Motor Company*, concebida pelo engenheiro Taiichi Ohno, cujo objetivo consistia na busca de solução para os problemas econômicos que o Japão enfrentou no pós-guerra. Nesse sentido, seis elementos principais estruturam esse novo modelo produtivo emergente, sendo eles: o crescimento pela demanda; o combate a qualquer tipo de desperdício; a flexibilidade do aparato produtivo; a instalação do método do *kanban*; a diversificação dos produtos; e a terceirização da produção (Antunes, 2006).

Sendo assim, tem-se progressivamente o rompimento das ideias fordistas de produção em massa e a produção passa a ser condicionada à demanda. Ou seja, é estabelecido um aparato

¹⁹ A crise do modelo fordista-keynesianismo pode ser explicada pela lei da queda tendencial da taxa de lucro de Marx. Para Marx (1984), o desenvolvimento do capitalismo pressupõe alteração na composição orgânica do capital, sendo que o aumento do capital constante (forças produtivas) em detrimento do capital variável (força física do trabalhador) leva à queda da taxa de lucro geral, visto que capital constante não produz mais valor. Sendo assim, as modificações “na composição orgânica média do capital global pertencente a determinada sociedade, crescimento paulatino do capital constante, em relação ao capital variável, têm necessariamente por resultado uma queda gradual na taxa de lucro geral” (Marx, 1984, p.163). Para mais informações, consultar a obra completa.

produtivo flexível e flutuações de mercado (*just-in-time*), ou seja, a articulação entre produção e demanda. Além disso, é estabelecida uma política de zero desperdícios, sendo necessário limitar ao máximo o tempo de transporte, estocagem e controle de qualidade. Consequentemente tem-se mudanças no mundo do trabalho, pois é demandado dos trabalhadores o máximo de fluidez na produção, evitando assim a perda de tempo e a geração de estoque. Desse modo, os trabalhadores precisam se adequar às demandas da produção, e é aqui que surge a expressão “trabalhador polivalente”, que rompe de vez com o trabalhador altamente especializado do padrão fordista, executor de apenas uma tarefa (Antunes, 2006).

No modelo produtivo toyotista, é demandado um trabalhador que dê conta de executar várias tarefas de forma qualificada. A produção flexível (varia conforme a demanda) necessita de um trabalhador que dê conta de atender diferentes requisições, ou seja, toda a organização do trabalho deve se adaptar ao modelo produtivo flexível. Outra característica toyotista é o chamado método *kanban*, que consiste na programação da produção de modo que o *just in time* se efetive. Dito de outra maneira, trata-se de um método utilizado dentro da empresa Toyota que sinaliza para a produção a necessidade (ou não) de produzir determinada peça, evitando assim o desperdício, o estoque, e agilizando a produção, já que sempre teria uma peça reserva para ser utilizada.

Ademais, a terceirização da produção também consistiu em um novo aspecto desse modelo produtivo. Nesse sentido, a Toyota passou a desenvolver relações de subcontratação com seus fornecedores de peças, reduzindo drasticamente os custos com salários e outras despesas em relação à produção direta na montadora. Todos esses elementos apresentados constituem fundamentos importantes do modelo toyotista que alterou radicalmente o modelo anterior, reconfigurou o processo de produção capitalista e caracterizou a chamada acumulação flexível (Antunes, 2006).

A base dessa flexibilização ocorre, sobretudo, na mudança de uma produção “rígida” (taylorista/fordista) para uma produção, ainda em grande escala, mas destinada a mercados específicos, e procura romper com a standardização, priorizando atender a variabilidades culturais e regionais e voltando para alguns setores específicos de consumo. Além disso, o capital lança-se a um movimento de desconcentração industrial. Dito de outra forma, o capital busca promover a desterritorialização da produção expandindo para lugares onde a exploração da força de trabalho poderia ser mais intensa (em razão de seu baixo preço ou da ausência de legislação protetora ou mesmo de luta sindical) (Netto; Braz, 2007).

Não só isso, destaca-se como indispensável à reestruturação produtiva “a intensiva incorporação à produção de tecnologias resultantes de avanços técnico-científicos,

determinando um desenvolvimento das forças produtivas que reduz enormemente a demanda de trabalho vivo” (Netto; Braz, 2007, p. 128). Tal alteração modifica também o cenário produtivo em que ocorre um deslocamento rápido dos suportes eletromecânicos para os eletrônicos. Conseqüentemente, tais mudanças impactam diretamente os trabalhadores.

Netto e Braz (2007) sinalizam três implicações diretas: a primeira relaciona-se com o aumento da demanda pelo trabalhador coletivo – e aqui situa-se também o Assistente Social, temática que iremos situar melhor no próximo item deste capítulo; a segunda implicação refere-se às exigências de alta qualificação e capacidade de realizar múltiplas atividades, ou seja, essa força de trabalho deve ser qualificada e polivalente. Entretanto, tem-se, ao mesmo tempo, a desqualificação de diferentes atividades laborativas que passam a ser realizadas por trabalhadores substituíveis em qualquer momento. Em síntese, no conjunto dos trabalhadores, encontra-se uma parte extremamente qualificada, que em geral consegue um mínimo de segurança no emprego, e uma grande parcela de trabalhadores precarizados.

A terceira diz respeito à gestão dessa força de trabalho, que se organiza cada vez mais de formas desiguais e diversas: com apelativos à “cooperação”, “participação”, “envolvimento”, valorizando a “comunicação” e a redução das hierarquias mediante a utilização de “equipes de trabalho”. Nesse cenário, tem-se um forte estímulo ao “sindicalismo de empresa” (ou “de resultados”) e a aposta em estratégias que levam a um enfraquecimento da classe dos trabalhadores. Um exemplo concreto é a utilização do discurso que vincula o trabalho ao propósito de vida pessoal do sujeito, em que o trabalhador não é referenciado mais como o operário e sim como “colaborador”, “cooperador” (Netto; Braz, 2007).

Nesse novo estágio do capitalismo contemporâneo, tem-se a desregulamentação de todos os “privilégios” trabalhistas outrora logrados nos “anos dourados”. Em todo o mundo, ocorre a desmontagem total ou parcial das políticas sociais implementadas durante a vigência das ideias keynesianas, que se soma à liquidação das garantias ao trabalho em nome da “flexibilização”. A partir dos anos de 1980, as ideias neoliberais passaram a ganhar espaço, implementando um gigantesco processo de contrarreforma do Estado, destinado à supressão ou redução de direitos e garantias sociais (Behring; Boschetti, 2011).

Para os neoliberais, a origem da crise dos anos de 1970 estaria no poder excessivo dos sindicatos, nas reivindicações da classe trabalhadora, prejudicando a concorrência e destruindo as bases da própria acumulação capitalista. A proposta para a saída da crise seria um Estado forte para romper o poder dos sindicatos, que pudesse resistir às reivindicações da classe trabalhadora e às greves, no sentido de se contrapor aos movimentos sindicais e se constituindo

num Estado mínimo para investimentos sociais, como as políticas de seguridade social, em termos de intervenções econômicas (Behring; Boschetti, 2011).

Assim, tem-se, nesse contexto, intensas transformações na forma de organização do sistema produtivo e no mundo do trabalho. Torna-se relevante mencionar alguns impactos para a classe trabalhadora. Antunes e Alves (2004) sinalizam um elemento importante que se altera nesse período do capitalismo: trata-se das formas de captura da subjetividade operária de modo integral pelo capital, ocupando todos os espaços da vida real do trabalhador, ou seja, da sua subsunção à lógica do capital (enfatizando que o termo “subsunção” não é meramente “submissão” ou “subordinação”, pois possui um conteúdo dialético). Nesse sentido, altera-se a forma de implicação do subjetivo que, no modelo taylorista/fordista, ainda era meramente formal reservada ao âmbito do espaço produtivo:

Na verdade, nas relações trabalho/capital, além e apesar de o trabalho “subordinar-se” ao capital, ele é um elemento vivo, em permanente medição de forças, gerando conflitos e oposições ao outro pólo formador da unidade que é a relação e o processo social capitalista. Dessa maneira, o que é específico é que a força de trabalho, além de ser um dos elementos constitutivos da relação social que a aprisiona e “submete”, é também um elemento que nega aquela relação e por isso mesmo sua “subordinação” precisa ser reiteradamente afirmada. É neste processo que o capital visa a superar uma subordinação (melhor: subsunção) meramente formal, transformando-a em real (subsunção real), com o corolário de que a transformação da força de trabalho em capital acaba por consolidar-se socialmente (Antunes; Alves, 2004, p. 344).

Cabe ressaltar que a operação de captura da subjetividade operária é intrínseca à própria subsunção do trabalho ao capital, mas é sobre o toyotismo que ela adquire seu pleno desenvolvimento, um desenvolvimento real e não apenas formal. O incremento intensivo das novas tecnologias capazes de promover um novo salto na produtividade do trabalho, exigiram, como pressuposto formal, o novo envolvimento do trabalho vivo na produção capitalista. No entanto, “a subjetividade que então se manifesta encontra-se estranhada com relação ao que se produz e para quem se produz” (Antunes; Alves, 2004, p. 346), produzindo novas objetivações fetichizadas. A necessidade crescente de *qualificar-se melhor e preparar-se* mais para conseguir trabalho é um exemplo forte. Isso porque “parte importante do ‘tempo livre’ dos trabalhadores está crescentemente voltada para adquirir ‘empregabilidade’, palavra-fetiche que o capital usa para transferir aos trabalhadores às necessidades de sua qualificação, que anteriormente eram, em grande parte, realizadas pelo capital” (Antunes, 2006, p. 346).

Em suma, na fase de mundialização e financeirização do capital, tem-se desemprego estrutural, redução e precarização das condições de trabalho, intensificação da superexploração,

requisição por um profissional polivalente, qualificado para executar diferentes tarefas, aumento da informalidade, terceirização e flexibilização da força de trabalho, desregulamentação financeira, flexibilização das leis e contratos de trabalho e privatização de bens estatais. Entre outros aspectos, ressalta-se a promoção de um ambiente social que dificulta ainda mais o desenvolvimento de uma subjetividade autêntica, ou seja, de uma subjetividade para-si (Antunes, 2006).

Tem-se, da década de 1970 em diante, uma radical reconfiguração da economia global do capitalismo. O fenômeno da mundialização e financeirização, em que os fluxos financeiros se tornaram os meios primários de articulação da lógica capitalista e do poder do capital, transformaram profundamente as relações de trabalho e a vida dos trabalhadores. O chamado capital financeiro passou a demandar cada vez mais a intervenção estatal, e muitos países vieram a adotar as políticas neoliberais, enquanto outros optaram por seguir as potências capitalistas líderes ou foram obrigados a fazê-lo mediante as políticas de ajuste estrutural impostas pelo Fundo Monetário Internacional. Em suma, vale dizer que esse processo não ocorreu de forma homogênea ou igualitária, mas os países tiveram que se alinhar às exigências do capitalismo global pela via da imitação ou da coerção²⁰ (Harvey, 2005).

Nosso interesse aqui é sinalizar os impactos que a mundialização do capital, por meio do capital financeiro, rebate para os trabalhadores. Diante de uma desindustrialização, da volatilidade da inflação seguida por uma política monetária restritiva e o desemprego estrutural crônico, passa a pressionar os trabalhadores a aceitarem condições de trabalho precárias e salários mais baixos, enquanto as empresas buscam maximizar seus lucros através da exploração das disparidades regionais. Esse processo tem levado à desindustrialização em economias desenvolvidas, à medida que as indústrias se deslocam para países com regulamentações trabalhistas menos rigorosas, afetando a estabilidade do emprego e a qualidade de vida dos trabalhadores (Harvey, 2005).

A hegemonia do capital financeiro aprofunda as desigualdades sociais, uma vez que prioriza a especulação financeira em detrimento das condições de trabalho e da produção. Os trabalhadores que permanecem empregados enfrentam em seus ambientes de trabalho políticas de redução de custos, que frequentemente se traduzem em demissões, terceirizações e precarização do trabalho. No momento presente, os trabalhadores enfrentam cada vez mais uma

²⁰ Essas fases do capitalismo são analisadas mais profundamente no livro *O Novo Imperialismo*, de Harvey, publicado pela Loyola em 2005.

realidade de insegurança e instabilidade, em que a busca por direitos e melhores condições de trabalho se torna um desafio.

Nosso objetivo neste item foi demonstrar brevemente as transformações capitalistas que incidem diretamente no mercado de trabalho. Retomamos essa discussão no capítulo 4, em que apresentamos a particularidade das transformações no cenário brasileiro, tomando como exemplo a política de saúde mental. No próximo item, trataremos de forma breve e introdutória sobre a relação trabalho e Serviço Social no modo de produção capitalista. Essa análise é necessária para compreendermos e refletirmos acerca do significado social da profissão e as formas como suas características se expressam no cotidiano profissional no âmbito da sociedade contemporânea, contribuindo para legitimação e manutenção da ordem societária vigente.

2.3 O SERVIÇO SOCIAL ENQUANTO TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Para compreender o trabalho profissional do/a assistente social no modo de produção capitalista, partiremos de uma concepção ampliada de trabalho. Relembramos que, no primeiro momento deste capítulo, abordamos a concepção da categoria trabalho em Marx, sendo esse em sua forma geral e estrita, a relação entre o homem e a natureza. Neste tópico, situamos a profissão enquanto trabalho partindo do entendimento de Yamamoto (1998) e analisamos algumas características do Serviço Social que favorecem a lógica dominante. Situamos o Serviço Social dentro desse processo de produção e reprodução do capital e tentamos apreender o significado social da profissão na processualidade histórica, demonstrando como o capital tem se apropriado da atividade essencialmente humana e da produtividade social do trabalho, com intuito de gerar mais valia e contribuir na manutenção do sistema vigente. Entendemos que esse debate é importante para compreendermos o significado social da profissão na sociedade contemporânea e como o trabalho do/a assistente social pode acabar por contribuir para a manutenção das formas de exploração dentro do modo de produção social vigente.

Partimos da compreensão de Yamamoto (1998) que concebe o Serviço Social como uma especialização do trabalho coletivo, no contexto da reestruturação produtiva, considerando-o como um órgão do trabalhador global²¹. No processo de produção capitalista, Marx (2006) afirma que:

²¹ A tratativa do Serviço Social enquanto trabalho é uma afirmação polêmica dentro do Serviço Social Brasileiro. Lessa (2012) traz uma abordagem oposta à apresentada neste estudo. Para esse autor, o Serviço Social não é trabalho, pois, segundo ele, a práxis social não pode ser reduzida ao trabalho por

[...] A conceituação do trabalho produtivo e de seu executor, o trabalhador produtivo, amplia-se em virtude desse caráter cooperativo do processo de trabalho. Para trabalhar produtivamente não é mais necessário executar uma tarefa de manipulação do objeto de trabalho; basta ser órgão do trabalhador coletivo [...] (Marx, 2006, p. 577).

A condição necessária para que o trabalho seja trabalho produtivo no modo de produção capitalista é que ele se configure em trabalho que produza valor e sobrevalor. Ou seja, “[...] trabalho produtivo no sentido da produção capitalista é o trabalho assalariado que, na troca pela parte variável do capital (a parte do capital despendida por salário), além de reproduzir essa parte do capital (ou valor da própria força de trabalho), ainda produz mais valia para o capitalista” (Marx, 1987, p. 132-133).

Portanto, diferentemente do trabalho em sua forma simples, que, para ser efetivado, pressupõe apenas a interação entre homem e natureza, o processo de trabalho no modo de produção especificamente capitalista apresenta particularidades que são inerentes à forma de organização social da produção material da vida humana (Lukács, 1978). Em suma, à medida que a satisfação das necessidades humanas passa a ser subjugada pela lógica do mercado e realizada segundo intuítos da produção, troca e consumo, também a organização social do trabalho sofre alterações que impõem mudanças complexas, mudanças não em sua essência, mas em sua aparência, o que deixa prevalecer à forma mistificada do trabalho social (Iamamoto, 2014).

O modo de produção capitalista se configura, pois, como o momento particular de produção de valores de uso e valor, bem como do sobrevalor. A funcionalidade da força de trabalho para o capital está ligada a essa característica específica, a valorização do valor que existe apenas potencialmente. Desse modo, o trabalho no contexto capitalista não pode ser entendido apenas como aquele que materializa um objeto, visto que não compreende todo o complexo do trabalho. Para Marx (1984), há uma ampliação do trabalho produtivo em virtude do caráter cooperativo do processo de trabalho. Nas palavras do autor:

A conceituação do trabalho produtivo e de seu executor, o trabalhador produtivo, amplia-se em virtude desse caráter cooperativo do processo de trabalho. Para trabalhar produtivamente não é mais necessário executar uma

mais que toda práxis social tenha sua forma originária no trabalho. Nesse sentido, o Serviço Social enquanto complexo fundado a partir do trabalho (trabalho em sua forma estrita enquanto metabolismo entre homem e natureza) se configura como complexo social, ou seja, surge enquanto manifestação do desenvolvimento das relações sociais no processo histórico, configurando-se como reflexo do desenvolvimento da teleologia secundária, que tem como objetivo a ação sobre condutas humanas, impulsionando ações dirigidas a um fim. Assim, Serviço Social não seria trabalho, pois não atuaria transformando a natureza, e sim agindo sobre a conduta humana. Nesta pesquisa, trabalharemos com a definição defendida por Iamamoto (1998).

tarefa de manipulação do objeto de trabalho; basta ser órgão do trabalhador coletivo, exercendo qualquer uma das funções fracionárias. A conceituação anterior de trabalho produtivo, derivada da natureza de produção material contínua para o trabalhador coletivo, considerado em conjunto. Mas não se aplica mais a cada um de seus membros, individualmente considerados. Ademais, restringe-se o conceito de trabalho produtivo. A produção capitalista não é apenas produção de mercadorias, ela é essencialmente produção de mais valia. O trabalhador não produz para si, mas para o capital. Por isso não é mais suficiente que ele apenas produza. Ele tem de produzir mais-valia. Só é produtivo o trabalhador que produz mais valia para o capitalista, servindo assim à auto-expansão do capital (Marx, 1984, p. 584).

Iamamoto (2014), ao analisar o Serviço Social enquanto especialização do trabalho socialmente combinado (coletivo), busca situá-lo na divisão social do trabalho, inserindo-o na esfera de distribuição e valorização do capital, enquanto membro do organismo do trabalhador global. Segundo Iamamoto (2014, p. 76-77), o Serviço Social: “[...] afirma-se como um tipo de especialização do trabalho coletivo, ao ser expressão de necessidades derivadas da prática histórica das classes sociais no ato de produzir e reproduzir os meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada [...]”.

Para a autora, ainda que a atuação do Serviço Social não se inscreva, predominantemente, entre as atividades diretamente vinculadas ao processo de criação de produtos e valores, isso não implica sua eliminação da produção em sentido amplo (Iamamoto, 2014, p. 85), uma vez que esse se insere como força de trabalho especializada do trabalho no organismo do trabalhador global. Ou seja, ainda que sua atividade não se materialize em um objeto, sua participação social na produção da riqueza no contexto do capitalismo monopolista tornou-se legitimada por sua inserção na divisão social e técnica do trabalho, que, mesmo subsumido formalmente pelo capital, a atividade do assistente social se expressa no modo de produção capitalista como veículo de produção de capital e mais valia, especialmente por sua participação na produção do capital social agregado.

Iamamoto (1998) parte da análise da organização social do trabalho no contexto capitalista para apreender o significado social da instituição do Serviço Social na processualidade social. Para a autora, esse movimento é regido por condições e relações sociais historicamente determinadas enquanto reflexo e produto do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho. Desse modo, sua preocupação está em compreender como a profissão passa a existir, para assim alcançar o significado social desse tipo de especialização do trabalho coletivo (social), buscando, a partir da aparência, compreender a essência das relações sociais de trabalho no contexto capitalista.

Para tanto, a autora situa o Serviço Social no contexto de expansão do capitalismo em seu estágio monopolista, período em que as formas de produção de vida material refletem as mudanças decorrentes do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social sobre a égide do capital. Assim, a combinação dos mais diversos trabalhos em determinados ramos de produção é eixo nodal para apreendermos a forma como a produção passa a ser resultado imediato da objetivação de capacidades laborativas as mais diversas, todas direcionadas pela sujeição capitalista à produção de valor e sobrevalor (Iamamoto, 1998).

Para Yamamoto (2014), nos primórdios da profissão, a intenção do fazer profissional – nitidamente a serviço da classe burguesa – ficava mais transparente e evidente no discurso do Serviço Social. No entanto, à medida que avança a acumulação e com ela a modernização do Estado e a consequente burocratização das atividades, aquele discurso foi se tornando cada vez mais técnico e racional, com uma aparência de “neutra” e “apolítica”. Mas, ao realizar uma análise que ultrapasse os muros da aparência, torna possível apreender os compromissos com interesses de classe que essa prática traz de forma velada.

Na sociedade capitalista, os meios de produção e de reprodução de vida estão concentrados nas mãos dos proprietários do capital e da terra. Nesse sentido, a sobrevivência e a reprodução da classe trabalhadora nessa sociedade dependem fundamentalmente do salário que o trabalhador recebe em troca da venda de sua força de trabalho no mercado. No entanto, o preço dessa força de trabalho é socialmente determinado, considerando o mínimo indispensável para atender às necessidades básicas de subsistência do indivíduo em cada momento histórico específico, de acordo com o nível de desenvolvimento alcançado pela sociedade (Iamamoto, 2014).

De acordo com a autora, na medida em que se acentua a divisão social do trabalho regida pela propriedade privada dos meios de produção, o trabalho assalariado passa a ser condição partícipe do modo de produção capitalista. Nesse sentido, a sujeição da atividade laborativa humana ao capital por meio do assalariamento demonstra que, com a complexificação do modo de produção capitalista e conseqüentemente das relações sociais a ele inerentes, há a ampliação da mediação do mercado no processo de satisfação das necessidades humanas, ou seja, pela produção, troca e consumo, acabam sendo regidas todas as relações estritamente sociais (Iamamoto, 1998).

Dessa maneira, o trabalhador desprovido dos meios necessários à realização do processo de trabalho, para satisfazer suas necessidades, tem que vender a única “coisa” que possui, ou seja, sua força de trabalho. Sua manifestação e objetivação não tem importância enquanto fração do trabalho global, importa ao capitalista apenas a mais valia produzida no ramo da

produção que aplicou seu capital. Diante disso, conforme vai ocorrendo a apropriação por parte do capital do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social, com o auxílio das tecnologias, e mesmo com a ciência, esse tende a diminuir nos ramos da produção tecnificados o trabalho vivo – o que não significa seu desaparecimento, mas sim a expulsão de força de trabalho para os setores ainda não tecnificados. (Iamamoto, 1998).

Se o que importa ao capitalista é o mais valor produzido pelo trabalho excedente, esse é também a substância do processo de acumulação. Seguindo essa lógica, compreende-se que qualquer elevação de salário acima das necessidades médias do capital interfere no valor final de trabalho não pago a ser apropriado pelo capitalista. Assim, historicamente a redução da média salarial tem sido estratégia utilizada pelo capital para aumentar sua lucratividade e, como consequência, tem-se o aumento da taxa de exploração da classe trabalhadora e a redução do seu nível de vida. Importante ressaltar que esse processo não ocorre sem resistência da classe trabalhadora que, por meio de seus organismos sindicais, realiza movimentos pelo “justo preço do trabalho” (Iamamoto, 2014).

Em razão do movimento de expansão do capital e da expropriação na qual os trabalhadores passam cada vez mais a serem submetidos, a pauperização desses sujeitos tende a aumentar de acordo com o crescimento acelerado do capital. É nesse momento que o Estado passa a assumir tarefas cada vez de forma mais sistemática, no sentido de zelar pela força de trabalho. Nesse processo tem-se o aumento do setor de serviços, o qual, apesar de não implicar na materialização de um objeto como resultado do trabalho, é utilizado no capitalismo como meio para valorização de capital se empregado como força de trabalho assalariada com o fim último de agregar mais valor do que inicialmente existia sobre os meios de trabalho utilizados em determinado processo de produção.

Nesse contexto, a política social e os serviços dela derivados são criados, atribuindo a dimensões individuais e particularizadas a situação de vida dos trabalhadores, como, por exemplo, desigualdades vivenciadas no âmbito da saúde, habitação, educação, alimentação etc., todas subordinadas, obviamente, às estratégias político-econômicas para reprodução ampliada do capital. Iamamoto (2014) destaca algumas das principais contribuições propiciadas pelo Estado à classe capitalista por meio dos serviços sociais: primeiramente, possibilita a socialização de parcela dos custos de reprodução da força de trabalho com a própria população, que os assume indiretamente via impostos e taxas recolhidos pelo poder público, contribuindo diretamente para redução dos custos com a reprodução da força de trabalho; em segundo lugar está a ampliação do campo de investimentos do capital, já que a qualidade dos serviços prestados acaba por subordinar-se ao imperativo da rentabilidade das empresas; em terceiro

lugar, os serviços contribuem para manter um equilíbrio psicofísico do trabalhador, possibilitando a identificação de possíveis tensões que afetam a paz social e conseqüentemente o processo de exploração do trabalho; e, em quarto lugar, está a colaboração prestada pelo Estado para manutenção de condições subsidiárias à sobrevivência do exército industrial de reserva, necessária para o modo de produção capitalista (Iamamoto, 2014).

É válido ressaltar que a existência permanente dessa superpopulação relativa é estratégica e funcional ao capital, pois possibilita a redução de salários, dada a grande oferta de mão de obra sobrando. Podemos acrescentar ainda que os serviços sociais contribuem na manutenção de um exército disponível para atender às necessidades do capital, diante de mudanças na composição orgânica do capital. Tem-se ainda sua capacidade de controlar e prever tensões que podem ameaçar a ordem vigente (Iamamoto, 2014).

Por outro lado, esses mesmos serviços sociais assumem um papel complementar na reprodução física, intelectual e espiritual dos trabalhadores assalariados e de suas famílias, já que sua subsistência depende sobretudo da venda de sua força de trabalho. E, para aqueles que perderam sua capacidade laborativa (doentes, velhos, viúvas, mutilados etc.), os serviços sociais (benefícios previdenciários e assistenciais) passam a se configurar como vitais para a sobrevivência, embora não sejam suficientes. Sendo assim, podemos dizer que os serviços sociais respondem às necessidades legítimas da classe trabalhadora, sendo inclusive tema nas lutas por direitos sociais reconhecidos, como estratégia de defesa de sua própria sobrevivência (Iamamoto, 2014).

Dito isso, podemos afirmar que os serviços sociais ingressam no processo de reprodução da força de trabalho, podendo ser considerado um consumo produtivo. Isso porque, para o Estado e para os capitalistas, contribui para reproduzir um trabalhador assalariado e/ou o trabalhador divorciado das condições de trabalho que precisa dispor da sua força de trabalho para subsistir. Ou seja, “tais serviços contribuem para a produção e reprodução do meio de produção indispensável ao processo produtivo: o próprio trabalhador” (Iamamoto, 2014, p. 111).

E por que situar esse debate sobre os serviços sociais nesta pesquisa torna-se importante? Em nosso entendimento, a atuação profissional no campo ora pesquisado é, assim como em outros espaços, mediatizada pelos serviços sociais prestados por meio de aparatos institucionais aos quais se vincula o profissional por meio de contrato de trabalho, enquanto um dos participantes da implementação de políticas sociais, contribuindo também no planejamento e na execução de atividades previstas por elas.

Concomitantemente, à medida que o capitalismo vai se apropriando da atividade laborativa social, ele vai sujeitando à sua lógica todas as formas de objetivação humana, seja sua manifestação material ou não. Isso significa que inserir o Serviço Social no processo de trabalho social enquanto especialização de trabalho coletivo requer que entendamos como o capital subsume à sua lógica produtiva, ainda que formalmente, atividades que anteriormente se configuravam como improdutivas (não produziam mais valia) (Iamamoto, 2014). Dito de outra forma, como com as mudanças históricas ocorridas nas formas de produção e reprodução da riqueza, produzem novas formas de subjugar a atividade humana, por ser essa fonte de toda a riqueza social.

O Serviço Social inserido nesse processo social, consideradas as particularidades históricas, tem se tornado veículo de efetivação e reprodução das condições de produção e reprodução do capital. Segundo Yamamoto (2014), “à proporção que encetaram esforços no sentido de manter a continuidade da organização social dentro da ordem do capital, contribuem, inevitavelmente, para reproduzir as contradições fundamentais que confrontam as relações sob as quais se baseia essa sociedade. É dentro desse quadro geral que se pretende situar o Serviço Social” (Iamamoto, 2014, p. 94).

Consideradas as mudanças ocorridas nas formas de produção do capital, e suas formas de apropriação da produtividade social do trabalho, que, no contexto atual, assumem novas roupagens, com a apropriação também da ciência, podemos afirmar que identificar o Serviço Social como trabalho, e reconhecer sua atividade como trabalho produtivo, não é negar a centralidade do trabalho, é antes reconhecer o grau de complexificação alcançado pelas forças produtivas do trabalho social sob a égide de uma forma social determinada, qual seja, o capitalismo.

No contexto capitalista, reconhecer o Serviço Social como trabalho e identificá-lo nos processos de trabalho significa afirmar sua inserção dentro do organismo trabalhador coletivo, o que nos remete a pensar os serviços sociais e as políticas sociais como campos de tensão que configuram a particularidade do Serviço Social, diante da conjuntura de crises que marca o mundo do trabalho na contemporaneidade (Iamamoto, 2015). Ou seja, devemos apreender:

[...] o trabalho do assistente social no âmbito das relações sociais capitalistas superando os influxos liberais, que, ainda hoje, engrossam as análises sobre a chamada ‘prática profissional’, como prática do indivíduo isolado, desvinculada da trama social que cria sua necessidade e condiciona seus efeitos na sociedade. Nessas, os processos históricos são reduzidos a um contexto distinto da prática profissional, que o condiciona ‘eternamente’. A prática é tida como uma relação singular entre o assistente social e o usuário de seus serviços – ‘o cliente’ – com frágil conhecimento das expressões da

‘questão social’ e das políticas sociais correspondentes. Essa visão a-histórica tende a subestimar o rigor teórico-metodológico da análise da sociedade e da profissão, – desqualificando como ‘teoricismo’ – em favor das versões empiristas, pragmáticas e descritivas da sociedade e do exercício profissional, enraizadas em um positivismo camuflado sob um discurso progressista de esquerda (Iamamoto, 2015, p. 27-28).

Nessa perspectiva, compreender e situar o Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho significa aprender seu significado social na história, fazer as devidas mediações tornar-se indispensável para não reproduzir as mistificações que são produzidas e reproduzidas cotidianamente. Destarte, no modo de produção especificamente capitalista, a análise da organização do trabalho é válida desde que não seja aplicada a cada um de seus membros individualmente considerados, pois a análise só se torna válida para o trabalhador coletivo considerado em conjunto (Marx, 2006, p. 577).

Portanto, para considerar o Serviço Social como trabalho no contexto capitalista, torna-se indispensável compreender a organização social da produção material da vida humana no momento atual, pois é partindo da materialidade que podemos atuar na realidade social. Compreendemos, então, que o Serviço Social é trabalho criado para atender demandas de valorização do capital dentro do modo de produção capitalista, podendo ser produtivo ou improdutivo, dependendo do processo de trabalho no qual está inserido. A partir disso, iremos situar aqui algumas características do trabalho profissional na instituição que acabam por contribuir com a perpetuação das formas de dominação vigente.

Para Yamamoto (2014), o Serviço Social pode ser considerado um dos instrumentos *auxiliar e subsidiário* para concretização de requisitos básicos que contribuem na continuidade da organização social vigente. Pensemos um pouco sobre essa afirmação. A institucionalização da política social pelo Estado ocorre muito no sentido de atenuar as tensões vivenciadas nos espaços públicos pela população devido ao aumento da pobreza. No entanto, as políticas sociais por si só não são suficientes para alterar substancialmente a realidade, apenas retardam eclosões populares e contribuem para que as agressões se apresentem de uma forma menos violenta. Por isso a necessidade de utilizar um discurso ideológico que estabeleça o consenso e preserve os pilares da organização vigente da sociedade.

Para tentar exemplificar melhor, pensemos a política de saúde mental como uma política social criada para atender a uma demanda populacional de atenção ao sofrimento psíquico dos sujeitos. Em termos gerais, essa medida mobilizada pelo Estado nas formas como é exercida hoje – assim como qualquer outra – só ocorre a partir de uma forte pressão popular. Entretanto, abafa momentaneamente as tensões, estabelecendo ou fortalecendo uma dependência da

população usuária para com o Estado através das instituições. Assim, o que se obtém como resultado é um poder popular fragmentado, enfraquecido diante de uma “pseudossensação” da pessoa em sofrimento e com transtornos mentais de uma participação mais efetiva no poder e nos “benefícios sociais”. Nesse sentido, as expressões antagônicas continuarão aparecendo e se acumulando no processo de reprodução da vida social, mas agora com eclosões que se retardam a acontecer e com ações, medidas governamentais com roupagens aparentemente menos violentas (Iamamoto, 2014). Pretendemos adentrar melhor nesse exemplo nos próximos capítulos.

Nesse sentido, alguns traços característicos do trabalho institucionalizado do Serviço Social que possibilitam sua utilização pelo empresariado e pelo Estado dentro de uma estratégia de dominação valem a pena serem aqui destacados. Para Yamamoto,

O Assistente Social, no exercício de suas atividades vinculado a organismos institucionais estatais, paraestatais ou privados, dedica-se ao planejamento, operacionalização e viabilização de serviços sociais por eles programados para a população. Exerce funções tanto de suporte à racionalização do funcionamento dessas entidades, como funções técnicas propriamente ditas. O Assistente Social é chamado a constituir-se como agente institucional de “linha de frente” nas relações entre instituição e população, entre os serviços prestados e a solicitação dos interessados por esses mesmos serviços. Dispõe de um poder atribuído institucionalmente, de selecionar aqueles que têm ou não o direito de participar dos programas propostos, discriminando, entre os elegíveis, os mais necessitados, devido à incapacidade da rede de equipamento sociais existentes de atender todo o público que, teoricamente, tem acesso a eles. Nesse sentido, o profissional é solicitado a intervir como “fiscalizador da pobreza” comprovando-a com dados objetivos e *in loco*, quando necessário, evitando assim que a instituição caia nas “armadilhas da conduta popular de encenação da miséria”, ao mesmo tempo que procura garantir dessa forma, o emprego “racional” dos recursos disponíveis. A demanda está orientada, também, no sentido de contribuir para potencializar e agilizar os atendimentos, garantindo a produtividade do trabalho, quantitativamente avaliada, de modo a favorecer a rotatividade da população nos programas estabelecidos (Iamamoto, 2014, p. 121-122, grifos nossos).

Destacamos alguns elementos dessa citação que compreendemos serem importantes para a análise do trabalho profissional. O primeiro aspecto que nos chamou a atenção trata-se do “por eles programados para a população”. Importa ressaltar que o reconhecimento e a institucionalização das demandas sociais ocorreram no momento que a classe trabalhadora, desprovida de condições materiais para se realizarem objetivamente nos seus meios de subsistência, revoltaram-se ameaçando a ordem burguesa. Diante disso, em razão da crescente pauperização da classe trabalhadora e conseqüentemente dos desdobramentos políticos e sociais, várias respostas sociais foram criadas para atender a algumas demandas sociais do

trabalho que, ao mesmo tempo, respondessem aos interesses de reprodução do capital e de garantia das condições externas para sua autorreprodução (Amorim, 2010).

O Estado burguês, através do estudo da administração pública e dos princípios básicos da organização administrativa (a justiça e a eficiência), vai atuar de modo a definir a forma de como se captar e responder às “demandas do cidadão”²². Nas palavras de Holloway (1982), a administração pública é, fundamentalmente, “um processo que filtra as lutas, exclui certa parte delas, as fragmenta, as define e redefine. O objeto deste processo é a luta social; o cidadão (conformado ou inconformado) com determinados direitos e obrigações é o resultado final” (Holloway, 1982, p. 34-6 *apud* Amorim, 2010). Esse se estrutura em várias secretarias e departamentos separados, “impondo suas próprias categorias aos grupos sociais e suas próprias definições aos problemas sociais” (Holloway, 1982, p. 41-2 *apud* Amorim, 2010). Em síntese, o Serviço Social é convocado a atuar com os serviços sociais que já possuem uma racionalidade e uma orientação prévia: apaziguar as tensões sociais e atender às demandas sociais em suas refrações de forma específica e pontual não remetendo a sua origem.

Outros aspectos destacados referem-se a uma característica muito presente no cotidiano do profissional: “suporte à racionalização” e “selecionar”. No exercício de sua função, o assistente social realiza atividades como seleção socioeconômica para fins de “elegibilidade” e acesso aos serviços e programas ofertados. Interpretar as normas das entidades para a população, explicitando os direitos e deveres cujo aceite das normas é exigido para acessar a instituição, realizar atendimentos individuais e grupais para a população diante de demandas por ela apresentadas ou por exigência do trabalho do próprio órgão (Iamamoto, 2014), efetuar avaliação inicial para verificar se o sujeito atende aos critérios para ser atendido no serviço, além disso, realizar campanhas socioeducativas, visitas domiciliares, orientações quanto a benefícios: essas e outras, são tarefas comumente realizadas pelo assistente social nos espaços sócio-ocupacionais, inclusive no campo da saúde mental. Essas, dentre outras, demonstram um pouco do caráter da racionalização e seletividade que recorrentemente é exercido pelos

²² Conforme Amorim (2010), o conceito de cidadania – do cidadão possuidor de direitos e responsabilidades diante do Estado – formulado pela teoria liberal-burguesa “é a expressão mais clara da liberdade e igualdade formais, sobre as quais se baseia o Estado burguês”. Ao tratar como iguais os membros da sociedade que não só são desiguais, mas também antagônicos entre si, oculta o antagonismo das classes sociais, e, portanto, expressa e confirma a dominação da classe capitalista. Assim, “definir os indivíduos como ‘cidadãos’ (ou ‘público’) implica uma abstração das relações de produção” e da relação do antagonismo fundamental em que vivem as duas classes sociais que compõem a sociedade, uma vez que “uma vive da exploração da outra” (Holloway, 1982, p. 27-8 *apud* Amorim, 2010, p. 59).

profissionais, não pela falta de uma consciência crítica, mas por serem atividades que compõem as atividades requisitadas do assistente social pela instituição.

São práticas que atendem a uma demanda do capital em que devem ser realizadas “o emprego racional dos recursos”, atendendo aos mais necessitados dentro da população demandante. Todas as atividades devem ser realizadas obedecendo a premissa da eficácia e eficiência, ou seja, mais atendimentos com resoluções pontuais em menos tempo, “potencializar e agilizar”, comprometendo, assim, a qualidade do serviço. Todos os recursos utilizados pela lógica dominante objetivam a expansão do capital, a diluição das lutas sociais e a manutenção de um consenso social (Iamamoto, 2014).

Para Yamamoto (2014), para que o modo de produção capitalista possa se sustentar ideológica e socialmente, é necessário um modo de pensar que expressa a ideologia dominante. Esse “modo de pensar capitalista” é retraído a partir da forma como é produzida a riqueza material, da reprodução do modo de vida instituído pelo capital. Nesse sentido, formas de controle social são necessárias para garantir e fortalecer o “*consensus*” social. Ou seja, é indispensável que os membros da sociedade aceitem, ainda que minimamente ou parcialmente, a ordem do capital para que ela sobreviva e se renove. Para isso, a burguesia tem no Estado um órgão privilegiado no exercício do controle social, mas não somente, um instrumento de dominação de classe por excelência.

O controle social – aqui entendido como uma pressão, manipulação, imposição social – pode ser exercido pelo Estado e instituições da sociedade civil. No entanto, esse controle não se reduz às instâncias governamentais e institucionais, mas também por meio de relações diretas em que determinados agentes sociais expressam um poder de influência sobre o cotidiano de vida dos indivíduos e reforçam a internacionalização de normas e comportamentos legitimados socialmente. Entre esses agentes institucionais, encontra-se o profissional do Serviço Social.

Yamamoto (2014) destaca a linguagem como um dos instrumentos privilegiados do Serviço Social, sendo que, segundo a autora, é através desse meio que se efetiva a peculiar ação persuasiva ou de controle por este profissional. Nesse sentido, devido à sua proximidade com os usuários do serviço, o assistente social geralmente é o profissional tido como o agente institucional que centraliza e circula informações sobre a população para os outros técnicos e entidades, bem como o que orienta sobre o funcionamento da instituição.

Para a autora, a essas atividades soma-se outra característica da demanda: “*a ação de persuadir, mobilizando o mínimo de coerção explícita para o máximo de adesão*” (Yamamoto, 2014, p. 121, grifo nosso). Isso inclui a necessidade de que o usuário aceite as normas e os regulamentos de funcionamento da instituição, assim como as prioridades dos programas

definidos pelo órgão responsável. Além disso, há uma ação “educativa” que influencia valores, comportamentos e atitudes da população, de acordo com os padrões sociais e institucionais dominantes. É essencial que as diretrizes da instituição sejam apresentadas como necessárias e válidas tanto para o “cliente” quanto para garantir a eficiência dos serviços, transformando o caráter impositivo da normatização em algo que seja internalizado e aceito de forma voluntária pelos destinatários, aos quais não foi dada a chance de opinar. Por outro lado, a estratégia de individualização dos atendimentos ajuda a reduzir tensões e insatisfações, reais ou potenciais, direcionando-as para sua neutralização dentro das medidas oficialmente estabelecidas, ou seja, sujeitando-as ao controle institucional (Iamamoto, 2014).

Iamamoto (2014) destaca que o assistente social, por meio da prática direta junto aos setores populares, dispõe de um lugar potencialmente privilegiado de apreender a variedade das expressões da vida cotidiana por meio do contato direto com a população. Quando aliada com um acúmulo teórico científico, essa condição pode contribuir à superação de um caráter pragmático e empirista que, conforme a autora, não rara às vezes caracteriza sua intervenção.

O trabalho profissional dos assistentes sociais se efetiva a partir das relações concretas do cotidiano da vida de indivíduos e grupos. Nesse sentido, sua atuação – enquanto atividade referida ao cotidiano, considerada produto histórico e também vivência pelos sujeitos – é entendida como manifestação da própria história em que os agentes a produzem e reproduzem, fazendo e refazendo-se nesse processo social. Para a autora, “o cotidiano é a expressão de um modo de vida, historicamente circunscrito, onde se verifica não só a reprodução de suas bases, mas onde são também gestados os fundamentos de uma prática inovadora” (Iamamoto, 2014, p. 123). Já “a crítica da vida cotidiana implica ultrapassar as aparências que as escamoteiam, para redescobri-la em toda a densidade do seu conteúdo histórico, a partir do desvendamento das formas pelas quais se expressa. O cotidiano é o ‘solo’ da produção e reprodução das relações sociais” (Iamamoto, 2014, p. 124).

Segundo a autora, a atuação profissional do assistente social, assim como de outros profissionais, é marcada pelo *caráter pessoal* da relação, na qual os sujeitos são tratados como seres particulares. Nesse sentido, a preocupação em apreender a singularidade dos indivíduos e a de sua situação de vida acaba evidenciando a representação do agente técnico enquanto segmenta uma compreensão de suas bases sociais. Nesse sentido, “os elementos mais gerais e comuns à situação de classe trabalhadora tendem a ser obscurecidos pela individualização e pulverização dos casos, prevalecendo o “dito” de que cada caso é um caso” (Iamamoto, 2014, p. 124).

Assim, o trabalho profissional passa a ser utilizado no sentido de viabilizar uma face humana e pessoal às relações contratuais, descaracterizando-as em nível de discurso, de seu caráter de classe. Como consequência, o que passa a ter que ser alterado são hábitos, atitudes e comportamentos dos indivíduos, tendo em vista seu ajustamento social, contribuindo, dessa forma, para remover os “obstáculos” ao “crescimento econômico” (Iamamoto, 2014). Como resultado disso, tem-se uma visão estereotipada da classe trabalhadora que passa a ser referenciada como: população que não adere ao que é proposto, logo, não demanda o atendimento; população negligente, carente de iniciativa, com baixo nível de consciência, que precisa ser orientada.

Com os sujeitos usuários dos serviços de saúde mental, talvez esse aspecto seja mais evidente ainda. A ideia que o técnico profissional dispõe do conhecimento e sabe o que é melhor para o paciente em sofrimento mental; ou mesmo quando o sujeito passa a receber nomeações como “histérico”, “problemático”, quando apresenta comportamento muito questionador, são exemplos dessa transferência de culpa para o indivíduo. Em síntese, a forma como o usuário do serviço passa a ser visto reflete uma imagem difundida pela burguesia para a classe trabalhadora.

A autora acrescenta ainda que as características até aqui apontadas, cuja direção predominante da intervenção para qual a profissão foi criada, não são exclusivas. Nesse sentido, é importante considerar a necessidade do cumprimento das exigências básicas da entidade que contrata o serviço do Assistente Social. No entanto, nesse processo, esse profissional dispõe de uma autonomia relativa no exercício de suas funções, temática que abordaremos com maior profundidade no capítulo seguinte.

Iamamoto faz a seguinte colocação:

Pode o profissional limitar-se a responder às demandas do empregador, confirmando-lhe sua adesão, ou lançar-se no esforço coletivo junto a categoria, aliada aos demais profissionais e aos setores populares, de propor e efetivar uma direção alternativa àquela proposta pelos setores dominantes para a intervenção técnica. Trata-se de, a partir do jogo de forças sociais presentes nas circunstâncias de seu trabalho, reorientar a prática profissional a serviço dos interesses e necessidades dos segmentos majoritários da população, consolidando junto a eles novas fontes de legitimidade para o Serviço Social (Iamamoto, 2014, p. 129)

Para a autora, o estabelecimento de uma estratégia teórico-prática que consiga, ainda que com suas limitações históricas, alterar esse caráter de classe que legitima o exercício profissional está condicionada a uma reflexão sobre o caráter político do trabalho profissional. Assim, dependendo da opção política, o profissional pode orientar sua prática intelectual na

direção de atender os interesses da classe trabalhadora ou do capital. Destaca ainda que certa imprecisão que se tem quanto às atribuições do assistente social pode ser um ponto que contribua para a ampliação de possibilidades de redefinição de suas estratégias de trabalho (Iamamoto, 2014, p. 129).

Compreender as possibilidades e os limites do trabalho profissional que vise assegurar e defender os direitos da classe trabalhadora torna-se uma tarefa desafiadora na sociedade em que vigora o modo de produção capitalista, pois, como discorreremos neste capítulo, o exercício profissional e o atendimento das demandas acabam por vincular-se diretamente ao Estado e às suas políticas sociais. Essas, por sua vez, não foram criadas para resolver as expressões da questão social, e sim para amenizá-las, atendendo à demanda de manutenção das bases de reprodução do capital. Entendendo o Serviço Social enquanto profissão institucionalizada criada para gerir e executar essas políticas sociais, quais seriam as possibilidades de uma atuação profissional alinhada aos interesses dos trabalhadores e ao projeto ético-político profissional construído coletivamente pela categoria? É sobre isso que iremos discorrer no próximo capítulo, em que apresentaremos duas das principais teses do Serviço Social brasileiro.

3 O DEBATE DA DESCARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL À LUZ DA TESE DO SINCRETISMO E A PRÁTICA INDIFERENCIADA: ELEMENTOS PARA ANALISARMOS O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL

Partindo da compreensão apresentada no capítulo 2 deste trabalho, a apreensão da particularidade da gênese histórico-social da profissão está diretamente relacionada ao momento que a questão social passa a ser tratada pelo Estado capitalista em seu estágio monopolista. Sendo assim, podemos afirmar que a emersão do Serviço Social enquanto profissão ocorre atrelada às necessidades de garantia das condições necessárias para a acumulação capitalista e, ao mesmo tempo, como resposta às reivindicações da classe trabalhadora por melhores condições de vida e de trabalho. Neste capítulo, apresentamos uma das principais teses do Serviço Social brasileiro que tratam da profissionalização e consolidação da profissão, sua relação com o capitalismo e a suas formas de resistência às ofensivas conservadoras. No primeiro momento, apresentamos a tese do sincretismo e da prática indiferenciada defendida por José Paulo Netto (2011a) e, no segundo momento, apresentamos a crítica realizada por Marilda Vilela Yamamoto (2015) aos escritos do autor. Esse debate nos ajuda a analisar os desafios postos para a categoria na contemporaneidade e nos permite refletir sobre as possibilidades para a atuação profissional.

3.1 SERVIÇO SOCIAL E O ANEL DE FERRO: UMA ANÁLISE DA TESE DO SINCRETISMO DE JOSÉ PAULO NETTO

A tese sobre a estrutura sincrética do Serviço Social é defendida por José Paulo Netto no livro *Capitalismo monopolista e serviço social*, que se constitui enquanto a primeira parte de sua pesquisa de doutorado. Escrito, inicialmente, no ano de 1992, nesse livro o autor faz uma análise do Serviço Social entre os anos de 1930 e 1960, recorte temporal que antecede o chamado movimento de reconceituação do Serviço Social brasileiro (1965-1975). Sendo assim, na primeira parte do trabalho, analisa a emersão do Serviço Social como profissão no âmbito da ordem burguesa na idade do monopólio e, na segunda, trata do desvendamento do seu sincretismo. Neste primeiro tópico, apresentaremos, dentro de nossas limitações, já que se trata de um debate complexo e profundo, a tese do sincretismo e o serviço social defendida por Netto e tentaremos apreender os principais elementos desta discussão que, em nosso entendimento,

ainda é muito atual e explica de forma considerável o exercício profissional na contemporaneidade.

Ao tratar sobre a estrutura sincrética do Serviço Social, Netto (2011a) vai reportar a gênese e institucionalização da profissão discorrendo sobre importantes elementos que a configuram. Sua análise nos ajuda a compreender a forma como a profissão se legitima na sociedade capitalista e nos permite pensar acerca da especificidade profissional. Cabe lembrar que o Serviço Social se institucionaliza na sociedade capitalista de tipo monopolista para atuar nas políticas sociais, juntamente com outras profissões. Nesse sentido, é possível afirmar que o Serviço Social é vinculado organicamente à estrutura administrativa do Estado burguês monopolista, criado para controlar comportamentos e atender aos interesses da lógica dominante por meio da reprodução do *status quo*. No primeiro momento apresentamos os fundamentos que constituem a estrutura sincrética defendida pelo autor e posteriormente sua incidência prática, ideológica e teórica para o Serviço Social.

Primeiramente, vale demarcar a diferenciação colocada pelo autor entre o estatuto profissional e seus fundamentos “científicos”. Netto (2011a) realiza uma crítica à tradição profissional presente na história do Serviço Social que vincula o estatuto profissional – aquilo que dá legitimidade à prática profissional – aos seus fundamentos ilusoriamente científicos²³. Nesse sentido, para o autor, a legitimação do Serviço Social enquanto profissão foi equivocadamente relacionada com o conhecimento “científico” adotado pela categoria durante a sua institucionalização e consolidação como se o estatuto profissional fosse diretamente dependente do seu fundamento “científico”.

Para Netto (2011), essa concepção que uma “maturidade científica” garantiria uma legitimidade profissional do Serviço Social, em comparação às suas *protoformas*, desconsidera que a configuração da profissão foi construída a partir de demandas histórico-sociais macroscópicas. Isso porque o aspecto nuclear de uma intervenção profissional institucional não é uma variável que depende do sistema de saber, mas é o das respostas que contempla demandas histórico-sociais determinadas. Para o autor, trata-se de uma inversão generalizada a construção de uma autoimagem do Serviço Social supor que a especificidade (ou parte substantiva dela) profissional advém de um estoque “científico”. Ou seja, na busca por legitimidade e pelo rompimento com sua subalternidade técnica (precisamente do voluntariado ligada às suas protoformas), busca-se trazer elementos científicos como se o estatuto do saber trouxesse

²³ Em rodapé, o autor exemplifica essa frase citando a concepção defendida por Yamamoto no livro *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico metodológica* (Netto, 2011a, p. 87, nota 3).

legitimidade à profissão, e não sua necessidade social (de dar respostas na sociedade capitalista).

Portanto, para Netto (2011a), qualquer esforço para esclarecer o estatuto profissional deve-se primeiramente recorrer à análise do processo de institucionalização de toda atividade profissional. Ou seja, deve apreciar “o dinamismo histórico-social”, visto que, em momentos históricos diferentes, todos os papéis profissionais podem ser colocados em xeque a depender das mudanças ocorridas nos diferentes aspectos da estrutura social. Nesse sentido, um estatuto profissional está sujeito ao dinamismo histórico-social que coloca a necessidade de reatualização que compatibilize com as demandas que lhe são apresentadas. Sendo assim,

[...] a afirmação e o desenvolvimento de um estatuto profissional (e dos papéis a ele vinculados) se opera mediante a intercorrência de um duplo dinamismo: de uma parte, aquele que é deflagrado pelas demandas que lhe são socialmente colocadas; de outra, aquele que é viabilizado pelas suas reservas próprias de forças (teóricas e prático-sociais), aptas ou não para responder às requisições extrínsecas – e este é, enfim, o campo em que incide o seu sistema de saber (Netto, 2011a, p. 89).

Para Netto (2011a), distinguir analiticamente o estatuto teórico do Serviço Social do prático profissional não é suficiente para possibilitar uma análise substantiva que permita superar a inversão sinalizada. Para o autor, o problema relaciona-se com a própria natureza socioprofissional do Serviço Social que o constitui enquanto um exercício prático profissional medularmente sincrético. Nas palavras do autor, “*O sincretismo nos parece ser o fio condutor da afirmação e do desenvolvimento do Serviço Social como profissão, seu núcleo organizativo e sua norma de atuação*. Expressa-se em todas as manifestações da prática profissional e revela-se em todas as intervenções do agente profissional como tal. *O sincretismo foi um princípio constitutivo do Serviço Social*” (Netto, 2011a, p. 92, grifos do autor).

Essa estrutura sincrética se fundamenta em três objetivos específicos, sendo eles: primeiramente o universo problemático original apresentado como eixo de demandas históricas-sociais; segundo, o horizonte do seu exercício profissional; e terceiro, a sua modalidade específica de intervenção. Para o autor, todo complexo de outras determinações sincréticas próprias do Serviço Social (valorações, componentes de referência teórica etc.) está assentado, concorre e reforça estas bases factuais.

O universo problemático relaciona-se diretamente com as demandas sociais que são apresentadas ao assistente social no exercício profissional, expressões da questão social com caráter difuso, amplo e diversificado que impossibilita qualquer pretensão de sua resolução – até porque não consiste em interesse do Estado. Ou seja, apesar de se compreender a questão

social como eixo original de demandas histórico-sociais que convoca a profissão do Serviço Social, essa se instaura como objeto polifacético e polimórfico com muitas facetas e possibilidades de intervenções profissionais. Esse complexo de problemas e mazelas são inerentes à sociedade burguesa consolidada e madura e só podem ser solucionadas com a superação dessa.

Nesse sentido, o enfrentamento particular das expressões da questão social se apresenta em ações pontuais e fragmentadas, demandando sempre intervenções em outras dimensões. Assim, o atendimento de uma demanda social acaba por se relacionar com diferentes aspectos da vida (econômicos, sociais, políticos, culturais, geográficos etc.) e, por seu caráter dicotomizado, a intervenção pode se desqualificar em algum momento (ainda que em médio prazo). É nessa “teia” que a profissionalidade do assistente social se envolve, fazendo com que a demanda só possa ser atendida mediante procedimentos burocrático-administrativos. Sendo assim, o Estado, por meio da administração pública e desses mesmos procedimentos burocráticos-administrativos, realiza institucionalmente a delimitação dos “problemas”, do “público-alvo” e dos recursos a serem alocados. No entanto, persistem as situações não contempladas no rol de “atribuições” prescritas pela instituição e, dessa forma, as refrações da “questão social” são direcionadas para outras instâncias, ainda que para o próprio Serviço Social.

Em suma, Netto (2011) está nos dizendo que

a multiplicidade quase infindável das refrações da “questão social” que esbatem no âmbito da intervenção profissional do Serviço Social põe problemas nos quais necessariamente se entrecruzam dimensões que não se deixam equalizar, escapando e desbordando dos modelos formal-abstratos de intervenção (Netto, 2011a, p. 95).

Portanto, o universo problemático que demanda a intervenção operativa do assistente social se apresenta, em si mesma, como um conjunto sincrético, em que a categoria ontológica central da própria realidade social – a totalidade – é obscurecida.

Em síntese, a característica difusa das expressões da questão social, somadas a um espaço heterogêneo – o cotidiano, em que acontece o exercício profissional – que favorece o nível da aparência e o caráter contraditório dessa política social, inviabiliza ações efetivas/resolutivas, persistindo o atendimento fragmentado, setorizado e burocratizado. Assim, a modalidade específica de intervenção com o uso de procedimentos burocráticos-administrativos/modelos formais abstratos acabam por fortalecer a concepção de adequação e controle para qual o Serviço Social foi criado.

Portanto, a funcionalidade histórico-social do Serviço Social aparece definida precisamente enquanto uma tecnologia de organização de componentes heterogêneos da cotidianidade de grupos sociais determinados para ressitua-los no âmbito dessa mesma estrutura do cotidiano (manipulação planejada). Desse modo, são esperadas do profissional alterações no âmbito do micro, no nível fenomênico do cotidiano, a partir do atendimento de metas institucionais. Ou seja, alterações de variáveis empíricas de todas as intervenções (exemplo: o disciplinamento de famílias operárias, a ordenação de orçamentos domésticos, a recondução às normas vigentes de comportamentos transgressores etc.). O autor destaca duas implicações dessa identificação: a primeira é que a intervenção manipuladora demanda um conhecimento do social diretamente instrumentalizável e menos uma análise concreta de formas sociais determinadas. A segunda diz respeito à reposição intelectual do sincretismo: “se a instância decisiva da intervenção profissional é a manipulação de variáveis empíricas, todas as linhas de análise lógicas e formal-abstratas e todos os procedimentos técnicos se legitimam na consecução do exercício manipulador” (Netto, 2011a, p. 98).

O Serviço Social, nesse sentido, não é compreendido como uma profissão que atua sobre as expressões da questão social, mas sua legitimidade social se consolida a partir da concepção de que cabe ao assistente social realizar arranjos que readequem e organizem o cotidiano dos sujeitos, garantindo o bom funcionamento institucional e social. Essa atuação específica constitui-se, então, a modalidade específica para qual a intervenção profissional é demandada. Dessa forma, todas as incidências do sincretismo sobre o Serviço Social assentam-se, concorrem e reforçam os três fundamentos que conferem à profissão sua característica estruturalmente sincrética.

3.1.1 O sincretismo e a prática indiferenciada

O fenômeno do sincretismo na prática profissional é localizado no processo de profissionalização do Serviço Social. O esforço em romper com as atividades filantrópicas que caracterizavam suas protoformas levou o Serviço Social a recorrer a diferentes formas de se autoafirmar enquanto profissão. Assim, a aproximação com as contribuições das ciências sociais; o empenho em qualificar a formação profissional; a produção de documentação própria; e sua vinculação crescente com as instituições públicas e privadas, constituem passos notáveis desse processo de afirmação da profissão.

No entanto, para Netto (2011a), apesar da inserção profissional em novos espaços sócio-ocupacionais e da mudança do significado social de seu trabalho – agora inserido na divisão

social (e técnica) do trabalho –, não houve mudanças significativas na sua dimensão prático profissional interventiva. Para o autor, a profissionalização do Serviço Social criou um ator novo, mas não desenvolveu uma operacionalização prática substantivamente diferente em relação àquela que exercia nas suas protoformas, sendo o profissional apenas alocado ao atendimento de uma demanda já reconhecida previamente.

Nesse sentido, afirma que a profissionalização instaurou idealmente um quadro de referência e de inserção prático-profissional que rompe com as protoformas do Serviço Social, mas sua validação efetiva continuou imbricada com a prática assistencialista, ou seja, “a eficácia na manipulação de variáveis empíricas, na reordenação do cotidiano”. Desse modo, afirma que *idealmente* a profissão constituiu as bases para uma peculiar intervenção sobre as refrações da “questão social”, mas *faticamente* essa intervenção não se consolidou como distinta. Ou seja, “a forma da prática profissional, *nas suas resultantes*, não obteve um coeficiente de eficácia capaz de diferenciá-la de outras práticas, profissionais ou não, incidentes sobre a mesma problemática” (Netto, 2011, p.100, grifos do autor).

Esse paradoxo entre o ideal e a factualidade ocorre em razão da realidade objetiva, ou seja, das condições de intervenção sobre os fenômenos sociais na sociedade burguesa consolidada, bem como devido à funcionalidade do Estado burguês no trato da “questão social”. Dito em outras palavras, pouco adianta mudar o marco teórico da profissão se a realidade externa objetiva, em que se situa a lógica medular da reprodução social, não se alterar.

Nas palavras de Netto,

No plano da articulação teórica, ultrapassa o senso comum com uma formulação sistemática, entretanto sem desbordar o seu terreno; no plano da intervenção, clarifica nexos causais e identifica variáveis prioritárias para a manipulação técnica, desde, porém, que a ação que sobre elas vier a incidir não vulnerabiliza a lógica medular da reprodução das relações sociais (Netto, 2011a, p. 101).

No horizonte do cotidiano, em que o exercício profissional acontece e as expressões da “questão social” são enfrentadas pela via privilegiada, mas não exclusiva, da política social, o objetivo final necessariamente não pode ser sua resolução. Assim, o Estado burguês exerce sua função política apenas para garantir a direção consenso, sendo que sua natureza de partícipe no jogo econômico, inerente à sua essência de classe, impede-o compulsoriamente de fazer mais que regular as condições, setoriais e globais e adequá-las à reprodução das relações sociais burguesas. Nesse sentido, “à prática profissional do Serviço Social é creditada a continuidade das reproduções (ou da cronificação) das refrações da ‘questão social’ que, em verdade, dizem

respeito à lógica dominante (mas não única) de todas as intervenções institucionais” (Netto, 2011a, p. 103). Portanto, o desempenho dos profissionais aparece colado a agências estatais²⁴.

É diante desse cenário que Netto (2011a) vai afirmar a existência de um anel de ferro que aprisiona a profissão. Isso porque as condições ofertadas pelo sistema em que ocorre a sua operacionalização possibilita no máximo a racionalização de recursos e esforços dirigidos para o enfrentamento superficial das refrações da “questão social”. Ou seja, apesar de cortar idealmente com as práticas das suas protoformas, a profissão não se legitima socialmente por resultantes muito diversas. A sua prática, ainda que orientada por um sistema de saber e inserida institucionalmente no espectro da divisão social (e técnica) do trabalho, não vai muito além de práticas sem esses atributos.

É por meio dessas tensões que as “crises de identidade” profissional do Serviço Social acontecem, visto que a especificidade profissional se converte em uma incógnita para o próprio assistente social e para as outras pessoas que demandam o seu trabalho. A exemplo disso, destacamos algumas concepções do Serviço Social apresentadas por Netto (2011a), ou seja, a forma como somos legitimados para esses públicos, entre as quais estão: as concepções da clientela imediata; dos financiadores diretos; da estrutura institucional; de outros tecnólogos sociais e para os teóricos (cientistas). Sinaliza – e esse dado é possível aferir empiricamente – que, para a clientela, ainda vigora a moldura da filantropia existente nas protoformas; já para os financiadores diretos, a legitimação profissional vai depender da sua funcionalidade diante dos objetivos propostos, mas sempre relacionada à modalidade de intervenção apresentada anteriormente. Em relação à estrutura institucional, o profissional será requisitado quando as refrações da “questão social” se tornam objeto de administração pública, independentemente da modalidade de intervenção, mas limitada aos procedimentos burocráticos. Portanto, em qualquer um dos casos, a profissionalização permanece um circuito do ideal, que não se traduz operacionalmente (Netto, 2011a).

Diante disso, outras problemáticas incidem sobre a prática profissional e seus agentes (a subalternidade técnica, por exemplo), que se veem requisitados para um papel social cujo conteúdo difuso só pode ser preenchido através de uma aparente polivalência que extingue qualquer diferenciação prático-profissional. Nas palavras de Netto (2011a, p. 105), “A polivalência aparente é a mais nítida consequência da peculiaridade operatória do Serviço

²⁴É válido ressaltar que o trato das refrações da “questão social” pelo Estado burguês por meio das políticas sociais, somado às condições gerais da intervenção social na sociedade burguesa e madura, não subordina apenas o trabalho de Assistentes Sociais, mas de todos os trabalhadores envolvidos na execução da política. No entanto, é sobre o trabalho de assistentes sociais que mais acumula tensões, posto que sua intervenção é aferida *faticamente* por suas resultantes empíricas.

Social – v.g., da sua intervenção indiferenciada. E, sobretudo, a expressão cabal do sincretismo que penetra todos os interstícios da sua prática”. Para o autor, esse traço polivalente, não exclui os avanços significativos realizados pela categoria profissional e o desenvolvimento de práticas (e elaborações formal-abstratas pertinentes) específicas, mas que esse fenômeno se construiu histórica e socialmente tendo-o por base e não chegou a definir, institucional e praticamente, um papel profissional consistente. Por conseguinte, a polivalência constituiu-se o elemento que passou a legitimar o Serviço Social e consolidou-se como fulcro da imagem social do profissional:

Efetivamente, a polivalência aparente e típica do Serviço Social não se configurou como uma opção profissional (ainda que o tenha sido, para alguns assistentes sociais, em momentos precisos da evolução da profissão). Antes, ela se plasmou como um padrão prático-empírico de procedimento dos profissionais, sob a pressão, fundamentalmente, de duas ordens de condicionantes: a expectativa social envolvente que rebatia sobre os primeiros encaminhamentos profissionais (herdada das suas protoformas) e o leque de recursos (materiais e técnicos) que havia que mobilizar para dar cumprimento à intervenção. Por outra parte, não são alheios a ela seja a inserção institucional dos assistentes sociais em estruturas burocrático-administrativas que lhes reservavam atribuições residuais e pouco claras, seja o fato de se referenciar por um sistema de saber em cuja composição compareciam elementos heteróclitos (cf. infra) (Netto, 2011a, p. 106).

Em vista disso, a polivalência não só consagrou, basicamente, a indiferenciação operatória, como também se consolidou como substituto da estratégia profissional, visto que possibilitou, entre outras formas de integração e inserção institucionais, a ocupação de espaços profissionais emergentes, servindo, ainda, enquanto suporte de uma eventual mobilidade profissional e empregatícia. Sem dúvidas, a polivalência consiste no traço do sincretismo na prática profissional do Serviço Social, fazendo emergir elaborações formal abstratas ao mesmo tempo que as requisita. Portanto, a inespecificidade da prática profissional relaciona-se diretamente com a estrutura sincrética da profissão.

3.1.2 O sincretismo ideológico

O sincretismo ideológico se evidencia no processo de profissionalização do Serviço Social desde as suas protoformas até a consolidação da profissão. Ele se expressa por meio do imbricamento de duas vertentes da história ideológica do Serviço Social: a europeia e a norte-americana. Ambas se apresentavam como estruturas profundamente heterogêneas, já sincréticas originalmente. Essas tradições vão influenciar diretamente a constituição do Serviço Social no Brasil e, conseqüentemente, na forma como esse se desenvolve. Nesse sentido, analisaremos

brevemente as características gerais de cada tradição e apresentaremos o que entendemos por sincretismo ideológico a partir da leitura realizada.

De acordo com Netto (2011a), na Europa ocidental, o desenvolvimento das protoformas do Serviço Social está relacionado a três fenômenos, sendo eles: uma traumática herança de experiências revolucionárias, a forte presença de uma cultura social restauradora e o peso específico da tradição católica.

O primeiro fator relaciona-se com as experiências revolucionárias sangrentas da Europa central e ocidental protagonizadas pelo proletariado e pela burguesia no ano de 1848. Esse período foi marcado pela brutalidade da reação burguesa às lutas operárias e, também, pelo aumento da articulação política dos trabalhadores.

Quanto ao segundo aspecto, denominado como “caldo de cultura restaurador”, trata-se da junção de diferentes ideologias (reacionarismo de Bonald/tradição republicana de direita/elementos do positivismo gaulês²⁵) em razão de um “inimigo” em comum: o “estandarte vermelho”, ou melhor dizendo, o comunismo ou socialismo. Essa mescla cultural fornece muito mais que um projeto sócio-político burguês, ela dá origem ao neotradicionalismo²⁶, uma corrente que influenciará o pensamento e as políticas da direita após o século XX.

É intercorrendo com o neotradicionalismo que vai desenvolver a mais específica das vertentes ligadas à igreja católica, o catolicismo social, com a qual se relaciona o terceiro aspecto. Essa vertente possui como figura central, entre outras, o sociólogo e economista francês Frédéric Le Play (1806-1882), cuja visão paternalista e baseada em princípios cristãos e sociais irá influenciar diretamente as protoformas francesas do Serviço Social e, também, o bojo da configuração profissional nessa região até, pelo menos, os anos de 1940.

²⁵Netto cita três delas: 1) O reacionarismo de Bonald: o reacionarismo é uma ideologia política que se opõe às mudanças sociais e políticas trazidas por revoluções e reformas. Louis Bonald (1754-1840) foi um defensor dessa corrente e um dos principais pensadores do conservadorismo francês no período pós-Revolução Francesa; defendia a restauração da monarquia absoluta, a hierarquia social, a religião católica como base moral da sociedade e a rejeição das ideias iluministas de liberdade, igualdade e secularismo (Chasin, 2000); 2) A tradição republicana de direita: trata-se de correntes de pensamentos que apoiam o governo republicano, mas a partir de uma perspectiva conservadora com a manutenção de valores tradicionais e da ordem social. Na França, essa tradição se fortaleceu especialmente durante a Terceira República (1870-1940), quando facções republicanas conservadoras ou moderadas defendiam a república, mas resistiam a mudanças sociais radicais (Hobsbawm, 1996); 3) E elementos do positivismo gaulês: o positivismo, fundado por Auguste Comte, teve grande influência na França (daí o termo “gaulês”, que se refere à Gália, o nome romano da França). Na França, o positivismo foi associado a ideias de ordem e progresso, muitas vezes vinculadas ao autoritarismo e ao controle social (Rago, 2004).

²⁶Movimento resultante da fusão entre ideologias conservadoras e reacionárias cujo objetivo é resistir ao avanço do socialismo e comunismo.

No que tange ao panorama norte-americano, Netto (2011a) apresenta como estrutural e qualitativamente diverso. Ao contrário da Europa, as experiências revolucionárias não tinham peso sensível na história norte-americana, assim, as relações capitalistas encontraram um espaço aberto para seu desenvolvimento. Diferentemente da Europa, a tradição norte-americana sofreu influência direta do protestantismo marcado pela ênfase na responsabilização individual e moralização da pobreza.

Essas diferenças influíram profundamente na emergência e consolidação profissional do Serviço Social. Netto (2011a) menciona que essas marcas ocorreram em três níveis distintos, mas interligados. Na tradição histórica da Europa (mais especificamente desenvolvida na França), no que se refere ao plano da intencionalidade do Serviço Social, o projeto de intervenção se caracteriza medularmente como reformista de caráter revolucionário, no entanto, com projeções de natureza restauradora na apologia indireta, ou seja, acaba por apoiar, ainda que de maneira implícita, manutenção do *status quo*. Dito de outra maneira, embora o Serviço Social buscasse mudanças significativas e profundas na sociedade (caráter revolucionário), seu projeto também tem elementos reformistas, ou seja, busca realizar mudanças dentro do sistema existente para restaurar a ordem perdida.

Assim, “a moldura da intervenção é, basicamente, ético-moral, em duas direções: na do ato da intervenção (que deve restaurar a ordem perdida) e na do processo sobre que age (que deve ser colocado numa ordem melhor)” (Netto, 2011a, p. 116). Aqui se tem um desprezo pela racionalidade teórica sendo direcionado por um visceral irracionalismo em que as práticas são orientadas por impulsos e crenças não sistematizadas.

Já na tradição norte-americana, em que ocorre a apologia direta às estruturas econômicas e sociais vigentes, o reformismo profissional é modernizador. Aqui a ordem capitalista é tomada como invulnerável e a intervenção tem por objetivo um padrão de integração alinhada com a efetiva dinâmica vigente e se propõe explorar as alternativas nela contidas. Desse modo, a moldura da intervenção é assim caracterizada: “o ator profissional é um prestador de serviços, que reclama uma remuneração e se apresenta como portador de uma qualificação técnica – sua intervenção é exigida pela natureza mesma da ordem vigente, cuja estrutura profunda é invulnerável e, deste ponto de vista, só deve ser objeto de juízos de fato” (Netto, 2011a, p. 116). Tem-se, nesse nível, uma valorização da orientação teórica, colocando a “ciência” como elemento próprio da contemporaneidade.

Outra diferença demarcada consiste na responsabilidade pública. Enquanto no organo-corporativismo, característico da tradição anticapitalista romântica europeia, as instituições públicas estatais são amplamente desqualificadas, favorecendo formas idealizadas pré-

industriais e pré-urbanas, a tradição norte-americana, revela-se, neste plano, muito congruente com a gestão capitalista da vida social, sendo necessário o aparato estatal de caráter governativo-administrativo para o desenvolvimento social. Assim, antes de negá-las, encontram mecanismos de participação em seu jogo.

O sincretismo da tradição europeia estava na fusão de uma postura restauradora com algum grau de legitimidade na intervenção. De modo imanente,

[...] o anticapitalismo romântico debate-se entre a extrema restauração (que lhe conferia a natureza de um reacionarismo integral) e soluções intermédias que, obrigatoriamente, implicam no sincretismo ideológico (expresso, no plano das ações sociopolíticas, pela programática negativa do “nem capitalismo, nem comunismo” – o terceiro caminho na prática e nas projeções políticas, com todas as suas consequências teóricas e ideológicas) (Netto, 2011a, p. 118).

A tradição americana, igualmente, está atravessada pelo sincretismo, mas aqui está inscrito na configuração de um pragmatismo intelectual que deve atender a duas demandas de sentido distintos: “de uma parte, deve produzir a sua legitimação racional num meio sociocultural muito infenso às elaborações intelectuais; de outra, deve construir-se sob uma pressão religiosa (protestante) a que não pode contrariar, sob pena de fortes sanções sociais” (Netto, 2011a, p. 119).

São essas as duas tradições cultural-ideológicas que penetram as protoformas e as primeiras afirmações profissionais do Serviço Social. Todavia, para Netto (2011), o problema do sincretismo ideológico na profissão ultrapassa as dimensões da sua gênese, pois constitui estruturalmente o desenvolvimento profissional do Serviço Social. Ou seja, “ocorre com a imbricação dessas duas linhas evolutivas e com suas modificações particulares” (p. 120). Assim, essas duas vertentes começam a interagir fortemente em meados dos anos de 1930 em razão de fatores diversos, acentua-se durante a guerra e aumenta ainda mais nos anos seguintes²⁷.

O autor destaca um elemento catalisador que contribuiu para a fusão dessas duas vertentes. Trata-se do personalismo norte-americano que, ao combater o materialismo, o evolucionismo e o racionalismo, promoveu uma abordagem mais subjetiva e emocional, criando um espaço para a interação e fusão de diversas vertentes ideológicas. Essa corrente ideológica contribuiu para uma ambiência cultural e ideológica mais aberta e difusa, permitindo a integração de elementos variados no campo do Serviço Social. Em 1949, o personalismo era

²⁷Mais detalhes ver Netto, 2011a, p. 120 e p.121.

uma corrente influente, refletindo um fenômeno de intensa gravitação intelectual e ajudando a moldar o contexto ideológico da época.

Esse elemento passa a ser movimentado pelo Serviço Social quando emoldura as refrações da questão social no âmbito da personalidade e, em seguida, no da relação interpessoal (exemplo: configuração do serviço social de grupo, com marcados influxos da dinâmica e da terapia grupal). Nesse contexto, ocorriam dois aspectos basilares: o primeiro trata-se da rearticulação do sistema de saber que ancora o Serviço Social norte-americano com a abertura para influxos “científicos” da psicologia; o segundo é a interação entre duas vertentes culturais ideológicas que é realizada nesse giro.

A tradição europeia também registra modificações com a adoção do pressuposto filosófico neotomista como parte de um largo processo de mobilização da igreja católica diante dos desafios intelectuais, científicos, políticos e ideológicos. Esses postos, de um lado, pelo desenvolvimento científico e filosófico e, de outro, pela laicização das instituições sociais burguesas e pelo movimento operário orientado pelo marxismo. Os novos valores e a fundamentação extraídos do arcabouço neotomista contribuíram para que a tradição europeia se abrisse a técnicas e procedimentos já realizados pelos norte-americanos.

A partir dos anos de 1940, esse duplicado sincretismo rebate diretamente no desenvolvimento do Serviço Social. Netto (2011a) afirma que, na bibliografia e na documentação profissional, não foi feita uma análise sobre a compatibilidade entre as referências teóricas e os procedimentos operacionais. Em vez disso, assumiu-se que os princípios axiológicos (valores fundamentais), independentemente das ferramentas heurísticas e dos métodos operacionais utilizados, garantiriam a legitimidade, a orientação e o propósito da intervenção.

Além de todos os elementos tratados até aqui, Netto (2011a) destaca também a ocorrência do sincretismo cultural-ideológico no trabalho realizado com o desenvolvimento de comunidade e apresenta dois ingredientes que marcam singularmente a inserção dessa nova abordagem no marco profissional do Serviço Social. O primeiro vincula-se a uma sensível diferenciação na funcionalidade profissional que os assistentes sociais lhe autoatribuíram o papel de agentes das “mudanças sociais”, basicamente postas como indução de modificações no meio social imediato para dinamizar um padrão novo de integração capitalista. O que interessa ressaltar é que, no plano cultural ideológico, essa função autoatribuída é uma resposta articulada à questão da *pertinência de classe* do assistente social sendo vinculada à sua condição de agente técnico de “mudança” (Netto, 2011a).

Logo, nessa moldura, a vinculação social do profissional passa a ser apreendida enquanto sincronia peculiar de saber (técnicas de indução de “mudança”) e inserção institucional (agências governamentais e aparatos públicos). No entanto, isso não significa uma ruptura, mas subsistirá uma fundamental continuidade sincrética com o contexto profissional antes consolidado. Os projetos de desenvolvimento, sua contrafação ideológica e o desenvolvimentismo rebateram no serviço social refratados por uma lente singular: a da promoção social. Esse é o segundo ingrediente que então emerge. Para Netto (2011a), o promocionalismo (com reiterada ênfase na “pessoa humana”, enraizado no humanismo cristão tradicional e do “bem comum”) é a face pertinente do Desenvolvimento de comunidade enquanto operação própria do Serviço Social que visa o “desenvolvimento integral”. Em síntese, essa fusão cria uma prática que, ao mesmo tempo, promove o desenvolvimento comunitário (uma ideia modernizadora e secular) e preserva valores tradicionais de justiça social cristã.

Concluindo, ressalta-se que a incorporação da organização e do desenvolvimento de comunidade pelo Serviço Social revela um procedimento sincrético. E, para Netto (2011a), esse sincretismo não é apenas um traço específico ou uma peculiaridade de alguns segmentos profissionais, ele é uma consequência intrínseca da própria prática do Serviço Social. Portanto, esse fenômeno está profundamente enraizado no contexto cultural-ideológico da profissão e está intimamente ligado ao seu sistema de saber, ou seja, ao seu referencial “científico” que fundamenta sua intervenção. Em última análise, o sincretismo é entendido como uma característica essencial e constitutiva da prática do Serviço Social.

3.1.3 Serviço Social como sincretismo “científico”

No que tange ao sincretismo teórico ou “científico”, Netto (2011a) defende que o Serviço Social estrutura seu sistema de saber ancorado em correntes de pensamentos distintos, por vezes incoerentes, o que impacta diretamente as intervenções profissionais realizadas. Para defender que há um sincretismo teórico ou “científico” que articula o sistema de saber em que gravita o Serviço Social, o autor apresenta três segmentos argumentativos diferentes que, porém, não se dissociam. Trata-se das possibilidades do conhecimento teórico (científico) do ser social, a filiação teórica do Serviço Social e as suas próprias pretensões a construir um saber específico.

Inicialmente, ao tratar das possibilidades de conhecimento teórico ou “científico”, o autor inicia apresentando a diferenciação entre o conhecimento das “ciências sociais” e a teoria

social. No primeiro caso, o autor coloca que a denominação da categoria de “ciências sociais” é caracterizada pela matriz positivista e suas derivações (o funcionalismo, o estrutural-funcionalismo e o estruturalismo, as faces mais óbvias do neopositivismo na reflexão teórica sobre a sociedade) que, no campo do pensamento inspirado por Marx, é considerada um tanto que problemática.

Essa categoria se difere da teoria social de Marx que, para Netto (2011a, p. 135), “trata-se de uma teoria sistemática (não um sistema) que dá conta do movimento do ser social que se engendra na gênese, consolidação e desenvolvimento (aí incluídas as condições do seu esgotamento) da sociedade burguesa”. Ou seja, uma postura que articula uma postura ontológica centrada numa radical historicidade. Para o autor, “a obra marxiana é uma teoria da sociedade burguesa que pouco tem a ver com as ciências sociais especializadas, ainda que opere com os mesmos materiais que servem de matéria a elas” (Netto, 2011a, p. 135).

O autor afirma que o conhecimento teórico do ser social (a colocação da sociedade como objeto específico da reflexão teórica) só é viável quando as relações sociais se apresentam como produtos distintos da natureza e próprios da prática humana. Nesse sentido, somente quando as relações sociais estão saturadas de sociabilidade que elas podem se colocar como objeto específico e pertinente para uma reflexão teórica que também se especifica em seu tratamento. Essas condições específicas só surgem com a sociedade burguesa e com o desenvolvimento das forças produtivas que se elevam exponencialmente no quadro da produção capitalista.

De acordo com Netto (2011a, p. 139), a base da sociologia, como ciência social, consiste na “escrupulosa desvinculação dos fenômenos de sua base econômica”, sendo essa mesma base de outras ciências sociais, ou seja, cada uma trabalha um “nível”, permanecendo a sua articulação com o “todo” um problema teoricamente desprezível e/ou metodologicamente irresoluto. Em razão disso, a possibilidade objetiva do conhecimento teórico social mais próximo possível da realidade se apresenta de maneira desigual entre as duas vertentes (marxista e a vertente das ciências sociais com suas derivações). Sobre essa diferenciação, de forma mais detalhada e exemplificativa, tem-se o seguinte trecho:

A possibilidade de uma teoria social veraz – isto é, que não seja um mero paradigma explicativo, um modelo reflexivo e intelectual que introduza no movimento social real uma lógica e um sentido externos a ele, mas que, alternativamente, capture as determinações essenciais e fundamentais da sua dinâmica e as resolva na sua processualidade – é função da ultrapassagem daquela positividade. Se não se dissolve a positividade, se não se remete a sua imediaticidade à malha de mediações objetivas inscrita na processualidade que ela sinaliza, o conhecimento que se pode construir não supera a faticidade epidérmica manipulação de variáveis empíricas da vida social, pode sistematizar a experiência do senso comum (indo além dela) no sentido de

localizar nexos causais não perceptíveis numa observação aleatória, pode (no limite) elaborar uma explicação global reflexiva, intelectual, para as evidências do movimento social. Pode, igualmente no limite, se produto de um esforço intelectual sistemático e refinado, construir modelos e/ou paradigmas analíticos e explicativos aptos para entregar do processo social uma *interpretação* escorada no *entendimento* (Netto, 2011a, p. 140, grifos do autor).

Ressalta que a “socialização da sociedade”, operada pelo capitalismo, é um fenômeno elementarmente contraditório, pois instaura a possibilidade objetiva da teoria social e coloca, simultaneamente, um complexo de questões (histórico-sociais) que problematiza visceralmente a sua contradição. No centro dessas questões, está a sociedade burguesa, contudo, a processualidade social de seu modo de ser não aparece como tal nas expressões imediatas da vida social. Assim, o padrão de objetividade burguesa – o que é nomeado como positividade – necessariamente mistifica a processualidade que a cria.

À vista disso, a dissolução dessa positividade só é possível com a conjugação de dois fatores, sendo eles: uma perspectiva de classe para qual a dissolução da positividade se constitua como uma exigência imanente; e um projeto teórico-metodológico fundado num arsenal heurístico capaz de dar conta da processualidade específica do ser social próprio à sociedade burguesa. Nos marcos da sociedade burguesa, essa conjugação é garantida apenas pelo ponto de vista de classe do proletariado e pelo projeto teórico-metodológico crítico-dialético. E é justamente a intercorrência desses dois vetores que está ausente na constituição da tradição positivista e das ciências sociais, bem como da sua evolução posterior.

Isso porque o objeto de estudo das ciências sociais passou a ser desenvolvido em função da divisão social (e intelectual) do trabalho em detrimento de sua objetividade concreta. Diante disso, o método é reduzido a operações técnicas separando-se da teoria, culminando no acúmulo de investigações fragmentadas e limitadas segundo uma racionalidade puramente analítica e instrumental que favorece o chamado ecletismo.

Para o autor, a subalternidade técnica do Serviço Social derivou justamente da filiação da profissão com as ciências sociais. Destacam-se dois elementos do funcionalismo da versão durkheimiana absorvidos pela vertente europeia do Serviço Social: a sua reacionária visão do sistema da divisão social do trabalho e a sua peculiar teorização sobre o normal e o patológico da vida social. No caso do Serviço Social, Netto (2011a) explica que esses elementos foram arrancados do seu contexto original e resolvidos numa ótica ainda mais restauradora e moralista do processo social.

A vertente norte-americana também sofre influências diretas das ciências sociais, pois surge sob a égide da sociologia em processo de institucionalização entre a Primeira Guerra

Mundial e a grande crise, quando o exercício profissional do assistente social é parametrado pela noção de uma ciência social sintética aplicada. Assim, “o caráter aplicado provinha da convicção de que era essencial à profissão intervir sobre variáveis prático-empíricas, mais que qualquer outra dimensão; o traço sintético derivava do tônus sistemático da sociologia norte-americana de então” (Netto, 2011a, p. 144-145).

A viragem dos anos 1930 é marcada pela interação dessas duas vertentes e uma mudança significativa do Serviço Social norte-americano. Nesse período, o Serviço Social não participa como protagonista do processo de construção de conhecimento de seu campo próprio do saber, mas se vulnerabiliza ao se colocar puramente enquanto receptor. Além disso, não exercia sua capacidade crítica sobre a natureza da “cientificidade” que lhe era atribuída e ficava à mercê de recebê-lo dos movimentos institucionais.

Essa relação enquanto receptor implicou numa vulnerabilização do Serviço Social incorrendo em duas outras consequências para a profissão:

a) o tônus (o que controla) do Serviço Social tendia a ser heterônimo (sujeito a outrem), ou seja, tendia a ser estimulado a partir da valorização “científico-acadêmica” variável desfrutada num momento dado por uma ou outra ciência social ou uma de suas correntes;

b) a verificação da validade dos subsídios teóricos tendeu a desaparecer do horizonte profissional do assistente social consolidando um caráter prático “aplicado” (praticismo) da intervenção profissional.

Nesse sentido, a história do Serviço Social, a partir da vertente norte-americana e, depois, de sua formação hegemônica, em escala mundial, é uma sucessão de sistemas de saberes de segundo grau. Isso porque é obtido pela acumulação seletiva dos subsídios das ciências sociais conforme as necessidades próprias da profissão. Vale ressaltar que, para Netto (2011a), esse sincretismo ideológico conservador não ocorreu somente quando o serviço social se colocava nessa condição de receptor, mas ocorre também diante da manutenção contínua de interpretações equivocadas de cunho restaurador e modernizador.

Em suma, a construção de saberes de segundo grau possui caráter sincrético e constitui-se como face visível do ecletismo, fazendo com que a teorização do Serviço Social seja medularmente eclética. Isso porque ocorre devido ao sistema de saber que o âncora e às respostas que articula para sua prática profissional, sendo o ecletismo “o sincretismo no Serviço Social no nível do seu (saber de segundo grau) sistema de saber” (Netto, 2011a, p. 147). Assim, podemos dizer que o ecletismo constitui a construção de um conhecimento secundário do Serviço Social, conseqüentemente, se expressa objetivamente na prática profissional.

O problema substantivo que se coloca, a esta altura, é determinar se o sincretismo teórico do Serviço Social é um dado permanente, a que estaria condenada a profissão, ou se pode ser ultrapassado. Este problema veio à tona a partir dos anos de 1960, quando ganharam forças tendências críticas e renovadoras que passaram a questionar o lastro eclético da teorização do Serviço Social. Uma das sugestões do movimento de reconceituação foi a construção de uma teoria do Serviço Social livre dos elementos apontados, fundada em outros referenciais teórico-metodológicos e matrizes ideológicas distintas do lastro conservador.

No entanto, Netto afirma que, apesar de acreditar que a filiação teórica do Serviço Social às ciências sociais de caráter positivista não é um dado irreversível – podendo se apropriar dos parâmetros teóricos na tradição instaurada por Marx – e que a vinculação com o pensamento conservador não é um dado inevitável – pois podemos nutrir um projeto societário com aspirações revolucionárias –, a construção de uma teoria do Serviço Social demandaria o desenvolvimento de uma metodologia particular de intervenção.

Mas, para o autor, a alternativa de um Serviço Social liberado da tradição positivista e do pensamento conservador não lhe retira o seu estatuto fundamental: o de uma atividade que responde, no quadro da divisão social (e técnica) do trabalho da sociedade burguesa consolidada e madura, a demandas sociais prático-empíricas. Ou seja, em qualquer hipótese, o Serviço Social não irá se instaurar como núcleo produtor teórico específico, visto que seu objeto continuará sendo um complexo difuso que demanda intervenções sobre variáveis empíricas. Depreende-se, portanto, que, na concepção de Netto, a superação do sincretismo teórico, mais especificamente do ecletismo, não erradica o sincretismo da fenomenalidade do exercício prático profissional.

Em suma, para a tese do sincretismo, o Serviço Social não se legitima de uma forma diversa de sua protoforma, em razão de seu vínculo orgânico à estrutura administrativa do Estado burguês, cujo exercício prático profissional está assentado nos fundamentos apresentados no primeiro item deste capítulo. Desse modo, a peculiaridade profissional é justamente sua prática indiferenciada em que a polivalência se expressa como nítida consequência dessa peculiaridade operatória. No próximo item, apresentamos brevemente a tese da autonomia relativa que confronta alguns dos elementos postos nessa tese que acabamos de apresentar.

3.2 O SERVIÇO SOCIAL E O DEBATE DA AUTONOMIA RELATIVA: A CRÍTICA DE MARILDA VILLELA IAMAMOTO À TESE DO SINCRETISMO

A discussão sobre a relativa autonomia do assistente social ganha aprofundamento teórico-metodológico a partir do processo de renovação da profissão no Brasil, cujo fundamento está em analisar o assistente social como trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho e a construção da intervenção profissional, a partir da perspectiva ideopolítica que passou a orientá-la.

O livro *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*, de Marilda Vilela Iamamoto e Raul de Carvalho, publicado inicialmente em 1998, destaca como o Serviço Social se insere na dinâmica socioinstitucional, especialmente na venda da força de trabalho do assistente social, sendo, também, a obra em que se inicia o debate sobre a autonomia relativa.

Iamamoto (2015) afirma que o trabalho do/a assistente social possui uma dupla determinação como trabalho útil e abstrato, sendo essas dimensões indissociáveis para pensar o trabalho na sociedade burguesa. Ou seja, o assistente social não apenas realiza um trabalho útil ao atender às demandas da população, mas esse trabalho é também abstraído e quantificado como trabalho socialmente necessário, dentro da lógica do capital. Sendo assim, o trabalho do assistente social é determinado pela necessidade de responder às demandas imediatas dos indivíduos, mas também pela necessidade do capital de manter e reproduzir a força de trabalho.

Para a autora, essa dupla determinação é essencial para compreender as contradições e os desafios do Serviço Social na sociedade capitalista, onde o trabalho útil do assistente social é sempre mediado pela lógica abstrata do capital. Diante disso, a tensão entre projeto ético-político profissional e o estatuto de assalariado condicionam o exercício profissional a uma autonomia relativa e não absoluta.

Nesse ínterim, o que garante a relativa autonomia do assistente social na condução de suas ações profissionais é a legitimação da profissão por meio da formação acadêmica de nível universitário e pelo aparato legal e organizativo que regulam o exercício de uma “profissão liberal”²⁸ na sociedade. Assim, para a autora, a autonomia relativa é condicionada pelas lutas hegemônicas presentes na sociedade, que podem expandir ou restringir as bases sociais que sustentam a orientação social do trabalho do assistente social. Essa prática é marcada pelos

²⁸Iamamoto e Carvalho (2014, p. 80) sinalizam que o assistente social não pode ser caracterizado como um profissional liberal no sentido pleno do termo, pois ele não tem controle total sobre suas condições materiais e técnicas de trabalho, estando subordinado à divisão social e técnica do trabalho e ao poder institucional. No entanto, os autores reconhecem que, apesar de o Serviço Social não ter uma tradição de exercício autônomo, ainda existem alguns traços de uma profissão liberal na prática dos assistentes sociais, como, por exemplo, a reivindicação de um Código de Ética e a relação que estabelece com os seus “clientes”.

interesses de diferentes classes e grupos sociais, que moldam as contradições presentes no trabalho voltado para atender às necessidades dos segmentos majoritários das classes trabalhadoras (Iamamoto, 2015).

Nesse sentido, princípios éticos e políticos construídos coletivamente historicamente dentro da profissão são balizadores do comportamento dos profissionais, materializando a dimensão teleológica. Assim, expressa a busca, por parte da categoria, de afirmar-se enquanto sujeito profissional por meio de uma direção social específica. No entanto, a mercantilização da força de trabalho do assistente social em razão de seu estatuto assalariado subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames da alienação e impõe condicionantes socialmente objetivos à autonomia do assistente social na condução do trabalho e à implementação do projeto profissional (Iamamoto, 2015).

Portanto, Iamamoto (2015) observa a tensão existente entre o projeto profissional que afirma o assistente social como “um ser prático-social dotado de liberdade e teleologia”, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social, e a condição de trabalhador assalariado que tem suas ações controladas pelos empregadores e influenciadas por fatores externos aos indivíduos singulares, sendo socialmente forçados a se submeter a essas condições.

Diante disso, Iamamoto afirma a necessidade de reconhecer a existência de um campo de mediações ao analisar a profissão e seu exercício efetivo nos diferentes espaços ocupacionais que os assistentes sociais ocupam. Além disso, sinaliza para a exigência de rompimento com análises unilaterais que enfatizam apenas um lado dessa dinâmica da profissão e desconsideram as contradições das relações sociais. Afirma, assim, que o desafio está em romper com literaturas que superestimam a força e a lógica do comando do capital no processo de (re)produção, submergindo as possibilidades dos sujeitos de atribuírem direção às suas atividades, consideradas fatalistas. E com o messianismo, em que a ênfase tende a se deslocar para a vontade política do coletivo profissional, que passa a ser superestimada, ao mesmo tempo que tende a silenciar ou subestimar os determinantes históricos-estruturais objetivos que atravessam o exercício de uma profissão (Iamamoto, 2015).

De acordo com Iamamoto (2015), é o próprio caráter contraditório das relações sociais que dá base de sustentação à autonomia relativa do assistente social. Ou seja, nas relações sociais, os interesses sociais antagônicos se esbarram nos espaços institucionais, que se constituem enquanto forças sociopolíticas em luta pela hegemonia e que podem sustentar politicamente o trabalho realizado. Sendo assim, destaca que “as necessidades sociais e aspirações dos segmentos subalternos, que são o público-alvo do trabalho profissional, podem

potencializar e legitimar os rumos impressos ao trabalho do assistente social, na contramão das definições ‘oficiais’” (Iamamoto, 2015, p. 422).

Em seu favor, o assistente social dispõe de sua qualificação profissional especializada, com a regulamentação das atribuições privadas e das competências, com a articulação com os outros agentes institucionais que participam do mesmo trabalho cooperativo e das forças políticas das organizações dos trabalhadores. Importante destacar que, conforme a autora, o exercício profissional pode ter efeitos e significados distintos a depender das particularidades do espaço sócio-ocupacional que ocupa, por exemplo, seja no âmbito do Estado, das empresas capitalistas ou das entidades privadas não lucrativas.

Sendo assim, destaca que, quando a preocupação é elucidar o significado social do trabalho dos assistentes sociais na reprodução das relações sociais, é necessário considerar as particulares condições e relações sociais que emolduram o trabalho profissional para clarificar seus efeitos sociopolíticos e culturais e no circuito global de reprodução do capital (Iamamoto, 2015).

Nesse sentido, a autora enfatiza que, para alargar as possibilidades de condução do trabalho, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias político-profissionais que ampliem bases de apoio no interior do espaço ocupacional e somem forças com segmentos organizados da sociedade civil, que se movem pelos mesmos princípios éticos e políticos. Ou seja, Iamamoto reconhece a dimensão política da profissão enquanto um importante elemento para ampliar as possibilidades de intervenção profissional e da construção de um projeto profissional orientado por determinada direção social, ainda que inserido na dinâmica de trabalho da sociedade capitalista.

Desse modo, Iamamoto (2015) destaca a possibilidade de atuarmos de formas distintas ainda que realizando uma mesma ação. Por exemplo, por um lado, o trabalho do assistente social pode ser visto como uma invasão de privacidade, se conduzido de forma autoritária e burocrática, funcionando como uma extensão do controle estatal (ou da empresa). Por outro lado, ao desvelar a realidade dos indivíduos, pode também abrir portas para que as famílias tenham acesso a recursos e serviços, além de coletar informações valiosas sobre as manifestações atuais da questão social através do estudo social.

No item 3.2 do capítulo 3, do livro *Serviço Social em tempo de capital fetiche*, Iamamoto (2015) sistematiza algumas considerações acerca da tese do sincretismo e a prática indiferenciada de Netto (2011a). A autora afirma que a crítica em torno da formulação citada, que é historicamente datada, é acompanhada pelo reconhecimento da ultrapassagem, na produção subsequente do autor, da maior parte dos impasses identificados.

Inicialmente questiona o fato de Netto considerar a natureza socioprofissional como “medularmente sincrética”, “posta a carência do referencial crítico-dialético”. Isso porque, para Yamamoto (2015), essa afirmação condiciona toda a profissão à “reificação”, em que a superficialidade na compreensão dos processos sociais qualificaria a natureza do Serviço Social como sincrética sem considerar as dinâmicas mais profundas e contraditórias da sociedade capitalista.

A primeira crítica que Yamamoto (2015) realiza em relação à tese de Netto é de ordem teórico-metodológica. Afirma que o procedimento utilizado por Netto para indicar a natureza do Serviço Social é uma especialização do trabalho, partindo da aparência em que se manifesta sem antes decifrar o que se oculta por trás da forma reificada em que se mostra e que determina e efetiva sua *natureza sócio-histórica*.

Nesse sentido, para a autora, a análise sobre o Serviço Social não deveria ser construída considerando exclusivamente a aparência mistificadora em que se apresentam os processos sociais, mas deveria explicar a gênese desse sincretismo, o que permitiria conhecer o que está por trás da aparência coisificadora das relações sociais. Para Yamamoto (2015), Netto restringe o universo da análise do Serviço Social às formas reificadas de manifestação dos processos sociais, denuncia a mistificação, mas não elucida a natureza sócio-histórica dessa especialização do trabalho para além do universo alienado, em que se mostra encoberta no sincretismo. Portanto, apesar da tentativa de desvendamento, a autora afirma que consiste numa análise parcial e inconclusa.

A segunda crítica consiste na afirmação de uma nulidade da dimensão política, identificada como momento de suspensão da imediaticidade e do cotidiano. Ou seja, como “momento catártico”, política, no sentido amplo, “como via de passagem da necessidade à liberdade, por meio da qual forças exteriores, que tornam o homem passivo, transformam-se em meio de sua liberdade, em instrumentos para criar uma nova forma ético-política, dando origem a novas iniciativas” (Yamamoto, 2015, p. 269).

Para a autora, na tese realizada por Netto, o autor torna opaca a luta de classes na resistência à sociedade do capital. E afirma,

Isso deriva em uma visão cerrada da reificação – forma assumida pela alienação na ‘idade do monopólio’ – e a alienação tende a ser apreendida *como um estado e menos como um processo que comporta contratendências*, porque as contradições das relações sociais são obscurecidas na lógica da exposição do autor (Yamamoto, 2015, p. 269, grifos da autora).

Quanto à afirmação de uma prática indiferenciada, para Iamamoto (2015), as determinações sócio-históricas das respostas profissionais e suas distintas possibilidades de configuração ficam obscurecidas na construção teórica de Netto (2011a). Segundo Iamamoto (2015), os dois vetores que Netto aponta, a saber: “as condições para a intervenção na sociedade burguesa marcada pela positividade” ou pseudo-objetividade; e “a funcionalidade do Estado no confronto das refrações da questão social”, aparecem como se fossem limites endógenos ao Serviço Social.

Iamamoto (2015) aponta, então, os aspectos que, na percepção de Netto (2011a), justifica a tese da manutenção da prática indiferenciada apesar da profissionalização do Serviço Social:

- a) a manipulação de variáveis empíricas no rearranjo da organização do cotidiano, não rompendo com a imediaticidade da positividade que o impregna;
- b) a subalternidade técnica e o traço executivo das ações profissionais que contribui para o caráter indiscriminado da prática profissional;
- c) o caráter contraditório das políticas sociais estatais, incapazes de resolver a questão social, visto que só podem repor, em bases ampliadas, suas manifestações, cronificando-as.

Desse modo, o anel de ferro que aprisiona o Serviço Social estaria posto, já que o exercício profissional é indissociável das políticas sociais, e o máximo que se consegue é a “racionalização de recursos e esforços para o enfrentamento das refrações da questão social” (Iamamoto, 2015, p. 276).

No entanto, Iamamoto vai defender que o campo das políticas públicas e dos direitos sociais também serve como um espaço de disputa e acumulação de forças políticas, em que se luta por projetos de sociedade que enfrentam as desigualdades presentes na questão social. Sendo assim, reconhece que as políticas sociais não têm o poder de eliminar a questão social completamente, mas que elas possibilitam o acesso a direitos sociais, que são resultado de longas lutas históricas dos trabalhadores. Acresce ainda que essas políticas muitas vezes se alinham com as iniciativas do bloco dominante, concedendo direitos antes que sejam reivindicados por diferentes grupos sociais, como uma estratégia para desmobilizar as lutas sociais (Iamamoto, 2015).

Diante dos aspectos apresentados, Iamamoto questiona qual seria a especificidade da profissionalização, que se mostra, na fenomenalidade, como inespecificidade operatória? Ou seja, a especificidade da prática do assistente social seria a sua inespecificidade operatória? Já que Netto (2011a) afirma que não houve uma diferenciação da prática profissional se comparadas as protoformas da profissão, e sua especificidade se mostra como inespecificidade

operatória, o que é atestado pela aparente “polivalência” ou aparente “intervenção indiferenciada do assistente social”. Segundo Iamamoto (2015), Netto (2011a) não fornece essa resposta, afirma ainda que os limites apresentados aparecem como próprios do Serviço Social, ainda que não sejam, o que torna a especificidade profissional uma incógnita para seus agentes.

Iamamoto (2015) resgata o texto *Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão*, publicado em 1996, em que Netto analisa as incidências das transformações societárias no capitalismo tardio, sob a hipertrofia do capital financeiro, no contexto das particularidades prático-profissionais da profissão. Nesse texto, Netto (1996) salienta as mediações que conectam o Serviço Social às mudanças macroscópicas, haja vista que as profissões não se constituem apenas como resultado dos processos sociais, mas “*corpus* teóricos e práticos que, condensando projetos sociais (donde suas inelimináveis dimensões ideopolíticas) articulam respostas (teleológicas) aos mesmos processos sociais” (Netto, 1996, p. 89 *apud* Iamamoto, 2015).

Iamamoto (2015) entende que no texto Netto apresenta de forma implícita uma revisão do “sincretismo da prática indiferenciada” ao discorrer sobre elementos que demonstram uma inflexão no tratamento da “prática profissional”. O primeiro elemento trabalhado no texto é o entendimento do campo das demandas profissionais imediatas como arena privilegiada para afirmação de projetos profissionais compatibilizados com projetos societários.

Destaca a afirmação feita por Netto (1996, p. 124 *apud* Iamamoto, 2015, p. 278) que, em curto e médio prazo, as “questões da prática”, que legitimam a profissão devido ao seu “caráter interventivo”, devem ser o foco do debate no Serviço Social. Continua dizendo que, para enfrentá-las, é necessário que os profissionais tenham coragem cívica e intelectual, a fim de desenvolver respostas mais qualificadas tecnicamente e mais legitimadas sociopoliticamente para os desafios da intervenção profissional.

Diante disso, para Iamamoto (2015), é possível sinalizar na produção de Netto uma compreensão teórico-crítica das dinâmicas do mercado de trabalho que ultrapassa as demandas imediatas para conectá-las às tendências sociais mais amplas e aos objetivos e valores do projeto profissional privilegiado, sendo possível, então, identificar o significado e os limites das demandas, bem como as possibilidades e prioridades de ação.

Iamamoto destaca uma mudança significativa na forma como a “prática profissional” é abordada nas análises de Netto (1982;1996). De acordo com a autora, no texto mais recente, a prática profissional é vista como profundamente influenciada por questões políticas e pelos diferentes projetos de classes para a sociedade. Nesse sentido, a prática profissional não se apresenta apenas como algo técnico e de “manipulação de variáveis”, mas aparece imerso em

um campo de disputas políticas, em que “os diferentes segmentos da categoria, expressando a diferenciação ideopolítica existente na sociedade, procuram elaborar uma direção estratégica para a sua profissão” (Netto, 1996, p. 116 *apud* Iamamoto, 2015, p. 279)

A profissão é, então, tratada como um espaço de luta, no qual diferentes grupos dentro da categoria profissional, que refletem a diversidade ideológica da sociedade, competem para definir a direção estratégica da profissão. Em outras palavras, o Serviço Social passa a ser compreendido como um campo de batalha onde as ideologias se confrontam e onde a prática profissional é uma ferramenta crucial na luta por hegemonia política e social. Ou seja, no mais recente, é possível verificar a afirmação de “novas competências sociopolíticas e teórico-instrumentais que incidem nas formas de operar as ações profissionais e assegurem a apropriação dos espaços ocupacionais, que objetivamente não apresentem tendências para contração” (Iamamoto, 2015, p. 280).

Logo, existem inflexões entre as abordagens sobre a “prática profissional”, nos dois tempos da produção do autor. O diferencial está na saliência da dimensão contraditória das relações sociais e, conseqüentemente, das respostas profissionais no seu âmbito – não apenas enquanto um braço da reprodução da lógica reificada do capital –, mas permeáveis a uma direção estratégica contra-hegemônica (Iamamoto, 2015, p. 280).

Portanto, conclui-se que a profissão é atravessada pela luta de classes, inteiramente permeada pelos dilemas contraditórios do processo de reprodução social. Para Iamamoto, no que tange às respostas práticas profissionais, elas

são alçadas a um papel de destaque, enquanto terreno privilegiado do embate ideopolítico, traduzido em “respostas profissionais de caráter interventivo” às exigências do mercado de trabalho, mas capazes de se distanciarem dele criticamente. A condição para tanto é que essas respostas sejam conectadas às tendências dos processos sociais e a um projeto contra-hegemônico dos rumos impressos à renovação do Serviço Social no País, norteados pela teoria social crítica (Iamamoto, 2015, p. 281).

Assim, a autora conclui que a ênfase na cultura profissional, que é uma marca do trabalho de Netto, permanece forte e atravessa, de maneira central, a chamada “dimensão interventiva” da profissão, que é composta por princípios, valores, objetivos, concepções teóricas e instrumentos práticos. Essa cultura profissional desempenha um papel crucial na compatibilização entre o exercício profissional e uma hegemonia política específica. O conteúdo e a orientação social e teórica que formam essa cultura influenciam as respostas dos profissionais, contribuindo significativamente para moldar um projeto profissional com uma direção social contra-hegemônica, que exige respostas técnico-operativas adequadas. Assim,

aponta para a “natureza ideopolítica da profissão, não apenas na lógica do poder, mas passível de reforçar projetos societários contra-hegemônicos, que oferecem matrizes aos projetos profissionais” (Iamamoto, 2015, p. 281).

Podemos dizer, então, que a perspectiva defendida no debate da autonomia relativa reconhece a tensão existente entre o estatuto profissional e a condição de trabalhador do assistente social no modo de produção capitalista, mas destaca a potencialidade da dimensão ideopolítica da profissão como possibilidade de orientação da intervenção profissional. Além disso, aponta como caminho o fortalecimento de um projeto profissional e projeto societário voltado para defesa da classe trabalhadora, pautado em valores e princípios e objetivos que permita ao assistente social que desejar, por meio do movimento constante e permanente de reflexão do cotidiano, orientar sua prática na direção social hegemônica dentro da profissão, apesar dos desafios diários encontrados.

No próximo capítulo, apresentamos um panorama geral da Política Nacional de Saúde Mental brasileira destacando os avanços e tensões postos para a assistência nesse campo específico no contexto neoliberal. Essa discussão é fundamental para compreender o pano de fundo que se insere o objeto desta pesquisa e que impacta diretamente o trabalho realizado nos Centros de Atenção Psicossocial. Em seguida, fizemos um breve resgate histórico da inserção profissional do assistente social no campo da saúde mental e sinalizamos algumas possibilidades e desafios para o exercício profissional orientado pelo Projeto Ético-Político.

4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: OS DESAFIOS PARA O TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE

Neste capítulo realizamos uma breve análise sobre a política de saúde mental do Brasil desde sua implementação até os dias atuais para compreendermos os desafios postos para os/as trabalhadores e usuários desse campo. Além disso, apresentamos de forma sucinta a inserção do assistente social na área da saúde mental e as mudanças colocadas para o exercício profissional nos últimos anos.

Torna-se necessário discorrer sobre a particularidade da política de saúde mental brasileira, tendo em vista que essa se constitui enquanto o lócus de trabalho das profissionais entrevistadas nesta pesquisa e que os avanços e retrocessos – partindo de uma perspectiva orientada pela reforma psiquiátrica antimanicomial e pelos princípios do Sistema Único de Saúde – estão diretamente relacionados com as mudanças que ocorrem nas relações sociais de produção e reprodução do sistema capitalista. Desse modo, há também o impacto nas relações de trabalho e em como é possível desenvolver a atuação na particularidade desse espaço sócio-ocupacional.

4.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL NO CONTEXTO CONTEMPORÂNEO: ENTRE AVANÇOS E RETROCESSOS

A atual política de saúde mental brasileira foi instituída pela Lei nº 10.216/2001, que representa, mesmo com várias limitações, um importante avanço na mudança da lógica de assistência em saúde ofertada às pessoas com transtornos mentais e/ou em uso de álcool e outras drogas. Esse marco legislativo é fruto da soma de esforços empreendidos por meio do movimento denominado Reforma Psiquiátrica (RP), que, a partir da década de 1970, em articulação com o movimento pela reforma sanitária, passou a empreender intensas lutas e mobilizações pela transformação das instituições e práticas psiquiátricas e de cuidado em saúde mental, momento que foi organizado por trabalhadores da saúde, pacientes, familiares e movimentos sociais. A partir da construção de um debate público sobre os efeitos iatrogênicos da forma de operar o cuidado em saúde mental, por meio do isolamento dos manicômios e do uso de tratamentos desumanos, os movimentos da reforma sanitária, da reforma psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) lograram avanços significativos para a Política Nacional de Saúde Mental brasileira.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva, por meio de legislação estadual. No entanto, em nível federal, os serviços substitutivos se tornaram realidade a partir da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre o direito das pessoas com transtorno mental, redireciona o modelo de assistência em saúde dessas pessoas e determina ainda a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos²⁹. Posteriormente, tem-se a promulgação da Portaria nº 336/2002³⁰ e da Portaria nº 3.088/2011³¹, que visam o reordenamento do modelo de atenção à saúde mental, no sentido de assumir novas características em todo território brasileiro³². Mesmo diante de um contexto de forte disputa entre interesses antagônicos, o modelo de atenção manicomial passou a ser confrontado e, em certa medida e situações, até mesmo substituído por serviços comunitários.

Importante afirmar que a política de saúde mental brasileira, desde seu surgimento até os dias contemporâneos, é fruto de uma intensa e constante correlação de forças e disputas entre setores sociais com interesses divergentes. Além disso, como qualquer outra política social, sofre implicações diretas do contexto político, econômico, social e cultural. No item 2.2 deste trabalho, apresentamos brevemente as mudanças vivenciadas no modo de produção capitalista, entre elas o processo da reestruturação produtiva adotada pelos donos dos meios de produção para recuperação de mais um momento de eclosão da crise do capital vivenciada a partir dos anos de 1970. Tem-se, nesse cenário, a adoção das ideias neoliberais nos países centrais, mas no Brasil esse ideário passa a ganhar força a partir dos anos de 1990.

Nesse período, o Brasil ainda buscava fortalecer a concepção de seguridade social aprovada na Constituição Federal de 1988 que, apesar dos seus limites, representou um importante marco legislativo ao reconhecer a saúde como direito público universal. Mesmo diante de um cenário de austeridade fiscal e retrocessos, a política de saúde mental apresentou significativo avanço até os anos de 2015. As autoras Tomaz e Santos (2024), ao analisarem o

²⁹Vale destacar que o projeto de lei nº 10.216, apresentado em 1987 ao Congresso Nacional, só foi aprovado em 2001, com significativas mudanças em relação ao que, outrora, estava contido no projeto inicial (Prado; Severo; Guerrero, 2020).

³⁰Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) e de outros tipos de serviços substitutivos que surgiram no país, que passaram a ser regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e integrarem a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS (Brasil, 2004, p.12).

³¹Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

³²É importante ressaltar que Minas Gerais foi um dos Estados pioneiros a aprovar a Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a reintegração social da pessoa com transtorno mental e determina a implantação de serviços substitutivos.

último relatório do ministério *Saúde Mental em dados 12*, publicado em outubro do ano de 2015, sinalizam que no período houve aumento anual considerável de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desde o ano de 1998, de 148 serviços para 2.209, em 2014 (hoje esse número já chega em 2.795); expansão e interiorização de serviços no território brasileiro ao longo dos anos, em decorrência da Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011; importante crescimento do financiamento de recursos federais aplicados no custeio dos CAPS; e redução de leitos SUS em hospitais psiquiátricos no país, desde o ano de 2002, posteriormente intensificada entre os anos de 2012 e 2013. Sinalizam que os relatórios que eram publicados anualmente desde 2006 desde então não foram mais produzidos.

Apesar de reconhecer os importantes avanços no processo de desinstitucionalização a partir da Política Nacional de Saúde Mental, Duarte (2018) demarca algumas inflexões que são postas para essa pasta a partir do ano de 2010, quando, na primeira gestão de Dilma Rousseff (2011-2014)³³, passa a se privilegiar o debate sobre o crack, incorrendo em sucessivos equívocos ao centralizar a discussão em uma única droga, e com enfoque higienista e proibicionista. Além disso, elucida que, na busca por conciliação, o governo passou a estabelecer alianças com setores conservadores com ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas, inclusive sendo essas instituições reconhecidas como serviços de atenção residencial de caráter transitório pela Portaria nº 3.088/2011, que cria a RAPS.

Tais medidas de caráter neoliberal conservador passam a ser intensificadas após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff em 2016 de modo particular nos governos de Michel Temer (2016-2018) e Jair Messias Bolsonaro (2019-2022), quando são aprovadas uma série de portarias, regulamentações e notas técnicas que instituem e regulamentam uma “nova política de saúde mental” – dentre elas, a Portaria nº 3.588/2017, emitida pelo psiquiatra Quirino Cordeiro³⁴, primeiro coordenador nacional da Política de Saúde Mental nomeado, ainda em 2015, que se apresentava publicamente como defensor de um modelo hospitalocêntrico, em detrimento do psicossocial.

Duarte (2018) elucida com bastante clareza as principais mudanças impostas por essa “nova política de saúde mental”, aprovada sem a devida pactuação com a instância deliberativa máxima de participação e controle social da saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa “nova” política de saúde mental alterava a composição da RAPS, estabelecida em 2011,

³³Sem dúvidas historicamente o Partido dos Trabalhadores apresentou-se como um importante aliado da luta antimanicomial, não estamos desconsiderando esse fato.

³⁴Entre 2017 e 2019, Quirino Cordeiro foi coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, onde trabalhou na construção da “nova” Política Nacional de Saúde Mental e das mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

observando que as mudanças propostas reforçam a lógica manicomial ao inserir os leitos em hospitais psiquiátricos enquanto dispositivo de cuidado, condicionando inclusive o recebimento de recurso a internações e retirando, ainda, a reabilitação psicossocial, como as propostas de economia solidária. Em agosto do ano seguinte, em 2018, o Ministério da Saúde resolve ainda aumentar em 60% o valor pago pelas diárias dos leitos de hospitais psiquiátricos, seguindo na contramão da Lei nº 10.216/2001 e das demais portarias que redirecionaram o modelo assistencial em saúde mental (Passos, 2018). Ou seja, as internações são elencadas como únicas alternativas à crise em detrimento de um cuidado de qualidade em liberdade. Ainda, ao desconsiderar as estratégias de reabilitação psicossocial, reforçam o interesse por uma política de caráter tutelar e que amplia o controle e a dependência dos sujeitos.

De forma geral, esse período (2016-2022) é marcado por diversas iniciativas de desmonte da política nacional de saúde mental antimanicomial. Tomaz e Santos (2024) apresentam a sistematização das 30 normativas publicadas nesse intervalo de tempo, sendo 12 publicadas durante o governo de Michel Temer e 18 delas no governo Bolsonaro. Dentre essas 27 normativas, tem-se 9 Resoluções, 8 Portarias Ministeriais, 2 Leis, 5 Decretos, 1 Emenda Constitucional, 01 Medida Provisória, 1 Nota Técnica. Tais normativas são apresentadas em três tabelas produzidas pelas autoras, sendo que a primeira dispõe sobre as alterações que incidem sobre a política de saúde mental, a segunda sobre a Política de Álcool e Outras Drogas e aquelas direcionadas às duas políticas.

Quadro 1 - Normativas que alteram a Política Nacional de Saúde Mental

NORMATIVA	SOBRE O QUE DISPÕE	COMENTÁRIO
Portaria MS nº 1.482 (25/10/2016)	Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Pólo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde	Inclui as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para que estas pudessem receber recursos do SUS. (âmbito do financiamento e indicativo de reorientação).
Portaria MS nº 3588 (21/12/2017)	Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.	Aponta reorientação do modelo de tratamento, golpeia vertiginosamente os avanços de três décadas da reforma psiquiátrica brasileira).
Portaria MS nº 3.659 (14/11/2018)	Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.	Indica alterações no âmbito do financiamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
Portaria MS nº 3.718 (22/11/2018)	Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a RAPS, e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes.	Indica tensionamento na gestão dos gastos para sustento do discurso de que o SUS não oferece/implementa os serviços necessários.
Portaria nº 1.325 (18/05/2020) Revogada pela Portaria nº 1.754 de 14/07/2020	Revoga o Capítulo III, do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do "Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei", no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.	Expressa reorientação por extinguir "serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei", no âmbito da política nacional de atenção às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, ou seja, extinguiu o serviço do SUS neste âmbito.

Resolução nº 08 (24/11/2016)	Dispõe sobre o processo de pactuação Interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde.	Altera o indicador de avaliação da saúde mental pelas ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de atenção básica. Com isso, o financiamento de novos serviços é obstado.
---------------------------------	--	--

(CONTINUA)

(Continuação) Quadro 1 - Normativas que alteram a Política Nacional de Saúde Mental

NORMATIVA	SOBRE O QUE DISPÕE	COMENTÁRIO
Resolução CIT nº 32 (14/12/2017)	Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Base de mudança fundamental na PNSM junto com Portaria 3588, juntas expressam fortemente a reorientação.
Medida Provisória nº 870 (01/01/2019) Convertida na Lei nº 10.357 de 20/05/2020	Estabelece organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos ministérios	Restringe a um mínimo as atribuições do ministério da saúde, não referenciando o SUS, omitindo a atribuição do ordenamento da formação profissional, da gestão do trabalho e da educação em saúde entre suas competências, reduzindo a formatação do Ministério da Saúde a seis secretarias ainda indefinidas, com o agravamento de que a saúde mental e a saúde indígena sequer são citadas; acaba com a coordenação de Saúde Mental.
Lei nº 13.819 (26/04/2019)	Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.	Expressa neste momento atenção e atuação do poder público voltadas ao suicídio.
Decreto nº 10.225 (05/02/2020)	Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.	Expressa neste momento atenção e atuação do poder público voltadas ao suicídio.

Decreto nº 9.674 (02/01/2019)	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma cargos em comissão do Grupo - Direção e Assessoramento Superiores DAS e Funções Commissionadas do Poder Executivo - FCPE e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Commissionadas do Poder Executivo – FCPE.	Cria secretaria nacional de cuidados e prevenção às drogas aliado as CTs, expressando reorientação do cuidado.
-------------------------------	--	--

Fonte: Tomaz e Santos (2024)

Quadro 2 - Normativas que alteram a Política de Álcool e Outras Drogas

NORMATIVA	SOBRE O QUE DISPÕE	COMENTÁRIO
Nota Técnica n.11/2019 - Coordenação Geral de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/MS(04/02/2019)	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas	Expressa reordenamento da atenção, que neste momento se volta ao controle.
Decreto nº 9.761 (11/03/2019)	Aprova a Política Nacional sobre Drogas.	Expressa reorientação uma vez que desconsidera a Política Nacional Antidrogas e recupera valores proibicionistas e conservadores na PNAD.
Decreto 9.926; (19/07/2020) Revogado pelo Decreto nº 11.480 de 06/04/2023[1]	Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.	Expressa sobreposição de poder. Altera as competências do CONAD excluindo diversos representantes de órgãos como estudantes, enfermeiros, cuidadores e cientistas.
Decreto nº 10.555 (26/11/2019)	Altera o Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019, que dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.	Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências.

Resolução CONAD nº 1 (09/03/2018)	Aprova as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas PNAD, programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal (Obid).	Esta resolução ainda não foi objeto de análise da pesquisa que dá origem a este estado da arte.
Resolução CONAD nº 6 (03/08/2021)	Cria, em caráter experimental, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, o Subsistema de Alerta Rápido sobre Drogas (SAR).	Esta resolução ainda não foi objeto de análise da pesquisa que dá origem a este estado da arte.
Resolução CONAD/SENAD/MJSP nº 7(21/06/2022)	Dispõe sobre a revogação de atos normativos do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD.	Esta resolução ainda não foi objeto de análise da pesquisa que dá origem a este estado da arte.
Resolução CONAD nº 8 (27/09/2022)	Aprova o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas 2022-2027.	Esta resolução ainda não foi objeto de análise da pesquisa que dá origem a este estado da arte.

(CONTINUA)

(Continuação) Quadro 2 - Normativas que alteram a Política de Álcool e Outras Drogas

NORMATIVA	SOBRE O QUE DISPÕE	COMENTÁRIO
Portaria SENAD/MJSP nº 72 (19/11/2021)	Dispõe sobre a revogação de atos normativos.	Indica redirecionamento e flexibilização no cadastramento, pois foram revogados atos que dispõem sobre requisitos para apoio financeiro para execução de projetos de prevenção, atenção, tratamento, reinserção social, pesquisa e eventos científicos na área de drogas de instituições públicas ou privadas; aborda competências aos Diretores da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. E considera a necessidade de recensar e cadastrar as associações com atuação nas áreas de prevenção, ou tratamento e reinserção social de dependentes químicos; considerando a crescente demanda de solicitações de cadastro por essas associações;

Lei nº 13.840 (08/02/2022)	Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.	Expressa reorientação do modelo de assistência à saúde mental para o manicomial, com o público da política de álcool e outras drogas; tende a violação da autonomia privada do sujeito.
-------------------------------	--	---

Fonte: Tomaz e Santos (2024)

Quadro 3 - Normativas que alteram ambas as políticas

NORMATIVA	SOBRE O QUE DISPÕE	COMENTÁRIO
Emenda Constitucional nº 95, de 15/12/2016 2016	Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.	Expressa alterações no âmbito do financiamento; institui o novo regime fiscal e determina o congelamento por 20 anos dos recursos destinados diversas políticas sociais, entre as quais o SUS.
Resolução MS/CIT nº35 (25/01/2018)	Estabelece prazo para manifestação dos gestores que receberam recursos de implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade e não implantaram e efetivaram seu funcionamento.	Expressa alterações no âmbito do financiamento; indicativo de análises/mudanças.
Resolução MS/CIT nº 36 (25/01/2018)	Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde.	Expressa alterações no âmbito do financiamento; consolida a suspensão de recursos a serviços sem funcionamento ou dados registrados.

Resolução nº3 CONAD (24/07/2020)	"Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas	Expressa alterações no âmbito do financiamento e também indica reorientação; fortalece ações manicomiais no SUS; reajusta valores das diárias nas CTs.
Portaria MS n. 2.434 (18/12/2023)	"Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos".	Expressa reorientação manicomial a partir do acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas

Fonte: Tomaz e Santos (2024).

A partir do estado da arte apresentado no artigo das autoras, é possível indicar significativos retrocessos no âmbito do financiamento da política de saúde mental nesse período. Destacamos a redução dos recursos financeiros para a implantação de novos Centros de Atenção Psicossocial; o incremento e incentivo às Comunidades Terapêuticas³⁵; a terceirização de serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial, ampliando o processo de privatização do Sistema Único de Saúde.

Podemos citar, ainda, a redução do controle sobre internações involuntárias³⁶ e retirada da previsão de obrigatoriedade de comunicação ao Ministério Público; a revogação da política de atenção à saúde mental da população indígena; a definição da abstinência como política prioritária no âmbito da política de álcool e drogas, em detrimento da política de redução de danos; e a transferência do financiamento e da regulação das residências de caráter transitório para o Ministério da Cidadania, retirando-se a matéria do âmbito da Saúde, o que fragiliza a proposta para qual foi pensada (Brasil, 2020a).

³⁵As comunidades terapêuticas foram inseridas no artigo 9º da Portaria nº 3.088/2011 da Rede de Atenção Psicossocial enquanto serviço residencial de caráter transitório, destinado a adultos em uso prejudicial de álcool e outras drogas (Brasil, 2011). Existe uma grande polêmica relacionada a essas instituições que preconizam a abstinência, diferentemente da política de redução de danos defendida no SUS. Além disso, o caráter religioso e o tratamento isolado da sociedade são características do atendimento ofertado nesses locais, criticado pelos setores dos direitos humanos que defendem o cuidado em liberdade.

³⁶A internação involuntária, segundo a Política Nacional de Saúde Mental e a Lei nº 10.216/2001, ocorre sem o consentimento do paciente e o pedido de um terceiro, geralmente um familiar ou responsável legal. Esse tipo de internação deve ser justificado por um médico, que precisa emitir um laudo especificando a necessidade de cuidados no ambiente hospitalar, normalmente quando há risco de integridade física do próprio paciente ou de outras pessoas devido ao seu estado de saúde mental.

Em 2021, tem-se uma nova nomeação para a coordenação nacional de saúde mental, o psiquiatra Rafael Bernardon Ribeiro, também publicamente defensor da ampliação de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, das internações involuntárias, compulsórias³⁷ e da eletroconvulsoterapia (ECT), mais popularmente conhecida como eletrochoque (Magalhães; Barros, 2023).

Com a eleição do presidente Lula no pleito de 2022, algumas possíveis mudanças puderam ser sinalizadas para o campo. Já nos trabalhos da equipe de transição, surgiu uma proposta que, mais tarde, ainda no primeiro ano de governo, ganhou materialidade com a criação do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD). Com objetivo de formular e coordenar a política nacional de saúde mental, foi estruturado para fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e promover a atenção psicossocial, com ênfase na desinstitucionalização e no cuidado em liberdade para pessoas com transtornos mentais e usuários de substâncias como álcool e drogas³⁸.

Contudo, no dia 20 de janeiro de 2022, atendendo a pedidos de entidades religiosas, o governo criou o Departamento de apoio às Comunidades Terapêuticas, no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome. Tal ação recebeu duras críticas por parte de organizações de direitos humanos e outros setores contrários aos modelos de tratamento focados no isolamento, abstinência e religiosidade, passando então por revisão posteriormente.

No dia 3 de março de 2023, diante de uma forte pressão por parte dos movimentos sociais antimanicomiais, a enfermeira Sônia Barros³⁹ foi nomeada coordenadora do Departamento Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. A nomeação de uma mulher, preta, que representa os interesses da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, consiste em um importante avanço para a política. No entanto, nada está de fato estabelecido, vistas as tensões e disputas vivenciadas no interior do Estado e no próprio sistema capitalista.

³⁷A internação compulsória, segundo a Política Nacional de Saúde Mental e a Lei nº 10.216/2001, é um tipo de internação psiquiátrica que ocorre sem o consentimento do paciente e sem a necessidade de um pedido de familiar ou responsável legal. Ela é determinada exclusivamente por ordem judicial, geralmente a pedido de um médico ou de um representante do sistema de saúde, após avaliação de que o paciente representa um risco para si ou para terceiros e que se esgotaram as possibilidades de tratamento ambulatorial ou voluntário.

³⁸Vale mencionar que, antes da criação da DESMAD, o governo aprovou os Decretos nº 11.391/2023 e 11.358/2023, que disponham sobre o nome desse setor e que foram revogados posteriormente no dia 28 de novembro de 2023 pelo Decreto nº 11.798 após suscitar questionamentos dos movimentos sociais pela luta antimanicomial.

³⁹Sônia Barros é enfermeira, considerada uma das pioneiras da reforma psiquiátrica brasileira.

Ademais, importante ressaltar a aprovação, após anos de discussões e debates, da Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e determina o fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos de custódia e regulamenta procedimentos, diretrizes para o tratamento e acompanhamento de pessoas em sofrimento mental consideradas inimputáveis e que estão em conflito com a lei, em meio aberto, conforme a Lei nº 10.216 de 2001.

Em setembro de 2024, o relatório de implementação da referida política, divulgado pelo Conselho Nacional de Justiça, mostra um significativo avanço em 27 estados do Brasil⁴⁰. A aprovação e consolidação dessa política depende ainda mais do fortalecimento das políticas sociais, especialmente em termos financeiros, sobretudo dos dispositivos da RAPS que precisam de condições estruturais e de recursos humanos para possibilitar um atendimento e acompanhamento integral e com qualidade a esses sujeitos.

Outro acontecimento relevante trata-se da realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo tema central foi “A Política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS”, que ocorreu em Brasília de 11 a 14 de dezembro de 2023. Nesse importante espaço de controle social que retorna após 13 anos⁴¹ da sua última realização, os debates e as deliberações, além de uma diversidade de temáticas, trouxeram como ênfase a necessidade de retomada do investimento financeiro na RAPS, e o fechamento e inviabilização do financiamento de instituições de caráter asilar – como hospitais psiquiátricos, hospitais psiquiátricos de custódia e comunidades terapêuticas⁴². No que se refere a avanços, é válido destacar a publicação da portaria GM/MS Nº 681, de 3 de julho de 2023, e da Portaria GM/MS nº 3.392, de 20 de março de 2024, que institui a recomposição financeira dos CAPS e dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), estabelecendo um aumento de aproximadamente 27% para a política.

O resultado do estudo realizado por Tomaz e Santos (2024) destaca que até o presente momento, oito normativas foram revogados. São elas: o Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2020, que foi revogada pelo Decreto nº 11.480 de 6 de abril de 2023; a portaria GM/MS nº 4.596/2022, que se tornou sem efeito a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 498 de 18 de maio de 2024; Portaria GM/MS nº 3.588/2017, revogada em 21 de junho por meio da publicação da Portaria GM/MS nº 757; a Portaria GM/MS nº 681, de 3 de julho de 2023, que

⁴⁰ O relatório está disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/09/relatorio-politicaantimanicomial-2024-08-23.pdf>

⁴¹ As primeiras quatro conferências nacionais ocorreram em 1987, 1992, 2001 e 2010.

⁴² Relatório disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2024/resolucao-no-739.pdf>

institui recomposição financeira para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) habilitados pelo Ministério da Saúde e revoga no artigo 4º o art. 1.028 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017; Decreto nº 9.226 19/07/2019, revogado pelo Decreto nº 11.480 de 2023; Portaria nº 2.979 12/11/2019, revogada pela Portaria nº 3493, de 2024, que depois foi complementada pela Portaria nº 4350; Resolução nº 3 CONAD 24/07/2020, revogada pela Resolução CONAD nº 10, de 2024; Portaria GM n. 4.596 26/12/2022, que teve seu efeitos anulados pela Portaria nº 498, de 2023. Além disso, até o momento, cerca de dez projetos de revogação de portarias que configuram o desmantelamento da política de saúde mental estão em tramitação (Santos, 2024). O quadro a seguir é resultado da sistematização das autoras que dispõe das normativas relacionadas à Política Nacional de Saúde Mental.

Quadro 4 - Normativas aprovadas no ano de 2023 e 2024 pelo governo Lula (2022-2026) relacionadas à Política de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas

Normativa	Sobre o que dispõe	Situação Atual
Decreto nº 11.358 01/01/2023	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança.	Revogado pelo Decreto nº 11.798, de 2023
Decreto nº 11.392 20/01/2023	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança.	Alterado pelo Decreto nº 11.634, de 2023.
Resolução nº 708 13/03/2023	Dispõe sobre a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde.	Vigente
Portaria GM/MS nº 757 21/06/2023	Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações.	Vigente
Portaria GM/MS nº 498 18/04/2023	Torna sem efeito a Portaria GM/MS nº 4.596, de 26 de dezembro de 2022, que suspende o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Referência Especializada em Hospitais Gerais, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por baixa taxa de ocupação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais	Vigente
Portaria GM/MS nº 635 22/05/2023	Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.	Vigente
Portaria GM/MS nº 681 03/07/2023	Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.	Vigente
Portaria GM/MS nº 660 03/07/2023	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.	Vigente

Portaria nº 907 07/08/2023	Aprova o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para os anos 2023 - 2026.	Informação não encontrada em endereços/sites oficiais
Decreto nº 11.634 14/08/2023	Altera o Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança.	Alterado pelo Decreto nº 12.099, de 2024
Portaria MDS nº 926 20/10/2023	Estabelece diretrizes em âmbito nacional para fiscalização e monitoramento dos serviços prestados por Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas.	Informação não encontrada em endereços/sites oficiais
Portaria GM/MS nº 1.627 23/10/2023	Estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos estados e municípios.	Vigente
Decreto nº 11.798 28/11/2023	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança.	Alterado pelo Decreto nº 12.036, de 2024
Portaria GM/MS nº 2.198 06/12/2023	Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde.	Vigente
Portaria GM/MS nº 2.289 08/12/2023	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para recompor incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Acolhimento (UA), criado pela Portaria GM/MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012.	Vigente
Portaria GM/MS nº 2.605 21/12/2023	Habilita Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC de municípios e estados.	Vigente
Lei nº 14.819 16/01/2024	Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares.	Vigente
Resolução CNAS/MDS nº 151/2024 23/04/2024	Dispõe sobre o não reconhecimento das comunidades terapêuticas e entidades de cuidado, prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares como entidades e organizações de assistência social e sua não vinculação ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS).	Vigente
Portaria GM/MS nº 3.617 23/04/2024	Autoriza o Município ou Distrito Federal a receber recursos financeiros de capital destinados à execução de obras de construção de Unidade Básica de Saúde.	Vigente
Portaria GM/MS nº 3.689 02/05/2024	Autoriza o Município ou Distrito Federal a receber recursos financeiros de capital destinados à execução de obras de construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS	Vigente
Portaria GM/MS nº 4.139 17/06/2024	Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial do Programa "De Volta para Casa", instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.	Vigente
Portaria GM/MS nº 4.876 18/07/2024	Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS.	Vigente
Resolução nº 249 10/07/2024	Dispõe sobre a proibição da internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas.	Vigente

Resolução CONAD nº 10, 19/07/2024	Suspende a eficácia da Resolução CONAD nº3, de 24 de julho de 2020 e dá outras providências.	Vigente
--	--	---------

Fonte: Santos (2024)

Nesse sentido, os dados demonstram que, lentamente, as normativas têm sido alvo de revisão do governo Lula. No entanto, Santos (2024) ressalta que, apesar dos avanços, esses revelam também a conciliação de classes principalmente por meio do apoio às Comunidades Terapêuticas que vem sendo realizado pelo governo, mesmo possuindo um discurso contrário às medidas neoconservadoras implementadas no governo anterior⁴³.

Além disso, cabe ressaltar a aprovação da resolução CIT (Comissão Intergestores Tripartite) nº 15, do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), que, mesmo sem o parecer do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão de participação e controle social da política, foi publicada em 29 de agosto de 2024. A resolução dispõe sobre a pactuação dos parâmetros nacionais para a atuação da política de assistência social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no atendimento às pessoas em sofrimento mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensos em saúde e suas famílias (Brasil, 2024).

O que deveria representar um avanço no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem recebido inúmeras críticas por parte dos movimentos sociais antimanicomiais e de setores populares. Isso porque tal resolução, sobretudo no artigo 4º, inciso § II, se propõe a uma atuação limitada e burocrática para a implementação da Resolução nº 487/23⁴⁴ CNJ, ofertando um rol de serviços já instituídos de forma protocolar e com baixíssimo alcance.

Apesar de no artigo 3º a resolução propor que o “SUAS deve atuar, para com as pessoas em sofrimento e/ou com transtornos mentais, em processo de desinstitucionalização”, as ações se resumem à oferta de serviços e benefícios já existentes e impõe exigências demasiadas e despropositadas como encaminhamentos precedidos de “previsão diagnóstica de propensão para quadro de crise em saúde mental”; “apreciação prévia do órgão demandado, respeitando a

⁴³Entendemos a relevância de destacar as mudanças no âmbito normativo, visto que essas influenciam diretamente no trabalho realizado pelas profissionais nos CAPS. No entanto, em razão dos limites próprios de um trabalho de conclusão de curso, não foi possível aprofundar em analisar todas as normativas e como elas incidem sobre a Política de Saúde Mental. Para essa discussão, pode-se consultar Santos (2024) e/ou solicitar via e-mail mais informações, tendo em vista que o relatório final da pesquisa realizada pela autora, até o presente momento, não foi publicado.

⁴⁴Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

avaliação técnica da equipe de referência do SUAS” (Brasil, 2024). Tais exigências dificultam e acabam criando barreiras à inclusão de pessoas com transtornos mentais em serviços e/ou benefícios da política a qual se destina.

Assim, de forma genérica e secundariamente, a resolução nas suas disposições gerais se propõe a possibilidade de “avaliar e propor o aperfeiçoamento da atuação do SUAS no atendimento às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de manicômios judiciários”, ainda que no artigo 4º, inciso II, se exime de investir em novas estratégias de cuidados que não as já estabelecidas pelo SUAS. Em suma, a resolução, em vez de avançar na garantia da efetivação do acesso das pessoas em sofrimento mental oriundas de processos de longas internações à política de assistência social, faz afirmar procedimentos burocráticos que dificultam o atendimento dessas pessoas nos serviços de residência inclusiva, por exemplo, e em outros que se fizerem necessários. Além disso, exime a responsabilidade da referida política na criação de novas alternativas e estratégias de cuidado.

Vale ressaltar que o conceito de saúde ampliado, propõe-se a compreender os processos de adoecimento para além da perspectiva biológica, mas como parte dos processos sócio-históricos sendo determinada socialmente pelas condições de vida e trabalho dos sujeitos. Nesse sentido, as pessoas em sofrimento mental devem ser compreendidas em sua integralidade e, dessa forma, serem atendidas nas diferentes políticas públicas, resguardando-lhes a garantia do acesso e efetivação dos seus direitos, nas suas diferentes necessidades.

Mais uma vez, a publicação da referida resolução nos indica que o governo tem caminhado a passos lentos e, por vezes, em rumos contrários ao discurso que propaga de apoio a uma reforma psiquiátrica antimanicomial. Fica evidente que o campo da saúde mental está em permanente disputa. As investidas neoliberais iniciadas nos anos de 1990, peculiarizadas nessa política específica a partir de 2010, intensificadas nos governos Temer (2016-2017) e Bolsonaro (2018-2022) e que, no governo Lula (2023-2026), até o momento, não apresenta elementos concretos de reversão desse quadro, configuram o desmonte da política de saúde mental conquistada por meio de um processo de luta e de mobilização em prol de um modelo antimanicomial de defesa e garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental e de desconstrução dos estigmas que historicamente marcaram as pessoas em sofrimento mental.

O avanço dessas políticas de cunho neoliberal compromete e fragiliza as políticas sociais – dentre elas, a política de saúde mental – e, conseqüentemente, o acesso a direitos básicos em razão da ausência de investimentos financeiros em estrutura física, em recursos humanos qualificados e bem remunerados, e em outros diferentes setores, ações. Nesse cenário, em que a maior parte da força de trabalho exerce atividades laborais em condições precárias,

com vínculos fragilizados, baixa estabilidade, ausência de valorização profissional e vivendo sob a ameaça constante do desemprego (Antunes, 2007), o trabalho dos/as assistentes sociais, que integram as equipes multiprofissionais das Redes de Atenção Psicossocial, também é impactado. Assim, concordamos com Yamamoto (2015) quando afirma que construir e concretizar uma prática que contribua para o acesso a direitos sociais e políticas sociais equânimes, universais, não discriminatórias, torna-se um desafio maior numa realidade política conjuntural adversa.

No próximo item, faremos um breve resgate histórico da inserção do assistente social no campo da saúde mental para pensarmos nos avanços, possibilidades e desafios para o trabalho profissional nesse campo específico.

4.2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRABALHO PROFISSIONAL

Apresentamos, nos capítulos antecedentes, o surgimento e a consolidação do Serviço Social enquanto profissão. Tal processo não ocorre de forma endógena, mas estritamente vinculado com as determinações sócio-históricas e econômicas vivenciadas socialmente. Para Netto (2011a), a apreensão da particularidade da gênese histórico-social da profissão está diretamente relacionada ao momento em que a “questão social” passa a ser tratada pelo Estado capitalista monopolista. Sendo assim, “as conexões genéticas do Serviço Social não se entrecruzam com a ‘questão social’, mas com suas peculiaridades no âmbito da sociedade burguesa fundada na organização monopólica” (Netto, 2011a, p. 18). Essa afirmação enfática do autor relaciona-se ao receio de associarmos a “questão social” com a derivação óbvia e automática do exercício promocional, ou seja, do Serviço Social, enfatizando que a profissão surge num período específico: no capitalismo monopolista.

Nesse estágio, ao redimensionar-se e assumir o caráter público de enfrentamento da “questão social”, o Estado também incorpora substrato individualista da tradição liberal, ressitua-o como elemento subsidiário no trato das sequelas da vida social burguesa. Assim, tanto o êxito como o fracasso social são atribuídos ao sujeito individual tomado enquanto um único organismo social. Ou seja, “a incorporação do caráter público da ‘questão social’ vem acompanhada de um reforço da aparência da natureza privada das suas manifestações individuais” (Netto, 2011a, p. 36). Desse modo, à medida que se implementam medidas públicas para o enfrentamento da “questão social”, a manifestação das suas sequelas é atribuída para o âmbito da responsabilidade dos sujeitos individuais que as experimentam.

Nesse sentido, emerge um *ethos* individualista no momento que o Estado burguês no capitalismo monopolista converte as refrações da “questão social” em problemas sociais. Dessa forma, sempre que necessário, os grupos e indivíduos são enquadrados numa ótica de individualização que transfigura os problemas sociais em problemas pessoais de ordem privada. Esses aspectos rebatem diretamente na forma como o Serviço Social vai desenvolver sua prática nos diferentes espaços sócio-ocupacionais em seus primeiros campos de atuação.

Tal afirmação pode ser identificada, por exemplo, quando, ao romper com as práticas filantrópicas e religiosas, o Serviço Social passa a se inspirar no modelo biomédico, sendo por ele fortemente influenciado. Esse modelo possibilitou, na década de 1940, “a visibilidade e a delimitação operacional do Serviço Social, envolto na áurea da cientificidade da racionalidade capitalista. Ao mesmo tempo, o arranjo clínico do social colocou o Serviço Social como um subproduto-subalterno da categoria profissional médica” (Scheffer, 2017, p. 164).

Tal modelo assumido, sobretudo pelo serviço social belga, partia da perspectiva da influência do meio social e familiar como indicador do desvio e na pobreza como ideia de patologia; conseqüentemente, pautava-se no diagnóstico e no tratamento das sequelas da “questão social”. Nesse sentido, possuía uma “racionalidade médica de identificação das evidências do meio social patológico e da necessidade de intervenção estatal, na qual o assistente social era o agente tecnicamente habilitado para a investigação e para ação” (Scheffer, 2017, p. 165).

Após a Segunda Guerra Mundial, o Serviço Social americano passou a receber em seu arcabouço teórico matrizes da psicanálise e da psiquiatria. Baseado em uma leitura “ressignificada” das obras de Mary Richmond, passou a assumir um viés da psicologia do ego e “os elementos de preocupação profissional voltam-se para o indivíduo e sua dinâmica intrapsíquica na sociedade” (Scheffer, 2017, p. 172). Trata-se de uma perspectiva esvaziada de origens de classe, de gênero e étnico-racial na dinâmica da questão social. Já no Brasil, Bravo e Mattos observam que,

Os assistentes sociais brasileiros começaram a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização; ademais, ali, na ação profissional, o julgamento moral com relação a população cliente é substituída por uma análise de cunho psicológico (Bravo; Mattos, 2006, p. 2).

Para Netto (2011a), a psicologização das expressões da “questão social” é entendida como um dos eixos principais utilizados pelo Estado burguês por meio da perspectiva do “público” e “privado” para legitimar a ordem monopólica. Nessa perspectiva, os espaços

“privados” da vida dos sujeitos passam a ser capturados pela lógica particular dos movimentos de acumulação e valorização próprios ao capital monopolista. Nas palavras do autor,

Na idade do imperialismo, a organização monopólica da vida social tende a preencher todos os interstícios da vida pública e da vida privada; a subordinação ao movimento do capital deixa de ter como limites imediatos os territórios da produção; a tendência manipuladora e controladora que lhe é própria desborda os campos que até então ocupara (no capitalismo concorrencial), domina estrategicamente a circulação e o consumo e articula uma indução comportamental para penetrar a totalidade da existência dos agentes sociais particulares (Netto, 2011a, p. 38-39)

Assim, o inteiro cotidiano do indivíduo passa a ser administrado onde a tendência a psicologizar a vida social, própria da ordem burguesa, se revela como um importante lastro legitimador dos processos econômicos-sociais vigentes (Netto, 2011a). Com isso, há o esvaziamento das individualidades e a redução dos espaços de intervenção autônoma dos sujeitos singulares, já que as dimensões do “psicológico” abstratas, automatizadas, passam a ganhar força.

Podemos dizer então que os processos de psicologização da vida social ocorrem a partir do momento que os problemas sociais são entendidos como problemas individuais. Nesse sentido, o Estado burguês capitalista no estágio monopolista, invadindo o espaço da vida privada, desenvolve cada vez mais estratégias para manipular e controlar os sujeitos, que são conduzidos a se adequarem a modelos automatizados de projetos, serviços que individualizam os problemas e oferecem respostas neste plano.

Não por coincidência, no campo da saúde especificamente, inicialmente o assistente social se ocupou de “uma tarefa educativa com intervenções normativas no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas estabelecidos pelas normatizações da política de saúde” (Bravo; Mattos, 2006, p. 3).

Na saúde mental, as primeiras práticas dos assistentes sociais se deram nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil em 1946, quando, na época, predominavam abordagens de cunho eugênico e de higiene mental, e o assistente social atuava no reajustamento dos doentes mentais e na prevenção de recaídas. Bisneto (2016, p. 22) afirma que “modelos de práticas baseados na área ‘psi’ eram comuns no Serviço Social no Brasil até no início dos anos 1970: psicanálise, psicologia do ego, psiquiatria, psicologias dinâmicas [...]”. Além disso, o/a assistente social contribuía com práticas voltadas para ampliação das taxas de lucro do capital, uma vez que participava do movimento em que o tempo das internações psiquiátricas, pagas por diárias com verbas públicas para instituições privadas, era expandido ao máximo possível (Bisneto, 2016).

O processo de renovação profissional⁴⁵ vivenciado no interior do Serviço Social, iniciado na segunda metade da década de 1960 e intensificado a partir dos anos de 1970, possibilitou uma importante revisão crítica das bases teóricas, metodológicas e ético-políticas da profissão. A aproximação com a teoria crítica de Marx propiciou a construção de um projeto ético-político profissional alinhado aos interesses da classe trabalhadora.

É nesse processo de crítica e recusa do conservadorismo do denominado Serviço Social tradicional que se encontram as bases de um novo projeto profissional, posteriormente consolidado como Projeto Ético-Político da profissão. De acordo com Netto,

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elege os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (Netto, 2006, p. 4).

A construção desse projeto é realizada coletivamente pelos sujeitos que compõem a categoria profissional, sejam eles profissionais, estudantes, instituições de ensino, docentes, seus organismos corporativos, sindicais etc. No caso do Serviço Social, tal organização se expressa no conjunto composto pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS); Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); e pela Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO); pelos sindicatos e as demais associações de assistentes sociais.

Cumprir enfatizar que projetos profissionais possuem necessariamente dimensões políticas, tanto no sentido amplo (no que se refere às suas relações com os projetos societários⁴⁶), ou no sentido mais circunscrito (que diz respeito às perspectivas mais particulares da profissão). Nesse sentido, ainda que suas dimensões políticas e ideológicas não se manifestem de forma explícita, ainda assim continuam a exprimir direções que podem ser conservadoras, reacionárias ou transformadoras (Netto, 2006).

⁴⁵ Não cabe neste trabalho aprofundar nos aspectos históricos, teóricos, sociais, políticos que possibilitaram a emergência do Movimento de Reconceituação do Serviço Social brasileiro. Os estudos de Yamamoto (2003), no livro *Renovação e conservadorismo no Serviço Social*, e de Netto (1998), em *Ditadura e Serviço Social*, são referências fundamentais para compreensão dessa temática.

⁴⁶ “Os projetos societários são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade. [...] Em sociedades como a nossa, os projetos societários são, necessária e simultaneamente, projetos de classe, ainda que refratem mais ou menos fortemente determinações de outra natureza (culturais, de gênero, étnicas etc.)” (Netto, 2006, p. 2).

Contudo, mesmo com a hegemonia de determinado projeto dentro de um segmento profissional específico, sua afirmação e consolidação não elimina as divergências e contradições e a existência de outros projetos alternativos. De acordo com Netto (2006), o corpo profissional constitui um universo heterogêneo, composto por indivíduos diferentes em diferentes níveis e aspectos (origens, situações, posições e expectativas sociais diversas, condições intelectuais distintas, comportamentos e preferências teóricas, ideológicas e políticas variadas etc.). Constitui-se, assim, um campo de tensões, uma unidade de diversos em que estão presentes projetos individuais e societários distintos (Netto, 2006).

Seguindo, foi a partir do processo de renovação profissional e da acumulação teórica e crítica que o sucede que o Serviço Social passou a redirecionar a formação e ressignificar modalidades prático-interventivas tradicionais, ou seja, passou empreender esforços contínuos e permanentes na construção de um novo perfil profissional.

A quinta revisão⁴⁷ do Código de Ética do Assistente Social em 1993 expressa o momento histórico e basilar do projeto ético-político do Serviço Social no Brasil. É nesse momento que a profissão rompe de forma consistente com os diferentes aspectos conservadores presentes nos códigos anteriores. São 11 princípios fundamentais pactuados, e já no primeiro a profissão demarca *a escolha da liberdade*⁴⁸ *como valor ético central*, afirmando o compromisso com a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.

Além desse, constituem princípios fundamentais que orientam o trabalho do assistente social:

II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que

⁴⁷As edições anteriores são de 1947/1965/1975/1986.

⁴⁸“A liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais” (Netto, 2006, p. 15).

partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CFESS, 1993).

A título de curiosidade, vale sinalizar que a ilustração de capa do atual Código de Ética do/a Assistente Social é de autoria do artista plástico Arthur Bispo do Rosário, usuário da saúde mental que faleceu em 1989. Um trecho da apresentação da edição de 1996 explica que se trata de “homenagem do CFESS a cada usuário das políticas e serviços sociais, em nome do respeito, qualidade e responsabilidade nos termos dos princípios firmados por este Código que nossa ética profissional pretende assegurar. A imagem de Bispo procura ainda reconhecer e enaltecer os esforços dos vários segmentos sociais, políticos e profissionais que se mobilizam pelo compromisso ético com a liberdade, equidade e democracia” (CFESS, 2022, p. 15).

Fica clara a negação de qualquer tipo de neutralidade, a dimensão política assumida pelo novo projeto profissional se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na defesa da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais. Além disso, afirma seu compromisso com a ampliação e a consolidação dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Em suma, o projeto profissional do Serviço Social se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem qualquer tipo de exploração/dominação de classe, etnia e gênero. Um projeto radicalmente democrático que defende a socialização da riqueza socialmente produzida.

Constitui ainda normativas fundamentais do Projeto Ético Político do Serviço Social: a lei de regulamentação da profissão (8.662/1996), que estabelece as bases legais para o exercício profissional definindo, entre outras coisas, as competências (artigo 4º) e atribuições privativas (artigo 5º) do assistente social⁴⁹. A referida normativa também dispõe das atribuições do Conselho Federal de Serviço Social e dos Conselhos Regionais, a quem compete a orientação e fiscalização (entre outras atividades) do exercício profissional; e as Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social de 1996, aprovadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), que reconfigurou os rumos da formação profissional alinhando-a com o novo projeto profissional.

⁴⁹ Competências são habilidades, capacidades e aptidões para resolver determinadas questões. Atribuições privativas são prerrogativas inerentes à profissão, que somente assistentes sociais podem exercer (Tomaz, 2018).

O arcabouço científico, legal, ético-político, técnico-operativo e teórico-metodológico construído no âmbito do Serviço Social, sobretudo no que tange à área dos seus fundamentos, apresentou importantes avanços acerca do significado social da profissão e sua atuação no caráter contraditório das políticas sociais. Ademais, também concedeu nova direção acerca da atuação profissional no cotidiano do exercício profissional com uma determinada orientação social. Foram muitas as produções, normativas, resoluções publicadas pelo Conjunto CFESS/CRESS que orientam e normatizam o fazer profissional.

No que diz respeito à saúde, tem-se em 2010 a publicação dos *Parâmetros para a atuação do/a assistente social na área da saúde*, que representa uma importante contribuição para referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social nesta política. O documento demonstra uma equivalência no grau de importância entre as ações assistenciais, as de mobilização popular e as de pesquisa e planejamento do trabalho profissional e procura expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde.

Mais especificamente no terceiro item, o documento apresenta a caracterização das atribuições e competências gerais e, posteriormente, discorre sobre a intervenção do assistente social na política de saúde, a partir de quatro eixos de ação, sendo eles: ações de atendimento direto aos usuários; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional.

O primeiro eixo trata sobre o atendimento direto aos usuários que ocorre nos diferentes serviços de saúde, comumente realizado por meio das ações socioassistenciais, das ações de articulação interdisciplinar e das ações socioeducativas.

O segundo eixo refere-se a Mobilização, Participação e Controle Social, dimensão estratégica para fomentar a organização dos usuários, familiares, comunidade a assumirem seu papel enquanto sujeitos políticos e, dessa forma, ocuparem os conselhos e as conferências de saúde, movimentos sociais e inscreverem suas reivindicações na agenda pública da saúde.

O terceiro eixo relaciona-se a Investigação, Planejamento e Gestão, cujo objetivo é fortalecer a gestão democrática e participativa visando construir propostas multiprofissionais e intersetoriais que vão possibilitar e potencializar uma gestão horizontalizada em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.

O último eixo trata da assessoria, qualificação e formação profissional, importante dimensão que visa o aprimoramento profissional, tendo como fim último a melhoria dos serviços prestados aos usuários. Neste eixo situam-se as atividades de educação permanente tanto do próprio profissional quanto dos demais atores que compõem a rede de serviços

(trabalhadores, estudantes, residentes) e inclui a assessoria prestada ao profissional, à gestão para formulação de políticas sociais e/ou aos movimentos sociais.

Esses quatro eixos não devem ser percebidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade. Esses demandam uma capacidade propositiva dos profissionais diante da complexidade do cotidiano, fundamentada no aspecto teórico-metodológico, ético-político e técnico operativo orientado pelo Projeto Ético-Político profissional.

Cabe salientar que a realização das ações sinalizadas não depende apenas de uma mera vontade dos assistentes sociais, mas muitas delas estão condicionadas ao formato e às consequências do neoliberalismo para as políticas sociais ofertadas, bem como ao contexto político no qual se inscrevem. O avanço das ideias neoliberais e as mudanças nas relações sociais do trabalho se constituem enquanto barreira para o alcance efetivo, ou mesmo para a realização de determinadas atividades, ao mesmo tempo que esse contexto demanda o fortalecimento de estratégias coletivas de enfrentamento das expressões da questão social que se manifestam.

Especificamente para o campo da saúde mental, o CFESS publicou, em 2022, o *Caderno 8*, que trata a discriminação contra a população usuária da saúde mental e compõe a série *Assistente social no combate ao preconceito*. O caderno reafirma o compromisso da categoria com a proposta radical da reforma psiquiátrica, pautada na luta antimanicomial, e ressalta que a temática da saúde mental não pode ser analisada de maneira deslocada da conjuntura nacional e internacional. Aponta, ainda, algumas atividades que podem e são desenvolvidas pelos assistentes sociais que atuam nesse campo, como:

Atendimento individual de usuários/as e familiares; Articulação, mobilização e realização de grupo com familiares; Articulação, mobilização e execução da assembleia; Organização e execução de oficinas; Realização de visitas domiciliares e institucionais; Articulação e mobilização com a Rede Intrasetorial e Intersetorial; Orientação e acompanhamento para viabilização dos direitos sociais; Participação na construção e na condução do Projeto Terapêutico Singular; Coordenação dos múltiplos serviços substitutivos; Supervisão institucional de serviços de saúde mental; Levantamento de recursos e articulação com o território; Participação e/ou organização de reunião de equipe e miniequipe; Elaboração e socialização de material de orientação acerca do funcionamento e das orientações sanitárias adotadas no cotidiano do serviço; Participação no acolhimento dos novos casos; Utilização das redes sociais para mobilização de usuários/as, familiares e trabalhadores/as da saúde mental, principalmente para as comemorações do 18 de maio (CFESS, 2022, p. 19-20).

Ademais, vale acrescentar, no rol de produções e avanços da categoria a respeito do exercício profissional na saúde mental, a publicação da Resolução nº 569 de 25 de março de 2010, pelo CFESS, que veda a realização de terapias⁵⁰ associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social, visto que essas práticas não constituem matéria, conteúdo ou objeto do curso de graduação em Serviço Social. Trata-se de um documento fundamental frente ao avanço do denominado “Serviço Social Clínico”, que tem reivindicado lugar no interior da profissão para realização de tais atividades.

Além dessas produções, vale a pena ressaltar o livro, fruto da tese de doutorado de Cristiane Tomaz intitulada *O Serviço Social na saúde mental e o “Técnico de Referência”*: possibilidades de uma atuação crítica?, publicado em 2024 pela editora Navegando. Tem-se ainda o livro *A dimensão técnico-operativa no trabalho de Assistentes Sociais*, publicado pelo CFESS em 2023, que, apesar de não tratar particularmente do campo da saúde mental, oferece importantes subsídios para o exercício profissional nessa área, entre outros cadernos, brochuras, construídos pelo conjunto CFESS-CRESS nos últimos anos, materiais disponíveis no site para download, que visam orientar e qualificar o trabalho do/a assistente social na perspectiva defendida pelo PEP da profissão⁵¹.

No que tange ao exercício na particularidade do campo da saúde mental, cabe ressaltar que o objeto de intervenção profissional permanece o mesmo, qual seja, as expressões da questão social. E então, o que muda? O que altera é a forma como essas demandas vão se apresentar nesse setor de assistência à saúde, cujas demandas primárias⁵² e imediatas estão, em sua forma fenomênica na maioria das vezes, relacionadas ao atendimento dos profissionais das áreas clínicas e psíquicas.

⁵⁰ O artigo 2º da referida regulamentação define terapia como terapias individuais, grupais e/ou comunitárias: a) Intervenção profissional que visa a tratar problemas somáticos, psíquicos ou psicossomáticos, suas causas e seus sintomas; b) Atividades profissionais e/ou clínicas com fins medicinais, curativos, psicológicos e/ou psicanalíticos que atuem sobre a psique.

⁵¹ No que tange ao aspecto do aprofundamento teórico-metodológico, é a partir dos anos de 1990 que o Serviço Social passa a expandir as pesquisas e discussões coletivas sobre a atuação profissional nessa área específica. Esse movimento, aparentemente tardio, se explica pelo fato de que, na década anterior, a categoria estava com a atenção voltada para o processo de revisão crítica da profissão, havendo assim uma intensa disputa pela direção teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da direção social do trabalho profissional enquanto parte da divisão sóciotécnica do trabalho (Bravo; Mattos, 2006).

⁵² De acordo com o Manual dos Centros de Atenção Psicossocial (2004, p. 15), as demandas primárias, ou seja, a razão principal que leva o usuário a procurar o CAPS e que a esse compete atender, são, preferencialmente, crises relacionadas a transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), além de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Nesse sentido, torna-se necessário um esforço permanente em desvelar a realidade social para além da aparência e das demandas segmentadas dos serviços. É através da análise da realidade como ela é que o assistente social poderá planejar ações, posições e parcerias, que possibilitem intervir da forma mais apropriada e emancipadora na sociedade. E é por meio desse movimento que é possível romper com práticas – que atendem meramente às requisições institucionais e funcionam como legitimador do *ethos* burguês na sociabilidade capitalista – que as possibilidades de exercício da autonomia profissional poderão ser ampliadas.

Farage (2023) nos chama a atenção para o reconhecimento de que os espaços sócio-ocupacionais são serviços inseridos em políticas públicas que são permeadas de contradições, que se estruturam dentro da lógica e da ordem do capital e não contra ele. Desse modo, por mais relevantes que sejam para a subsistência de uma parte da classe trabalhadora, também contribuem para a reprodução do capitalismo, daí o desafio de não limitar nossa ação profissional ao instituído.

No que tange ao campo da saúde mental, esse movimento de análise da base real e material dos usuários se expressa, ainda mais, como extremamente necessário para não nos distanciarmos do nosso Projeto Ético-Político realizando atividades cujas intencionalidades não estão ancoradas nos princípios e valores defendidos hegemonicamente na categoria. O pluralismo é um elemento disposto e garantido no código de ética, no entanto, esse não pode ser confundido com o ecletismo quando se mescla perspectivas antagônicas, com horizontes e projetos societários divergentes.

As ações profissionais devem se alinhar às defesas construídas pela profissão nos últimos anos, recusando trabalhar com abordagens que individualizam, subjetivam e responsabilizam o sujeito pelas expressões da questão social vivenciadas. Para Tomaz (2018), a ampliação da autonomia profissional de assistentes sociais na saúde mental pressupõe reconhecer a saúde mental, o louco, a loucura e as contradições inerentes à ordem capitalista como expressões da “questão social”.

O exercício profissional no campo da saúde mental pode se orientar pela construção de estratégias e práticas alinhadas com os princípios e as diretrizes da Lei Orgânica de Saúde, bem como com os direitos previstos na Lei nº 10.216/01; além de reafirmar os pressupostos da Reforma Sanitária ratificados pela Reforma Psiquiátrica, nos diferentes eixos apresentados. O saber do assistente social pode contribuir para viabilizar direitos, fomentar o controle social, trabalhar possibilidades de (re)inserção sociofamiliar da pessoa com transtorno mental e em

possibilidades de desconstrução do estigma da loucura, entre tantas outras alternativas⁵³ (Tomaz, 2018).

Por fim, sabemos das dificuldades para a execução de um trabalho que extrapole os muros da instituição em razão dos limites postos pelas condições objetivas de trabalho no contexto ultraneoliberal. Fazem-se necessários enfrentamentos coletivos pelas equipes dos serviços e não apenas por uma categoria profissional. Por outro lado, essa ação só é possível quando rompemos com a concepção de um trabalho de caráter predominantemente clínico e subjetivista. No próximo item, apresentaremos a pesquisa de campo realizada em articulação com as bases teóricas apresentadas até esse momento, buscando traçar caminhos e estratégias de atuação nesse campo.

⁵³Vale ressaltar que, em 29 de março de 1999, tem-se a publicação da Resolução nº 383 do Conselho Federal de Serviço Social, que caracterizou o assistente social como profissional da saúde, haja vista que, após a Constituição Federal, a saúde passa a ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país.

5 O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE MONTES CLAROS/MG: CONTRIBUIÇÕES PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo, apresentamos os resultados da pesquisa empírica qualitativa sobre o trabalho de assistentes sociais em Centros de Atenção Psicossocial no município de Montes Claros/MG. Desse modo, no primeiro momento, apresentamos de forma breve o percurso da reforma psiquiátrica do município, caracterizando os dispositivos que hoje compõem a RAPS da cidade. No segundo momento, discorremos sobre o método e os procedimentos metodológicos utilizados para a realização desta investigação. No terceiro item, apresentamos os dados relacionados ao perfil sociodemográfico, formação e participação política das entrevistadas. Nos itens seguintes, realizamos análises dos aspectos relativos ao trabalho profissional das seis assistentes sociais entrevistadas.

5.1 DO PRONTAMENTE AOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE MONTES CLAROS/MG: UM BREVE RESGATE HISTÓRICO⁵⁴

De acordo com o censo do IBGE (2022), a cidade de Montes Claros possui 414.240 mil habitantes e se constitui enquanto a quinta cidade mais populosa do estado de Minas Gerais, estando atrás de Belo Horizonte, Uberlândia, Contagem e Juiz de Fora. Trata-se de um município considerado centro urbano que, de acordo com vários parâmetros físicos, sociais e econômicos, está localizado na região do Norte de Minas Gerais, composta por 89 municípios, e se encontra numa região de fronteira entre o Nordeste e o Sudeste. A região caracteriza-se pela ocorrência cíclica da seca, pela economia baseada na agropecuária e uma população em constante migração, devido às precárias condições de vida aí predominantes. Atualmente, o município de Montes Claros se apresenta enquanto polo universitário e como referência na economia e na saúde para a região.

⁵⁴Para a construção deste item, além dos textos e documentos referenciados no texto, dialogamos com a coordenação de saúde mental do município, onde foi possível obter informações mais precisas quanto à rede de atenção psicossocial do município no que refere-se ao ano de implementação dos serviços, número de leitos em saúde mental, habilitação de novos CAPS, número de usuários acolhidos nas SRTs, bem como novas estratégias que estão sendo criadas para qualificar e fortalecer a assistência no município.

Importante ressaltar o legado do município de Montes Claros enquanto embrião da Reforma Sanitária e no processo de criação do que posteriormente passaria a ser conhecido como o Sistema Único de Saúde. De modo geral, o projeto Montes Claros foi uma proposta de organização da saúde brasileira com o nome da cidade, mas com projeções nacionais. Iniciado na década de 1970, quando intelectuais, políticos, técnicos e estudantes passaram a apresentar propostas, ainda que divergentes em alguns momentos, mas que visavam a um sistema nacional de saúde. Tal iniciativa ocorreu em razão da região, por integrar a área mineira da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), que passou a receber recursos do governo para investimento no desenvolvimento social e econômico. Em razão disso, o município atraiu pesquisadores e sanitaristas importantes, chegando a ficar conhecida como “Meca da saúde pública brasileira”. Além disso, a implantação do projeto em 1975 foi possível, pois contava com recursos internacionais (USAID), à época fruto de negociações entre o Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde (Teixeira, 1995).

Tem-se como marco desse processo o *IV Encontro Municipal de Saúde*, que ocorreu em 1985 em Montes Claros e onde foram aprovadas 11 diretrizes norteadoras da Política Nacional de Saúde para o futuro governo de Tancredo Neves. O conjunto dessas deliberações ficou conhecido como a Carta de Montes Claros, intitulada *Muda Saúde*⁵⁵. Esses pontos foram, então, amplamente discutidos na *VIII Conferência Nacional de Saúde* em 1986, sendo aprovados, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social permanente sobre as ações de saúde estabelecidas (Teixeira, 1995). Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o reconhecimento do dever do Estado na garantia de direitos sociais, as diretrizes mencionadas passaram a compor os artigos 194 e 196 da Carta Magna. Importante salientar que a experiência transformadora de Montes Claros não deve ser entendida como única e/ou de maneira isolada das transformações que ocorriam na saúde nesse mesmo período nos diferentes espaços sociais do país e do mundo⁵⁶.

No que tange à Reforma psiquiátrica em Montes Claros/MG, é válido ressaltar que, na primeira metade do século XX, as pessoas ditas “loucas” eram encaminhadas por meio do trem de ferro aos Hospitais Psiquiátricos Raul Soares em Belo Horizonte e em Barbacena. Em 1954, tem-se a criação na cidade do primeiro hospital psiquiátrico do Norte de Minas, nomeado como

⁵⁵A carta está disponível no seguinte link:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_montes_claros.pdf. Acesso em 21 out. 2024.

⁵⁶Evidentemente não conseguiremos discorrer neste trabalho sobre a história do Projeto de Montes Claros. Os detalhes de todo processo e a análise de suas diferentes dimensões podem ser encontradas no livro *Projeto Montes Claros: A Utopia Revisada*, de Sônia Maria Fleury Teixeira, publicado pela Abrasco no Rio de Janeiro em 1995.

“Casa de Saúde Santa Catarina”, que, em 1976, sob nova administração, passou a ser intitulado “Prontamente, Clínica Psiquiátrica de Repouso”. Inicialmente consistia num hospital psiquiátrico privado, conveniado com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que, após o ano de 1980, passou a funcionar com caráter público. O hospital foi fechado definitivamente em 2012, após ser considerado inadequado pelo Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos (PNASH) (Mendonça, 2009).

Ainda na década de 1980, ocorreram algumas iniciativas de organização dos serviços de saúde mental para Montes Claros. Mendonça (2009) destaca o treinamento de médicos e auxiliares de saúde do Centro Regional de Saúde (CRS), unidade administrativa, descentralizada da Secretaria Estadual de Saúde, hoje denominado Gerência Regional de Saúde (GRS)⁵⁷, que visava a capacitar esses profissionais para o cuidado das pessoas com sofrimento mental. Outra iniciativa indicada foi a criação do Internato Rural de Psicologia, que, por meio de convênio entre Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Secretaria de Estado da Saúde (SES) e Prefeitura Municipal de Montes Claros, passou a oferecer ao estudante de psicologia a oportunidade de atuar nos Centros de Saúde de Montes Claros e no Hospital Clemente Faria da FHEMIG, que, desde essa época, já contava com leitos de psiquiatria.

Por iniciativa desses estagiários, foi constituída, no ano de 1984, uma equipe interinstitucional cujo objetivo era realizar um diagnóstico sobre a situação da assistência à saúde mental do município. A equipe era composta por estagiários de psicologia, representantes da Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social (SMSAS), Centro Regional de Saúde, Hospital Clemente Faria (FHEMIG), Polícia Militar, Alcoólicos Anônimos, Associações de Bairros e Associação de Psicólogos. Como resultado, tem-se a elaboração de um novo plano de estruturação dos serviços de saúde mental denominado Plano Operativo para a Estruturação do Programa Integrado de Saúde Mental no Município de Montes Claros (Mendonça, 2009).

Essa nova tentativa de reorganizar os serviços de saúde mental de Montes Claros previa a assistência em saúde mental em diferentes níveis de complexidade: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Para o primeiro nível de complexidade, o plano apresentava como objetivo uma maior resolutividade dos serviços prestados, o aumento da cobertura com

⁵⁷As Gerências Regionais de Saúde têm por finalidade garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões do Estado, competindo-lhe: implementar as políticas estaduais de saúde em âmbito regional; assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões; coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em âmbito regional; promover articulações interinstitucionais; executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional; implantar, monitorar e avaliar as ações de mobilização social na região (Minas Gerais, 2013).

ênfase no atendimento ambulatorial com vistas à descentralização, regionalização e municipalização, e destacava também a necessidade da participação da comunidade. Além do envolvimento dos usuários, também salientava a importância de ações conjuntas entre instituições envolvidas na assistência à saúde mental (Montes Claros, 1985 *apud* Mendonça, 2009).

Para a atenção secundária, as ações previstas no Plano apontavam para a necessidade do estabelecimento de uma unidade de atendimento especializado em saúde mental. De acordo com Mendonça (2009, p. 68), “dados de pesquisa realizada, naquela época, mostraram que 40% dos pacientes encaminhados para a internação não foram internados por tratarem de casos que necessitavam apenas de cuidados mais especializados”. Naquele período, a autora destaca que apenas o ambulatório da Faculdade de Medicina do Norte de Minas vinha fazendo esse tipo de atendimento.

A partir da pesquisa, a equipe também observou a prevalência do tratamento medicamentoso, o que reforçava a necessidade de incluir profissionais de diferentes áreas, como psicólogos e assistentes sociais, entre outros. O objetivo final consistia em estabelecer um Núcleo de Assistência à Saúde Mental começando em Montes Claros e expandindo para municípios estratégicos em cada área programática do CRS.

A atenção terciária consistia no atendimento hospitalar, realizado na época, pelos hospitais Prontamente e Regional Clemente Faria (FHEMIG). A partir da pesquisa, observou-se que o hospital da FHEMIG era responsável por 93,7% das internações psiquiátricas de pacientes não previdenciários, enquanto apenas 6,7% dos internados eram previdenciários. No caso do hospital Prontamente, a situação era inversa: 90,2% dos internos eram previdenciários e apenas 9,8% eram pacientes particulares, não havendo nenhum paciente “não pagante” entre os internados (Montes Claros, 1985 *apud* Mendonça, 2009).

Os dados coletados orientaram a equipe para o estabelecimento das seguintes diretrizes para a atenção terciária:

como o hospital Prontamente não mantinha nenhuma articulação com os serviços públicos, interessava, naquele momento, treinar a equipe do hospital da FHEMIG para que ela fosse capaz de manejar os casos agudos e de crise, tornando-se uma referência para os serviços ambulatoriais; fortalecer os serviços de atenção básica e secundária, garantindo, dessa forma, a continuidade do tratamento quando da alta hospitalar, numa tentativa de eliminar a característica maior da internação psiquiátrica: a cronificação. Ações que deveriam se estender pela região sob a responsabilidade do CRS; ao Hospital Municipal caberia o atendimento à crise, funcionando como um serviço de urgência psiquiátrica (Mendonça, 2009, p. 69).

Além disso, o plano destacou as supervisões como um ponto importante, que ficaria sob responsabilidade dos profissionais do CRS, FHEMIG e Prefeitura. Ademais, Mendonça (2009) salienta que o plano fomentava a participação da sociedade e das instituições envolvidas, demonstrando flexibilidade e abertura a receber novas sugestões. A fase final do documento incluía o treinamento e a implantação de equipes de saúde mental em cidades-polo das microrregiões do Norte de Minas, o que reduziria a demanda por atendimentos especializados em Montes Claros.

Apesar de inovadora e uma das experiências pioneiras no Brasil, o Internato Rural de Psicologia foi interrompido em 1985. Mendonça (2009) destaca que, em razão das dificuldades de articulação interinstitucional e da configuração de atendimento oferecido pelas unidades básicas de saúde, as metas previstas no plano foram parcialmente contempladas. A partir de então, houve uma nova tentativa de organização da atenção à saúde mental por meio do Plano de Consolidação da Estrutura do Programa de Saúde Mental do Centro Regional de Saúde de Montes Claros, a qual deu atenção às ações destinadas aos outros municípios norte-mineiros. Foi na década de 1990 que foram organizadas ações que forneceram a base para a implementação do que, posteriormente, viriam a funcionar como serviços substitutivos. Em 1996, foi construída a Policlínica Doutor Hélio Sales, um serviço ambulatorial de saúde mental com uma equipe multiprofissional composta por assistente social, psicólogos, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, professor de ioga, psiquiatras e técnicos de enfermagem. O serviço operou dessa forma até os anos 2000, sendo considerado uma iniciativa pioneira e oficial do movimento da Reforma Psiquiátrica no município (Miranda, 2019).

No ano de 2001, iniciaram-se os projetos de implantação do Centro de Atenção Psicossocial, modalidade II (CAPS II), e do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD). Esses serviços, no entanto, só foram credenciados pelo Ministério da Saúde em 2003 e 2004. Todavia, apesar de esses serviços estarem em funcionamento, Mendonça (2009) destaca que o elevado número de internações no Prontamente continuou, visto que o hospital ainda era entendido pela população como o principal ponto de acesso para internações. Foi então que, em 2002, com base na Portaria nº 251 de 2002, que atribuía ao gestor local do SUS a responsabilidade de definir o limite das internações psiquiátricas e de gerenciar a porta de entrada dessas internações, a Coordenação Municipal de Saúde Mental decidiu centralizar as autorizações de internação tanto para o hospital psiquiátrico quanto para o hospital geral. Diante disso, qualquer paciente de Montes Claros ou da região que precisasse ser internado deveria ser avaliado primeiro pelo serviço de saúde mental municipal. Segundo Mendonça (2009), essa decisão foi considerada ousada e resultou no controle e na avaliação

das internações hospitalares. Importante ressaltar que, a partir dessa mudança, profissionais de outras categorias passaram a ter autonomia para encaminhar, ou não, pacientes para as internações.

Evidentemente, esse processo não ocorreu de forma tranquila e sem resistências. Miranda (2019) destaca que a “cultura de internação” provocou questionamentos e muita resistência por parte da população em aceitar outras possibilidades de cuidado que não fosse a internação. Até o ano de 2012, o hospital Prontamente continuou atendendo a população, durante esse decurso, passou por várias vitórias municipais e estaduais, os administradores assinaram termos de ajuste conduta e, em razão da fragilidade da rede de atenção psicossocial e o receio pela desassistência, seu fechamento foi por bastante tempo postergado⁵⁸.

O CAPS AD, criado para atender adultos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, no início de suas atividades, em abril de 2003, com a publicação da Lei nº 5.376, de 2 de novembro de 2021, recebeu o nome oficial de “Robson Xavier”, em homenagem a um usuário do serviço que participou ativamente da associação de usuários da saúde mental. No início, o serviço funcionava no mesmo local que o CAPS II, sendo transferido para uma unidade própria posteriormente. No entanto, em razão da estrutura antiga e precária do estabelecimento, no ano de 2023, o serviço foi transferido para um outro imóvel alugado que também não atendeu às necessidades para seu funcionamento de forma adequada. O local improvisado era pequeno e dispunha de pouco espaço para circulação de trabalhadores e usuários. No início do ano de 2024, o CAPS Robson Xavier foi alocado em um novo local, um imóvel também alugado pelo município, mais arejado e mais espaçoso, sobretudo externo. Contudo, os profissionais apontam que existem apenas duas salas de atendimento. Existe a promessa do município de construção de uma estrutura própria que apresente as condições necessárias para o trabalho profissional e o atendimento da população.

Em relação ao CAPS II, por meio da Lei nº 5.375 de, 2 de novembro de 2021, o serviço passou a ser intitulado como “Helena Macedo” em homenagem a uma usuária do referido serviço que também liderou durante alguns anos a associação de usuários de saúde mental do município. Em 2 de fevereiro de 2024, a Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde (CIB-SUS) aprovou a mudança da tipologia II para III com o objetivo de ampliar o atendimento das pessoas em sofrimento psíquico. A mudança foi solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação Municipal de Saúde Mental sob a justificativa de que os dois hospitais que possuem atualmente leitos psiquiátricos no município estariam com alta

⁵⁸Para mais detalhes, ver Mendonça (2009).

demanda de internações de pacientes com sofrimento psíquico. Em abril de 2024, o serviço passou por uma reestruturação para funcionamento 24 horas, inclusive nos finais de semana. Há que se ressaltar que, para além dos profissionais que fazem parte da equipe mínima plantonista, o CAPS III dispõe de um Serviço de Urgência Psiquiátrica em que os profissionais médicos e farmacêuticos também passaram a realizar o atendimento noturno. Tal iniciativa é extremamente relevante para uma perspectiva de atenção psicossocial antimanicomial, pois reduz o encaminhamento de pacientes para os hospitais e fortalece o cuidado no território. O CAPS Helena Macedo está situado em um prédio próprio da prefeitura e possui uma estrutura antiga, com pouca iluminação natural.

Em 2004, tem-se a criação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no município. Indicado para pessoas egressas de internações em instituições de longa permanência. Atualmente, o município dispõe de duas unidades, o SRT 1, com capacidade para oito pessoas, que atualmente abriga sete usuários do serviço de saúde mental, e o SRT 2, que possui capacidade para dez pessoas e, no momento, acolhe oito delas.

No ano de 2013, tem-se a criação do “Consultório na Rua”, voltado para o atendimento de pessoas que se encontram em situação de rua, abrangendo também aquelas com sofrimento psíquico e as que fazem uso de substâncias psicoativas. Em 2023, uma nova equipe passou a compor também a RAPS do município.

Apesar das tentativas progressas, foi somente em 2015 que ocorreu a criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, denominado “Aquarela”, por meio da Lei nº 5.377, de 2 de novembro de 2021. O serviço funcionou até o ano de 2021 em um imóvel alugado e adaptado, sendo transferido a partir de então para um imóvel próprio, construído especificamente para atender o CAPS. Como descreveremos adiante, o novo espaço dispõe de estrutura e espaço adequado para realização das atividades. No entanto, em razão de sua localização em um bairro distante da área central do município, juntamente com os outros serviços inaugurados nessa época, recebeu críticas da população.

Ainda em 2015, foi implementada a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) no município destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos, com necessidades advindas do uso prejudicial de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar que precisem de acompanhamento contínuo, protetivo e temporário. Trata-se de um serviço residencial de caráter transitório em que o tempo de permanência é de até seis meses. Funciona exatamente como uma casa, onde o usuário é acolhido e abrigado, mantendo o acompanhamento no CAPS AD, que, por sua vez, é o responsável pelo direcionamento e afastamento do usuário da unidade. Desde o ano de 2021, o

serviço também funciona em novo endereço, uma estrutura própria construída para atender o público específico da UAA, que dispõe de estrutura adequada para seu funcionamento.

No ano de 2021, também foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas do tipo III, com funcionamento 24 horas. Trata-se de um espaço amplo que dispõe de uma estrutura ideal para o funcionamento dos serviços com espaços para convivências, refeitório, quartos, salas de atendimento internas e externas, sala de reuniões, entre outros detalhes.

No mesmo ano, também foi inaugurado a Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), destinada a crianças e adolescentes, de ambos os sexos, em situação de vulnerabilidade social, que estejam em acompanhamento ativo no CAPS Infantojuvenil, em um período máximo de seis meses.

Importante ressaltar que os novos espaços em que foram alocados o CAPS AD III, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), a UAI e a UAA, apesar de serem estruturas novas construídas para atender ao que ficou conhecido como “complexo da saúde mental”, pois estão localizados um do lado do outro, levantou críticas e insatisfações por parte de trabalhadores e usuários. Isso porque os imóveis foram construídos em um bairro distante da região central do município, o que dificultou o acesso a pessoas que residiam em regiões opostas. Além disso, despertou insatisfação por parte da população local, vizinhas aos novos serviços, que chegaram inclusive a assinar abaixo-assinados para impedir as mudanças dos serviços de saúde para o bairro. De acordo com a coordenação de saúde mental, não foram encontrados terrenos para compra na área mais central da cidade.

Além dos serviços apresentados, o município dispõe de serviço ambulatorial municipal que oferta atendimento especializado em psiquiatria adulto na Policlínica Doutor Ariosto Corrêa Machado e na policlínica Doutor Hélio Sales. Nessa última também há o atendimento especializado em psiquiatria infanto-juvenil. Acrescenta-se, também, o Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN), anexo ao Hospital Universitário Clemente de Farias (HUCF), que oferece atendimentos psiquiátricos e psicológicos pelo SUS.

No nível terciário, atualmente o Hospital Aroldo Tourinho e o HUCF somam juntos a oferta de 22 leitos psiquiátricos, sendo 16 de gestão municipal e 6 estadual. Vale informar que, até o ano de 2019, Montes Claros contou com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes de saúde mental multiprofissionais que prestavam Apoio Matricial (AM) às equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF). No entanto, com a publicação da Portaria nº 2.979 de, 12 de novembro de 2019, pelo Ministério da Saúde, em que o governo federal retirou o

financiamento específico para os NASF - AB (Atenção Básica), transferindo para os municípios a responsabilidade única pelo custeio, a estratégia foi encerrada.

Tal serviço qualificava o atendimento de usuários da saúde mental na atenção primária. Atualmente, a atenção primária conta com profissionais da psicologia que realizam revezamento dos atendimentos em uma média de cinco unidades de saúde por profissional. Além disso, a estratégia do matriciamento⁵⁹ possibilita a articulação de casos entre a atenção primária e a especializada.

Há que se ressaltar que a coordenação de saúde mental do município, em parceria com o Ministério da Saúde, tem desenvolvido novas estratégias de cuidado como, por exemplo, o “Saúde mental em movimento”, uma proposta que visa ao fortalecimento da assistência em saúde mental na atenção primária por meio de apoio matricial na perspectiva técnico-pedagógica e da educação permanente. Tal proposta surge agora no ano de 2024, prevista para iniciar nos próximos dois meses.

Em contato com a coordenação, fomos informadas que, em 2023, o município voltou a receber financiamento do governo federal e que dois novos CAPS serão implementados até os próximos dois anos. De acordo com a coordenadora, a verba de aproximadamente 500 milhões de reais já se encontra disponível, e estão em processo de compra de terreno do que será o segundo CAPS AD III da cidade. A proposta é que seja em uma outra região específica da cidade com vistas a abranger outro território do município. O outro CAPS a ser implementado é outro CAPS III que provavelmente será em terreno já adquirido no “complexo de saúde mental” anteriormente citado. Soubemos ainda que há a proposta para que o atual CAPS AD, seja habilitado para a tipologia III, ampliando e qualificando assim a oferta do cuidado em diferentes regiões da cidade.

Vale ressaltar que a coordenação de saúde mental, juntamente com a gestão municipal (2020/2024), tem empenhado esforços para ampliar o cuidado no território e garantir uma assistência em saúde mental longe dos muros dos hospitais. Nesse sentido, o fortalecimento do cuidado na atenção primária e especializada tem se mostrado notória, sobretudo com o atendimento 24h nos CAPS, evitando assim que os pacientes sejam encaminhados para leitos em hospitais.

⁵⁹ Modelo de organização e prática de assistência à saúde mental que visa a integrar equipes especializadas de saúde mental, como CAPS, às equipes de atenção básica e de saúde da família. O objetivo é fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e garantir o atendimento integral e articulado, evitando a fragmentação do atendimento e reduzindo a necessidade de encaminhamentos para serviços especializados.

Salientamos ainda que o município já tem equipe e local para funcionamento do Centro de Convivência e Cultura que deverá ser inaugurado nos próximos meses. O serviço já passou por todas as instâncias de aprovação e está pronto para funcionar. Há indicativos de trabalho para reabilitação psicossocial, promoção da convivência e de geração de renda nesse espaço.

Além destes, compõem a RAPS de Montes Claros atualmente o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e o Programa de volta para casa. A RAPS da cidade possui pacto com outros quatro municípios da região, para a qual também presta atendimento no âmbito especializado.

Como é possível perceber, nos últimos anos, o município avançou na ampliação da rede de serviços de saúde mental. No que tange à contratação de profissionais, vale ressaltar que o município está com concurso público em andamento com vagas para diversos profissionais, entre eles para assistentes sociais do campo.

5.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nosso ponto de partida teórico-metodológico é o materialismo histórico, que nos permite enxergar do ponto de vista da totalidade do ser social, que se produz e se reproduz de forma historicamente determinada. Na perspectiva materialista histórica, o pesquisador deve se esforçar em conhecer teoricamente o objeto, ou seja, a sua estrutura e dinâmica tal como ele é em si mesmo, em sua existência real e efetiva, abordá-lo criticamente de forma que suas motivações não sobreponham à imanência do objeto investigado. Para Marx, esse conhecimento teórico ocorre com a reprodução no pensamento do movimento real (estrutura e dinâmica) do objeto pesquisado. E essa reprodução (que constitui propriamente o conhecimento teórico) será tanto mais correta e verdadeira quanto mais próxima possível for da realidade. É válido ressaltar que, para interpelar o real, faz-se necessário que o sujeito assuma um ponto de vista. Marx nega qualquer possibilidade de neutralidade científica, visto que a subjetividade e objetividade são apreendidas em inter-relação, uma unidade na diversidade, posto que não perdem suas especificidades nesse processo de investigação (Marx, 2011).

Para Marx, o papel do sujeito pesquisador é essencialmente ativo e fundamental nesse processo. Precisamente para apreender não somente a aparência ou a forma dada ao objeto (ponto de partida), mas a sua essência, a sua estrutura e a sua dinâmica (mais exatamente: para apreendê-lo como um processo), o sujeito deve ser capaz de mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los e deve ser dotado de criatividade e imaginação. Depois de alcançar “determinações mais simples”, Marx (2011) estabelece a necessidade de voltar e

fazer a viagem de modo inverso, até dar de novo com o objeto, mas desta vez não como uma representação caótica de um todo, porém como uma rica totalidade de determinações e relações diversas. Esse resultado é então chamado de concreto pensado, que aparece no pensamento como o processo de síntese, como resultado.

A correta apreensão do objeto real só pode ser concebida, segundo Marx, por meio de construções de categorias, através das quais se torna possível apreender as determinações específicas do objeto investigado (no caso de Marx, a sociedade burguesa). Marx destaca que este processo investigativo pressupõe necessariamente que o ponto de partida seja a imediaticidade, que é, em tese, síntese de determinações gerais e, por conseguinte, a realização de construções de categorias, pois, somente assim, o processo real e efetivo em sua totalidade, pode ser compreendido em determinações específicas. Nesse sentido, é preciso que o pensamento compreenda criticamente o processo histórico a partir de sua temporalidade, pois somente a partir da correta apreensão dessa torna-se possível compreender as determinações específicas de todas as categorias históricas (Marx, 2011).

Essas categorias são compreendidas por Marx como “formas de modos de ser, determinações de existência, frequentemente aspectos isolados de determinada sociedade” (Netto, 2011b, p. 46). Sendo assim, podemos dizer que elas são objetivas, reais (pertencem à ordem do ser, são categorias ontológicas). Mediante procedimentos intelectivos (basicamente, mediante a abstração), o pesquisador as reproduz teoricamente (e, assim, também pertencem à ordem do pensamento – são categorias reflexivas). Por isso mesmo, segundo Marx, tanto real quanto teoricamente, as categorias são históricas e transitórias, é o movimento dinamizado pelas contradições que implica mudanças. Se as categorias se exprimem como formas de ser e condições de existência, é somente no processo de desenvolvimento das relações de produção e reprodução da vida humana que podemos apreendê-las pelo pensamento (Netto, 2011b, p. 46).

Portanto, é somente após a apreensão das determinações gerais que o pesquisador realiza um movimento de retorno agora com um concreto pensado e, conseqüentemente, concebe as categorias simples que formam a totalidade do objeto dentro do período histórico determinado, com suas particularidades e especificidades determinantes. Dessa forma, compreende-se o lugar que cada categoria ocupou historicamente no seio das relações sociais de produção e reprodução da vida. Desse modo, o materialismo histórico contribuiu para compreender melhor o nosso objeto, qual seja, o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde mental, que não deve ser apreendido somente na sua aparência imediata, mas apreendido no movimento contraditório da sociedade capitalista.

A partir dessa perspectiva de análise, realizamos entrevistas semiestruturadas com as assistentes sociais inseridas no campo da saúde mental do município de Montes Claros/MG, em particular, as inseridas nos CAPS da cidade para analisar a particularidade do trabalho profissional inserido junto às equipes multidisciplinares dos serviços, bem como os aspectos estruturais que incidem sobre sua atuação. Por se tratar de uma pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas, que envolveu a participação voluntária de profissionais de Serviço Social dos serviços de saúde mental, os aspectos éticos foram devidamente respeitados conforme as proposições das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF), sendo esse devidamente aprovado, sob o parecer nº 6.259.579 em 24 de agosto de 2023 (Anexo A). Cabe ressaltar que a realização da pesquisa foi autorizada pela Coordenação de Saúde Mental do município, após avaliação do projeto piloto.

Desde o início da pesquisa empírica, estabelecemos a construção do diário de campo que nos possibilitou registrar o processo de recrutamento e realização da pesquisa. A proposta inicial do trabalho era entrevistar oito profissionais do Serviço Social (todo universo) que atuava na rede de atenção psicossocial de Montes Claros. São quatro CAPS e, até o momento que a pesquisadora atuava enquanto residente (2020-2022), cada serviço contava com duas assistentes sociais. Dois anos depois, ao retornar aos serviços para realizar a pesquisa de campo do mestrado, encontramos um cenário totalmente diferente. Com a mudança da coordenação de saúde mental do município, toda a rede também passou por diversas mudanças, sendo que as equipes foram readequadas, muitos profissionais realocados, alguns saíram da rede e outros ingressaram.

Nós, que até então contávamos com as únicas oito assistentes sociais da rede, em março de 2024, nos deparamos com um novo número: agora seriam apenas seis. Isso porque uma assistente social, alocada no CAPS infantil, contratada, solicitou transferência para outra rede que atende a saúde da mulher. Essa profissional não foi substituída no serviço, a justificativa seria de que a vaga dela não foi “desocupada”, visto que ela estava apenas emprestada para outro serviço. Outra assistente social, alocada no CAPS adulto II, efetiva, estava afastada por tempo indeterminado por questões relacionadas à saúde mental. Essa profissional foi substituída por uma assistente social que, à época da coleta (março de 2024), estava apenas com pouco mais de um mês de atuação no serviço. Além disso, essa profissional não possui experiência anterior como assistente social, sendo sua primeira atuação no campo da saúde

mental. Nesse sentido, não correspondeu aos critérios de inclusão da pesquisa, quais sejam: ser assistente social, atuar em um dos CAPS de Montes Claros há mais de 1 (um) ano.

Entramos em contato com as seis assistentes sociais por *Whatsapp* e, apesar da insistência, recebemos retorno apenas de cinco delas. As entrevistas dessas cinco foram realizadas entre o dia 13 (treze) e 26 (vinte e seis) do mês de março de 2024. Posteriormente, tivemos notícias de que a profissional afastada do CAPS II (agora tipologia III) havia retornado às suas atividades em outro CAPS do município. Fizemos contato com essa assistente social, que aceitou participar da pesquisa. Agendamos e a entrevista foi realizada no dia 27 de maio de 2024.

As profissionais que responderam favoravelmente assinaram no dia agendado para entrevista o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a devida proteção dos/as participantes e sua concordância formal em ser partícipe desta iniciativa. Nesse intento, foram abordadas profissionais dos seguintes CAPS: Aquarela (Infantojuvenil); Robson Xavier (Álcool e outras drogas, tipologia II); Helena Macedo (Adulto, à época tipologia II); Álcool e outras drogas, tipologia III – ainda sem nome oficial.

A entrevista semiestruturada, portanto, foi realizada por meio de um roteiro (Apêndice A), que abrange diferentes aspectos da vida e do trabalho dos assistentes sociais. Na primeira seção, coletou-se o perfil sociodemográfico, como idade, etnia, gênero, estado civil, composição familiar e faixa de renda. A segunda seção abordou a formação profissional, questionando sobre a instituição de ensino, formações adicionais, pós-graduação, participação em cursos de saúde mental e envolvimento em movimentos sociais. A terceira seção tratou do serviço e vínculo empregatício na saúde mental, incluindo tempo de trabalho, condições estruturais, carga horária, benefícios e experiências de afastamento por questões de saúde. Por fim, a quarta seção examina o cotidiano de trabalho, explorando as atividades desenvolvidas, o trabalho multiprofissional, as demandas dos usuários, os desafios diários e a relação do Serviço Social com a política de saúde mental, a reforma psiquiátrica e o projeto ético-político da profissão. O instrumental construído possibilitou uma compreensão abrangente da prática profissional dos assistentes sociais no contexto da saúde mental. As entrevistas foram realizadas presencialmente de forma individual em dias, horários e locais combinados com as informantes, gravadas e transcritas posteriormente.

5.3 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FORMAÇÃO, PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA DAS ENTREVISTADAS

Prezando pelo compromisso com o sigilo de pesquisa, utilizaremos nomes fictícios para as profissionais entrevistadas, bem como para os respectivos serviços de atuação. Além disso, optamos por não relacionar os dados sobre o perfil sociodemográfico, evitando assim a identificação das entrevistadas por meio do cruzamento das informações apresentadas.

Tabela 1 – Identificação das entrevistadas

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	Entrevistadas
CAPS A	E1, E2
CAPS B	E3, E4
CAPS C	E5
CAPS D	E6
Total de Entrevistadas	6

Fonte: Sistematizado pela pesquisadora.

No que tange à identidade de gênero, todas as nossas entrevistadas se identificaram como mulheres cisgênero, de orientação heterossexual, sendo quatro casadas e duas solteiras com idades que variam de 25 a 50 anos. No que se refere ao aspecto raça/cor, a metade das informantes se autodeclararam negras, uma enquanto parda, uma como amarela e uma se reconhece como pessoa branca. O perfil apresentado segue a tendência histórica da profissão de predominância de profissionais do sexo feminino, conforme destacado por Yamamoto (2014). Vale ressaltar que, apesar de outras expressões de gênero apresentarem a nível nacional uma tendência de crescimento dentro da categoria – sobretudo em nossa região Sudeste, também no Nordeste e no Sul (CFESS, 2022) –, nossa pesquisa caminha na mesma direção quando se trata da análise específica de Minas Gerais, visto que, na pesquisa macro, apenas uma assistente social do estado se identificou como travesti, de um total de 4.176 profissionais entrevistadas. De acordo com o relatório final da Pesquisa Nacional do Perfil de Assistentes Sociais (CFESS, 2022), na região Sudeste, os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro concentram a maior parte dos profissionais que não se identificam com o modelo binário masculino-feminino.

Da mesma forma, a predominância da autodeclaração como pessoa negra também caminha em consonância com os dados da pesquisa nacional realizada, em que 50,34% das entrevistadas no Brasil se autodeclararam preta/negra/parda, 46,98% branca, 1,85% amarela, 0,32% indígena, 0,51% como outra (CFESS, 2022). Em nossa pesquisa, três profissionais se autodeclararam negras, uma parda, uma branca e uma amarela.

A respeito da composição familiar das seis entrevistadas, quatro residem com os respectivos companheiros e filha (as), e as duas solteiras residem sozinhas. As assistentes sociais que residem com seus esposos, somam uma renda maior em relação àquelas que moram só. Vejamos o quadro abaixo:

Tabela 2 – Composição Familiar e Renda auferida

Com quem reside?	n
Esposo e filha(s)	3
Sozinha	2
Esposo	1
Tem filhos?	n
Sim, 1	2
Sim, 2	1
Sim, 3	1
Não possui	2
Renda familiar	n
\$2.700	1
\$3.000	1
\$6.000-\$7.000	2
\$15.000	1
\$35.000	1
Salário como assistente social	n
\$2.700	1
\$3.000	3
\$3.200	1
\$5.000	1

Total Geral	6
--------------------	----------

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Primeiramente, não compõem o rol de entrevistadas assistentes sociais mães solas, no entanto, três delas possuem crianças e adolescentes com quem residem e realizam o cuidado. No que tange à renda familiar, podemos afirmar que, para as assistentes sociais que residem com cônjuges e filha(as), a renda enquanto assistente social não representa a principal renda da família, sendo que duas entrevistadas complementam a renda por meio de outras atividades econômicas autônomas. Em contrapartida, as duas informantes que residem sozinhas têm a remuneração da profissão enquanto o único valor auferido mensalmente.

O segundo aspecto importante observado trata-se dos valores auferidos pelas assistentes sociais como moeda de troca de seu trabalho. A renda enquanto assistente social nos serviços varia entre dois e três salários-mínimos e meio. O que chama atenção nesse dado trata-se da semelhança dos valores auferidos pelas profissionais, apesar do tempo de serviço. Observemos o quadro abaixo que apresenta o tempo e a forma de vínculo empregatício.

Tabela 3 – Tempo do vínculo empregatício

Tempo que trabalha na instituição	Tipo de vínculo
1 ano	Contratada
3 anos e 9 meses	Contratada
4 anos e 6 meses	Contratada
6 anos	Efetiva
18 anos	Efetiva
18 anos e 8 meses	Efetiva
Total Geral	6 Profissionais

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Observa-se que as profissionais que possuem tempo maior de atuação profissional na saúde mental foram as que ingressaram por meio de concurso público. No entanto, ao retornarmos à Tabela 2, é possível perceber que não há aumento proporcional que equivale ao tempo de exercício profissional. Ao consultarmos a Lei Orgânica do Município de Montes Claros, observamos que no Art. 91, inciso II, existe a garantia do adicional por tempo de serviço. Nesse sentido, o biênio é um valor de 3% acrescido à remuneração do servidor público a cada

24 meses de trabalho, após o período do estágio probatório, que cumpra as condicionalidades exigidas⁶⁰.

É válido ressaltar que aos servidores efetivos concursados antes da reforma realizada por meio da Lei nº 3175 de 2003, de acordo com o artigo 236, fica assegurado o pagamento do quinquênio. Cabe sinalizar que o profissional efetivo pode ser promovido⁶¹ na carreira, que corresponde a um acréscimo de 10% (dez por cento), calculados sobre o menor vencimento básico da classe. Para isso, o servidor deverá contar com no mínimo 10 anos de efetivo exercício, atender os requisitos de desempenho funcional e de capacitação profissional⁶². Considerando o mínimo de tempo de exercício de trabalho, uma profissional poderá realizar especialização de tipo *lato sensu*, bem como *stricto sensu* (mestrado e doutorado), que receberá apenas a promoção de 10% do vencimento base, quando completar o período de carência de dez anos trabalhados, que, no caso das assistentes sociais, representa aproximadamente R\$ 380,00.

Se comparado com o plano de carreira de outros municípios, a legislação de Montes Claros apresenta tempo de carência muito maior e uma baixa porcentagem de acréscimo, o que desmotiva a formação continuada no âmbito da academia em razão da desvalorização monetária do investimento de tempo em estudos. Em contrapartida, profissionais que desejam prosseguir nos níveis de formação e qualificação acabam por procurar melhores condições de remuneração, provocando evasão de servidores na rede pública municipal. Tal situação impacta diretamente no processo de atualização e qualificação dos serviços prestados à população.

No que tange aos direitos auferidos, destaca-se o recebimento de férias remuneradas, décimo terceiro, vale transporte com coparticipação, licença maternidade e uma profissional citou o seguro de vida. Os servidores efetivos ou contratados não dispõem de plano de saúde, alimentação ou outro tipo de benefício.

No aspecto relacionado à formação e ao tempo de serviço, duas profissionais se formaram em uma faculdade privada de ensino presencial, duas em universidade pública de ensino presencial, uma em faculdade privada de ensino a distância com tutorias presenciais e

⁶⁰Condicionalidades previstas no Artigo 27 da Lei nº 3.174 de 2003: I – tenha obtido, no mínimo, 75% (setenta e cinco por cento) dos pontos distribuídos, na avaliação de desempenho; II – não tenha sofrido punição disciplinar durante o período; III – não tenha faltado ao serviço, sem justificativa, por mais de 5 (cinco) dias, durante o mesmo período; IV – não tenha gozado, durante o período, mais do que 90 (noventa) dias de licença para tratamento de saúde, ou por motivo de doença em pessoa da família.

⁶¹Promoção é a passagem do servidor, titular de cargo em caráter efetivo, ao nível subsequente na carreira.

⁶²Fundamento Legal: Art. 30, 31, 32 e 35 da Lei nº 3.174/2003, Decreto nº 2.057/2004 e Decreto nº 3.658/2018.

uma que iniciou a formação em uma faculdade privada de forma presencial, mas precisou concluí-la de forma remota em outra instituição privada em razão do fechamento da turma na primeira. De modo geral, as entrevistadas deram início a graduação em Serviço Social entre o ano de 2000 e o ano de 2016 e finalizaram entre 2005 e 2020, ou seja, se formaram após a aprovação das Diretrizes Curriculares de 1996 que compreende as dimensões teórica-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão com o objetivo de possibilitar a formação de assistentes sociais capazes de apreender a complexidade da questão social e intervir de maneira crítica.

Atualmente, no município, a Universidade Estadual de Montes Claros é a única instituição que oferta o curso de Serviço Social presencial com turmas matutinas e noturnas⁶³. Anteriormente, a cidade contava com outros dois cursos de graduação presenciais em Serviço Social em faculdades privadas, que foram fechados nos últimos anos. Entretanto, as faculdades de ensino a distância têm ganhado cada vez mais espaços, contando, inclusive, com escritórios físicos no município⁶⁴. Essa tendência não é exclusiva da nossa pesquisa, mas segundo o relatório publicado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (2023), a modalidade de ensino a distância (EaD) possui 52% de todas as matrículas de graduação no Brasil, e o curso de Serviço Social, no ano de 2022, se encontrava na nona posição com o quantitativo de 101.512 matrículas⁶⁵.

No ano de 2014, o CFESS publicou o segundo volume do material que dispõe “sobre a incompatibilidade da graduação à distância e o Serviço Social”. A brochura produzida pelo grupo de trabalho do conjunto CFESS-CRESS, composto também por representantes da ABEPSS e ENESSO, reconhece essa modalidade de formação como uma estratégia de valorização do capital sob a justificativa de democratização do ensino superior. Entretanto, pesquisas apontadas no documento demonstram que o ensino nessas instituições é concebido, na maioria das vezes, de forma fragilizada e desalinhada com os princípios e as diretrizes curriculares de 1996.

Além de imputar ao estudante individualizado a responsabilidade exclusiva pelo seu processo formativo diante da ausência da articulação entre pesquisa, ensino e extensão, há oferta de apostila em detrimento dos livros, professores com vínculos precários e sobrecarga de

⁶³Criado através da resolução nº 044-CEPEX/2002, implantado oficialmente em janeiro de 2003.

⁶⁴Com uma rápida pesquisa na internet, identificamos quatro das principais instituições que oferecem o curso de Serviço Social de forma remota na cidade, sendo: Unopar, Uniasselvi, Estácio e Uninter.

⁶⁵Disponível em:

https://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2022/apresentacao_censo_da_educacao_superior_2022.pdf. Acesso em 24 set. 2024.

trabalho, o que compromete a qualidade do acompanhamento e do ensino, entre outros aspectos apontados. Importante ressaltar que a crítica não é direcionada aos graduandos que acessam esse tipo de formação, mas é realizada ao Estado que deveria garantir educação pública, gratuita e de qualidade a todas as pessoas, com assistência estudantil e garantias reais para inserção, permanência e conclusão do curso superior. Tem-se no cenário contemporâneo cada vez mais o incentivo da produção de mão de obra técnica, esvaziada de uma leitura crítica e reflexiva sobre realidade social e seus aspectos históricos conjunturais, potencializando assim, atendimentos que se adequam mais facilmente à lógica dominante (CFESS, 2014).

Seguindo no âmbito da formação, as seis profissionais entrevistadas não possuem outro curso de graduação, sendo que uma possui curso técnico de enfermagem e em cirurgias. Quando perguntadas se tinham interesse em realizar outra graduação, uma entrevistada informou que ,nos primeiros anos de sua inserção como assistente social no campo da saúde mental, teve pela primeira vez o desejo de cursar medicina:

Não, no momento não (interesse em cursar outra graduação). Já tive. Quando entrei na saúde mental, é... um curso que eu nunca pensei em fazer foi medicina. E posteriormente a isso, *o Serviço Social tem algumas limitações e a experiência com o trabalho da saúde mental me fez querer, pensar e fazer medicina, mas também para atuar na saúde mental* (E1, CAPS A).

Outra assistente social informou que ainda deseja cursar a graduação em Direito e objetiva somar essa nova formação com a profissão exercida atualmente. Afirma que a motivação surge do desejo de entender mais a fundo o campo do direito e contribuir para que o usuário de saúde mental consiga melhor acessá-los. Vejamos a narrativa dela na íntegra, quando perguntada da motivação:

E5: Eu acho que foi mesmo essa relação da gente com a questão do direito dos pacientes. Quando a gente entra na área do Serviço Social, a gente vê que alguns, é... eles não têm acesso a esses direitos, que, por lei, são garantidos, mas na prática algumas formas não funcionam. Então eu acho que seria uma forma de entender mais sobre isso e, de alguma forma, contribuir para eles terem acesso a esses direitos.

P: Aí você juntaria as duas formações?

E: Acho que sim. Eu sou assistente social, não tem como fugir disso não (risos). Juntaria as duas. Fazer alguma coisa nesse sentido...(E5, CAPS C).

E por fim, uma terceira assistente social afirmou que antes mesmo de cursar o Serviço Social, desejava fazer o curso de psicologia. No entanto, na época, ainda não havia o curso desejado na cidade e a escolha pela profissão atual era o que, em sua visão, mais se aproximava do curso que até então pretendia. Afirma que o desejo permanece e que esse se relaciona com

o gosto pelo atendimento às pessoas: *“Eu gosto de conhecer as questões das pessoas, as demandas das pessoas... eu sempre fui muito boa em mediação de conflitos [...]”* (E6, CAPS D).

As respostas apresentadas nos possibilitam analisar que, nas duas primeiras falas, a inserção no campo da saúde mental enquanto assistente social despertou o interesse e o desejo por outra graduação. No primeiro caso, as limitações do Serviço Social e, no segundo caso, a falta de efetividade de acesso dos usuários aos direitos resguardados em lei justificam a intenção.

A afirmação de que, no início da inserção no campo, teve o desejo em cursar medicina, dada as limitações do Serviço Social, nos leva a refletir sobre as requisições profissionais postas para o assistente social e sobre qual modelo de assistência em saúde mental vinha sendo priorizado nesse local. Importante ressaltar que, à época da inserção dessa assistente social no campo, há mais de dezoito anos, o modelo de atenção psicossocial ainda estava sendo implementado com todas as dificuldades postas para novos serviços. Diante desse contexto, até mesmo as produções teóricas sobre a área eram parcas e as regulamentações dos serviços substitutivos só vieram a existir com a publicação da Portaria nº 3088 em 2011.

Quanto à afirmação do desejo de cursar a graduação de Direito, tendo em vista possibilitar maior acesso aos direitos já garantidos em lei, podemos pensar sobre a responsabilidade do Estado na garantia do acesso aos direitos sociais que é deslocado para o âmbito pessoal. Tem-se a ideia de que, por meio do acesso às informações, tais garantias seriam mais efetivas. No entanto, entendemos que a dificuldade no acesso a esses direitos relaciona-se com a precarização das políticas sociais no âmbito do Estado burguês capitalista sob a hegemonia do neoliberalismo. Sob a égide desse modelo econômico, os direitos sociais registrados na Constituição Federal de 1988 passaram a sofrer fortes restrições orçamentárias, o que inviabiliza a ampliação e a qualidade dos diferentes serviços públicos ofertados à população.

No que tange ao aspecto da formação continuada, cinco profissionais entrevistadas realizaram pós-graduação, sendo cada uma nas respectivas áreas de: Análise da Criminalidade, Violência e Segurança Pública; Atendimento Integral à Família e Saúde Mental; Residência Multiprofissional em Saúde Mental; Saúde da Família, Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Desse modo, foi possível constatar que a maioria das profissionais buscou aprofundar o conhecimento por meio de especializações.

Esse movimento é importante para o aprimoramento de habilidades teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, constitui compromisso firmado no código de ética profissional com vista a qualidade dos serviços prestados à população. Salienta-se que

a entrevistada E2, que ainda não possui pós-graduação, afirma o desejo de realizar pós-graduação *stricto sensu*, o mestrado.

É importante ressaltar que o município de Montes Claros/MG é um polo de residências multiprofissionais que, desde 2015, forma anualmente uma média de dois profissionais do Serviço Social especialistas em Saúde Mental por ano, através do programa de residências em saúde. Vale ressaltar que, atualmente, apenas duas assistentes sociais egressas do programa, formadas respectivamente em 2022 e 2023, atuam na política de saúde mental do município, sendo uma alocada em CAPS e outra na gestão deste setor específico, conforme relato abaixo,

Eu percebo que os profissionais que fizeram residência em saúde mental e alguns saíram e vão trabalhar em outro município. E o município de Montes Claros não aproveita porque, assim, é trabalho de qualidade... você fazer uma residência, sessenta horas semanais... estar no CAPS, estar no Consultório na Rua, está na Estratégia de Saúde da Família e estudando, né? Construindo conhecimento para depois não ser... o município... sabe? [...] quem fez residência e está no CAPS? Apenas uma. A residência é qualidade. E, assim, o município... aí termina, vai conseguir emprego em outro município porque o Montes Claros não... “Contratou fulaninha porque é irmã da enfermeira que trabalha não sei na onde”. Sabe? Acho que precisa... grande parte dos profissionais assistentes sociais que fizeram residência, quem é que está aqui no município atuando? Quem é que foi aproveitado? [...]. Acho que tinha que ter alguma portaria, fez residência, tem que ser aproveitado para trabalhar na saúde mental. Só tem uma que eu conheço. Acho que é isso, assim (E2, CAPS A).

Importante refletir que os programas de residências em saúde é uma ação financiada pelo governo federal voltada para educação em serviço, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Nessa proposta, profissionais graduados e registrados em seus respectivos conselhos recebem bolsas no período de vinte e quatro meses e dividem as 60 horas semanais entre a prática profissional (80%) nos diferentes serviços de saúde pública e as disciplinas (20%) por meio de tutorias, seminários e estágios em docências realizadas na universidade. Ao final do período, outorga-se o título de especialista da área ao profissional que conclui as atividades de forma exitosa e cumpre todos os requisitos de créditos e produções teóricas exigidas.

Em Montes Claros, apesar de existirem três programas de residência – Saúde da Família, Obstetrícia e Saúde Mental –, apenas esse último oferece vaga para o Serviço Social. Trata-se da possibilidade de qualificar a intervenção profissional por meio da articulação contínua entre teoria e prática e da aproximação das universidades com os espaços sócio-ocupacionais. Hodiernamente, tem-se percebido o esforço da coordenação municipal de saúde mental em priorizar a inserção dos egressos em saúde mental na rede de serviços, um movimento que

possibilita o retorno do investimento público na formação desses profissionais para a população usuária dos serviços.

Ainda no que tange à formação continuada, todas as profissionais responderam que periodicamente têm a oportunidade de realizar cursos de atualização na área. Sobre a participação em grupos de pesquisa, duas responderam que participam do Núcleo de Investigação e Pesquisa em Psicanálise e Saúde Mental, onde buscam favorecer trocas sobre a condução dos casos no campo de atuação. Sem dúvidas, o conhecimento mínimo da psicanálise, assim como de outras disciplinas e saberes, favorece a atuação profissional nesse campo diante das discussões de casos entre a equipe e orientação do tratamento dos sujeitos.

No entanto, conforme afirma Iamamoto (2014, p. 124), torna-se necessário que a preocupação em apreender a singularidade dos indivíduos e a de sua condição de vida não obscureçam os elementos mais gerais e coletivos, em que prevalece o dito de que cada caso é um caso. Nesse sentido, aspectos relativos à situação de classe trabalhadora e atinentes à raça, ao gênero, à etnia e a outras diferenças que atravessam o processo de saúde e doença possam ficar negligenciados.

Quanto à participação em movimentos sociais, conselhos de direitos e de políticas representando a saúde mental ou a categoria profissional, uma entrevistada compõe hoje a diretoria regional do Conselho de Serviço Social, outra está como representação titular no Conselho de Assistência, enquanto uma terceira entrevistada está como sua suplente nesse espaço de deliberação e participação social.; enquanto as três que não participam responderam respectivamente: que não tem desejo de participar; que talvez participaria; e a outra que ainda pensa em compor esses espaços. Quando questionadas sobre o que dificultaria essa participação, duas responderam que seria a falta de tempo; uma respondeu que se trata de falta de tempo e de organização pessoal mesmo; e outra destacou a falta de integração entre profissionais mais experientes e mais novos como dificultadores.

Nos primeiros capítulos deste trabalho, enfatizamos a natureza contraditória do Serviço Social na sociedade capitalista, onde o/a assistente social se apresenta enquanto profissional mediador entre as demandas do capital que se expressam por meio das requisições institucionais e as necessidades sociais da classe trabalhadora. Desse modo, entendemos que a participação em movimentos sociais, conselhos de direitos e nos espaços de representação da categoria se apresenta como uma forma de enfrentar a precarização do trabalho e resistir à adaptação acrítica às demandas neoliberais que podem descaracterizar a profissão. Ademais, as formas de organização coletiva possibilitam tensionar o campo de disputas políticas, inclusive no que se

refere à Política de Saúde Mental, para reafirmar os princípios, valores e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

De acordo com Yazbek (2014), o contexto resultante da complexa e multifacetada crise do capital em que se podem destacar as mudanças na esfera da produção, no mundo do trabalho e no próprio caráter das políticas sociais que se tornam cada vez mais focalizadas, demanda uma contínua reinvenção da classe trabalhadora e seu protagonismo político. Isso se aplica também a nós assistentes sociais, visto que sofremos de dupla forma a incidência dessas transformações – enquanto trabalhadores assalariados e enquanto operadores das políticas sociais.

A Lei nº 8.662/1993, estabelece, em seu artigo 4º, inciso IX, que constitui competência do assistente social “prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade”. No que se refere ao campo da saúde mental, os movimentos sociais possibilitam a ampliação da autonomia do usuário frente às suas necessidades e potencializam seu protagonismo na sociedade enquanto sujeito que sofre os rebatimentos das ações, decisões, transformações do espaço político.

Consequente, perguntamos às profissionais se, durante a inserção como profissional no campo, foi possível realizar pesquisas, fazer publicações de trabalhos científicos e/ou acadêmicos. Três responderam que sim e três responderam que não. As que responderam que sim sinalizaram que realizaram através da interlocução com o programa de residência, e uma informou que publicou o trabalho final realizado em sua pós-graduação com a temática voltada para a população em situação de rua.

Os profissionais que não realizaram ainda reconhecem a importância da produção de conhecimento a partir da prática profissional, mas destacam a falta de tempo e disposição pessoal para realizar. Além disso, a falta de mobilização entre os profissionais aparece duas vezes como um dificultador. Tais informações chamam a atenção por sua relação, visto que a “falta de tempo” em razão da sobrecarga de trabalho nos espaços sócio-ocupacionais interfere diretamente nas formas de organização coletiva e na possibilidade de execução de tarefas que estão fora do rol de atividades requisitadas no cotidiano.

Para Iamamoto (2015), a integração entre os fundamentos teórico-metodológicos com a pesquisa de situações concretas que configuram como objeto do trabalho do assistente social ainda se constitui como um desafio para o Serviço Social brasileiro. Nesse sentido, destaca:

É do desvendamento de específicas expressões da questão social, em suas múltiplas relações com o movimento da sociedade, enquanto totalidade

histórica, e, em particular, no campo das políticas públicas, que podem emergir possibilidades de atuação, reconhecendo a trama de interesses nela condensados, impulsionando mudanças, segundo o direcionamento social impresso ao trabalho social (Iamamoto, 2015, p. 241).

Nesse sentido, demonstra preocupação quando o desenvolvimento de pesquisas passa a ocupar o lugar de segundo plano, pois é por meio dessa produção que é possível sistematizar “o conhecimento dos sujeitos que são alvos do exercício profissional, modo de vida, de trabalho e respectivas expressões culturais dos segmentos de classe que constitui a população usuária dos serviços profissionais” (Iamamoto, 2015, p. 241). Ressalta ainda que a possibilidade privilegiada de aproximação à vida cotidiana desses sujeitos tem sido pouco revertida em provocação para pesquisas que busquem elucidar como os usuários vivenciam e enfrentam “as relações de exploração e dominação por meio de conformismos e rebeldias, no interior das quais vão se forjando como sujeitos individuais e coletivos, construindo sua consciência não só como alienação, mas como mediação crítica da história” (Iamamoto, 2015, p. 241).

Para a autora, esse é um pré-requisito para sintonizar o projeto profissional com as efetivas necessidades e interesses das pessoas que utilizam os serviços prestados, bem como com as organizações e movimentos sociais que se expressam coletivamente.

É preciso ressaltar os desafios da prática investigativa diante da intensificação da sobrecarga de trabalho num contexto de precarização do trabalho profissional e das políticas públicas. No caso da nossa pesquisa, todas as entrevistadas demonstram e reafirmam o desejo e o interesse em contribuir por meio da produção de conhecimento. Observa-se por meio das respostas que a pesquisa científica desenvolvida se relaciona diretamente com os programas de pós-graduação e com a Residência Multiprofissional em Saúde Mental do município.

Nesse sentido, faz-se necessário pensar coletivamente estratégias que visem fortalecer cada vez mais esse vínculo e potencializar a produção de conhecimento nesse campo. Um exemplo disso pode ser a formação de grupos de pesquisas permanentes diretamente vinculados com a Universidade Estadual de Montes Claros por meio do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e do curso de Serviço Social da instituição que possibilitem esse espaço de leitura, debates e escrita – entre outras possibilidades – que contribua para a produção de conhecimento, a educação continuada, a qualificação das intervenções e o fortalecimento da identidade profissional nesse campo específico.

5.4 DINÂMICAS, CONDIÇÕES DE TRABALHO E ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE DAS ASSISTENTES SOCIAIS

No que diz respeito ao vínculo com o serviço, iremos abordar neste item aspectos relacionados ao tipo de contratação, aos direitos e à configuração das equipes de trabalho a partir do olhar de nossas informantes, além da percepção das profissionais relacionadas ao adoecimento em razão do exercício profissional.

Todas as entrevistadas informaram que não possuem outro vínculo empregatício enquanto assistente social. No entanto, duas delas auferem renda de outras atividades laborais que executam de forma autônoma. Três das nossas informantes possuem vínculo efetivo, duas ingressando nos serviços no ano de 2006 e uma em 2018.

Nas últimas décadas, o conjunto CFESS-CRESS tem desenvolvido ações afirmativas que visam a fortalecer as competências e atribuições privativas da profissão. A defesa do concurso público para assistentes sociais em diferentes espaços sócio-ocupacionais constitui tema constante de campanhas, manifestações, resoluções e deliberações do conjunto. Entende-se que o vínculo de trabalho efetivo e estável possibilita a ampliação da autonomia profissional, já que aumenta as possibilidades para o exercício profissional ocorrer com maior afastamento do clientelismo, protecionismo e mandonismo, que ainda caracterizam muitos espaços sócio-ocupacionais (Matos, 2015).

Vale ressaltar que vínculos efetivos também diminuem a rotação de profissionais no serviço e possibilitam aos profissionais conhecerem melhor e acompanharem de forma mais próxima as histórias dos usuários dos serviços. Dessa forma, evita rupturas de vínculos construídos e contribui para a garantia de um cuidado longitudinal, particularizado e, muitas vezes, mais efetivo. E no que tange aos aspectos relativos à saúde dos/as assistentes sociais, é notável que a segurança do vínculo empregatício implica em melhores condições de saúde física e mental.

Importante sinalizar também que a Seccional do CRESS/MG em Montes Claros, juntamente com vereadores do município, com o curso de Serviço Social da Unimontes, entre outros atores, participou ativamente das lutas pela abertura de novo concurso público no município, fortalecendo os debates e tensionando a arena política na luta pelo concurso público, o qual agora está em andamento. O último certame foi realizado no ano de 2015, sendo o município, inclusive, notificado pelo Ministério Público de Minas Gerais da necessidade de realização do concurso. Até então, Montes Claros dispunha de um grande número de profissionais contratados, superando o quantitativo de efetivos. Em 2024, tem-se a publicação de dois grandes editais para os diferentes níveis de ensino (fundamental, médio, superior), tanto para a área da educação quanto para a área administrativa (incluem-se as demais políticas, inclusive saúde e assistência social).

As três profissionais que possuíam contratos por tempo indeterminado ingressaram nos serviços a partir de 2019. Uma delas, inclusive, narra que a fragilidade do vínculo impõe receios quanto à forma de agir e se impor em determinadas situações, causando restrições ainda maiores para a relativa autonomia. Vejamos sua narrativa:

Eu tenho procurado investir em cursos preparatórios para concurso, em estudar para concurso mesmo. [...] Pensando mesmo na estabilidade, né? O vínculo de contratado é muito precário. É um ambiente onde você está ali contratada, mas você tem receio de dizer muita coisa. Às vezes, a gente acha que tem questões no serviço que precisam ser mudadas, e aí você tem medo, acho que a palavra é essa, medo, receio de dizer algo e o seu contrato, né? Ser mandado embora. Então acho que o que me motiva estudar para concurso, a procurar essa alternativa, é essa tranquilidade de poder dizer, de poder atuar, de uma forma que você não sinta receio, que você não se sinta acuada e que consiga dizer do seu trabalho de uma forma tranquila (E3, CAPS B).

No que tange à experiência no campo da saúde mental, das seis profissionais entrevistadas, cinco informaram que a inserção na RAPS do município, via CAPS, consistiu enquanto primeira aproximação com o campo, sendo que a outra delas é egressa do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, como já mencionado. Essa constatação não é algo particular da nossa pesquisa, tampouco exclusiva do campo da saúde mental, trata-se de uma realidade brasileira a inserção profissional diante das possibilidades existentes no mercado de trabalho frente a um desemprego estrutural. Estudos, como de Lima (2015), Tomaz (2018), Bedim (2023), demonstram que assistentes sociais entrevistadas citam os CAPS como sua primeira aproximação com o campo da saúde mental.

Esse espaço se apresenta como uma possibilidade de trabalho profissional e, inicialmente, na maioria das vezes, é uma área desconhecida de parte significativa de assistentes sociais. Observemos o seguinte relato:

Desafiador! Extremamente desafiador! Uma área totalmente desconhecida, mas muito prazerosa, sabe? Todos os dias um conhecimento novo, um incentivo novo... às vezes, o que no meu serviço eu percebo é que, primeiro, há uma necessidade de surgir a demanda, para ser estudada e para depois você conseguir dentro do seu campo de profissão, do seu campo de atuação, conseguir orientar, auxiliar, articular junto com aquele usuário o que ele solicita do serviço (E4, CAPS B).

Assim sendo, constitui um desafio diário e permanente se afirmar nesse espaço por meio da busca do conhecimento no que constitui competência comum, atribuições privativas e potencialidades de intervenção nesse campo específico. O programa de residência multiprofissional se apresenta enquanto uma estratégia potente de trocas que favorecem a

qualificação profissional, tanto do residente quanto dos preceptores e equipe, por meio da articulação entre ensino e serviços de saúde.

As profissionais entrevistadas realizam hoje carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Quanto a ultrapassar a carga horária prevista, quatro delas informaram que é pouco frequente, e duas disseram que frequentemente precisam ficar mais tempo no serviço. As razões são distintas, vai desde uma escolha pessoal, como no caso na E2 (CAPS A):

Por exemplo, eu estou atendendo algum paciente e, por exemplo, o médico vai chegar mais tarde e **eu decido** esperar por ele para realizar a discussão do caso, para concluir o atendimento do dia, sabe? Nesse sentido. Mas não é algo recorrente, uma demanda da instituição. É algo que eu tenho procurado dar uma barra nisso, que é uma questão minha mesmo.

Posicionamento que difere da E4 (CAPS B), que afirma:

me preservo esse direito de não estender tanto, uma vez que o serviço não tem um banco de horas, existem algumas possibilidades, mas eu também como profissional não me sinto no direito de extrapolar esses direitos. Então, pra mim é muito tranquilo por uma questão de organização profissional minha de estabelecer horários e critérios. Uma vez ou outra acontece de extrapolar o horário, mas não é nada radical demais, não é nada que estende tanto ou sugue tanto.

No entanto, algo que nos chamou a atenção diz respeito às convocações fora do horário de trabalho, seja por meio de aplicativos de conversas, ligações ou da necessidade das profissionais de articularem intervenções, discutirem casos no contraturno no qual trabalham.

Destacamos alguns trechos:

Acontece até mesmo levar trabalho pra casa, no sentido de estudar algum caso... como eu trabalho à tarde, então, às vezes, de manhã, é o horário que eu preciso fazer alguma articulação com algum profissional, que só trabalha de manhã, e aí eu acabo fazendo essa articulação em casa, de alguma forma, ou ligando para esse profissional. Recebo muitas ligações fora do trabalho, fora do período, nem todas eu consigo responder e às vezes eu peço para entrar em contato quando estiver no local de trabalho, mas às vezes acontece de passar do turno (E3, CAPS B).

Minha carga é de trinta horas e sim, sempre acontece de precisar ultrapassar. Que seja meia hora, existem algumas solicitações de trabalho, convocações fora do horário de trabalho, uma vez ou outra isso acontece (E1, CAPS A).

Esse fenômeno é estudado e entendido por diferentes pesquisadores como um processo de intensificação do trabalho profissional por meio das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), o que tem íntima relação com as transformações ocorridas no modo de produção capitalista e de suas forças produtivas. Para Felix *et al* (2022, p. 86), na fase atual do capitalismo as TICs,

relacionam-se diretamente com o aumento da produtividade e a intensificação do trabalho voltada para a produção de mais-valor, uma vez que impactam tanto no aumento do resultado do trabalho, assim como no maior dispêndio de energias, podendo ser física, intelectual ou emocional dos/as trabalhadores/as.

Desse modo, a incorporação da tecnologia digital ao exercício profissional acaba por demandar do trabalhador dispêndio de energias, inclusive, em seu “tempo de trabalho não pago”. Podemos incluir ao rol de exemplos os grupos de *WhatsApp* institucionais, nos quais o trabalhador precisa escolher entre participar e ficar dentro de informações relevantes para o seu trabalho e, ao mesmo tempo, “conectado” em tempo integral com as demandas do serviço, ou ficar por fora das atualizações.

Quanto à caracterização das equipes multiprofissionais, a Tabela 4 abaixo considera a resposta de cada entrevistada, sendo possível observar diferenças qualitativas e quantitativas nas composições das equipes.

Tabela 4 – Composição das equipes dos CAPS - Pesquisa⁶⁶

Composição da equipe técnica do CAPS
CAPS A – AD
2 assistentes sociais, 4 psicólogas, 2 enfermeiros, 2 oficineiros, 1 assistente administrativo, 1 recepcionista, 3 técnicos de enfermagem, 2 zeladores, 1 auxiliar de farmácia
4 enfermeiros, 2 assistentes sociais, 5 psicólogos, 2 médicos, 2 recepcionistas, 3 zeladores, 1 farmacêutica, 3 técnicos de enfermagem, 2 oficinas, 1 porteiro
CAPS B - AD III
3 enfermeiros, 2 assistentes sociais, 4 oficineiros, 1 farmacêutica, 4 técnicos de enfermagem, 1 recepcionista, 1 assistente administrativo, 3 psicólogas, 1 terapeuta ocupacional
3 médicos, 2 assistentes sociais, 4 enfermeiras, 3 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional
CAPS C - INFANTOJUVENIL
4 psicólogos, 2 enfermeiros, 1 fonoaudiólogo, 1 pedagoga, 1 assistente social, 3 médicos
CAPS D - II
7 psicólogos, 3 enfermeiras, 2 assistentes sociais, 4 médicos (1 psiquiatra e 3 clínicos gerais)

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

⁶⁶Esta tabela foi construída a partir das respostas das profissionais entrevistadas.

Por meio da Tabela 4, é possível observar que, dentre as especialidades que compõem os serviços, as assistentes sociais representam o menor número de profissionais da equipe técnica. De acordo com a Portaria nº 336/GM, de 2002, tem-se as orientações para a composição das equipes mínimas, conforme demonstra o Quadro 5 a seguir:

Quadro 5 - Caracterização e composição dos CAPS conforme a Portaria nº 336/GM/2002 e 3088/2011

TIPO DE CAPS	EQUIPE MÍNIMA	ESPECIFICIDADES	PÚBLICO-ALVO	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	CONTINGENTE POPULACIONAL CONFORME A PORTARIA 3.088/2011
CAPS I	1 médico com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível universitário, 4 profissionais de nível médio	Atendimento de transtornos mentais leves a moderados em municípios menores ou regiões com baixa densidade populacional	Infanto juvenil e adultos com transtornos mentais severos e persistentes e prejuízo do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas.	Segunda a sexta-feira, 8 horas por dia	Municípios com até 70 mil habitantes
CAPS II	1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior, 6 profissionais de nível médio	Atendimento de transtornos mentais graves em municípios de médio porte ou regiões mais populosas	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes	Segunda a sexta-feira, 8 horas por dia	Municípios com 70 mil a 200 mil habitantes
CAPS III	2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível universitário, 8 profissionais de nível médio. Equipe para acolhimento noturno: 3 técnicos/auxiliares de enfermagem supervisionados por enfermeiro e 1 profissional de nível médio da área de apoio Equipe para 12 horas diurnas: 1 profissional de nível universitário, 3 técnicos/auxiliares de enfermagem supervisionados por enfermeiro e 1 profissional de nível médio da área de apoio	Atendimento intensivo e 24 horas para casos graves e em crise, com possibilidade de acolhimento noturno	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de atenção contínua	24 horas por dia, todos os dias da semana	Municípios com mais de 200 mil habitantes

(CONTINUA)

(Continuação) Quadro 5 - Caracterização e composição dos CAPS conforme a Portaria nº 336/GM/2002 e 3088/2011

TIPO DE CAPS	EQUIPE MÍNIMA	ESPECIFICIDADES	PÚBLICO-ALVO	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	CONTINGENTE POPULACIONAL CONFORME A PORTARIA 3088/2011
CAPS i	1 médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior, 5 profissionais de nível médio	Atendimento especializado infantojuvenil para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e prejuízo decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas	Crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes	Segunda a sexta-feira, 8 horas por dia	Municípios com mais de 150 mil habitantes
CAPS AD	1 médico psiquiatra, 1 médico clínico, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível universitário, 6 profissionais de nível médio	Atendimento especializado para usuários de álcool e outras drogas em cidades de médio porte	Adultos com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas	Segunda a sexta-feira, 8 horas por dia	Municípios com mais de 100 mil habitantes
CAPS AD III	1 médico clínico, 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível universitário, 4 técnicos de enfermagem, 4 profissionais de nível médio, 1 profissional de nível médio para atividades administrativas - Equipe para acolhimento noturno: 1 profissional de nível universitário, 2 técnicos de enfermagem supervisionados por enfermeiro e 1 profissional de nível médio para atividades administrativas	Atendimento especializado 24 horas para usuários de álcool e drogas com possibilidade de acolhimento noturno breve e apoio contínuo	Adultos com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, com necessidade de acolhimento noturno	24 horas por dia, todos os dias da semana	Municípios com mais de 200 mil habitantes

Fonte: Elaborada pela autora (2024)

Assim sendo, os profissionais que compõem obrigatoriamente as equipes são os médicos e enfermeiros, as outras especialidades estão a cargo da escolha da gestão local. Diante disso, é recorrente a presença de assistentes sociais em menor número nos CAPS, se comparado com outras categorias. Lima (2015), em seu estudo aponta que ainda é comum encontrar esses serviços sem o profissional do Serviço Social.

A Portaria GM nº 336/2006, ao definir a organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), não especifica quais profissionais de nível superior devem compor as equipes multiprofissionais, o que deixa em aberto a escolha das categorias profissionais pelos gestores. Essa ausência de regulamentação resulta em lacunas significativas na composição das equipes, especialmente no que diz respeito à presença de assistentes sociais, que são fundamentais dentro da proposta de cuidado em saúde mental, preconizada pela política de saúde mental.

Na prática, observa-se uma prevalência de psicólogos e enfermeiros nos CAPS, enquanto os assistentes sociais, quando presentes, estão em número reduzido, comprometendo a integralidade do atendimento e a capacidade de responder às demandas sociais dos usuários e suas famílias. A ausência de normativa permite que o trabalho do assistente social seja frequentemente subvalorizado e subdimensionado, limitando o alcance da atenção integral preconizada pela política de saúde mental.

Quanto à composição das equipes, todas as entrevistadas afirmaram que as equipes multiprofissionais poderiam ser mais completas caso incluíssem outras profissões, e 5 afirmaram que, em relação ao número de profissionais por categoria, também sentem que esse deveria ser ampliado.

Com relação ao número de profissionais que compõem a equipe, tem-se as seguintes afirmações:

Não. Na verdade, a informação que a gente tem é que a equipe está completa, mas, pelo fluxo de trabalho e atendimento demandados no CAPS, não é suficiente (E1, CAPS A).

Eu acredito que não. O número está bem reduzido. A gente teve algumas mudanças nos serviços e aí algumas pessoas saíram, mudaram de serviço e o número está bem reduzido. A equipe fica muito sobrecarregada, né, em todos os sentidos. Às vezes, a gente não dá conta de atender toda demanda dos pacientes, às vezes eu percebo que **os profissionais fazem as intervenções corridas, porque precisam de atender outras pessoas**, e aí não se dedicam o tanto que eles gostariam ou deveriam, né, na escuta ou nas outras articulações. Especificamente, para a gente do Serviço Social, eu acho muito difícil porque às vezes **a gente fica só no atendimento e dificulta as articulações, dificulta a discussão de caso, dificulta uma articulação, por**

exemplo, com um serviço da assistência, dificulta uma visita domiciliar... então, eu percebo que a gente fica muito no atendimento, como se fosse um ambulatório mesmo. Nesse atendimento individual. Aí a gente tem que ficar fugindo disso o tempo todo, mas é muito difícil por causa do número reduzido e da grande quantidade de demanda (E3, CAPS B).

Importante destacar que, segundo a entrevistada E3 (CAPS B), foi realizada uma pesquisa e constatado que o CAPS II, à época, realizava diariamente mais atendimentos que uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de referência da cidade, que dispõe de uma equipe de trabalho bem mais ampliada. Como destacamos no item precedente, o município foi qualificado e já recebeu verba do governo federal para implantação de dois novos CAPS. Além disso, a equipe do CAPS III (antiga tipologia II) recebeu uma equipe noturna e ampliou a oferta de cuidados. Entendemos que as mudanças que os serviços de saúde mental têm vivenciado vão impactar diretamente no trabalho profissional e na descentralização de atendimentos, tendo em vista que os atendimentos tendem a ser ofertados por territórios de abrangência.

Quatro entrevistadas afirmaram que o número de assistentes sociais é pequeno para o montante de demandas do serviço. A narrativa da E3 (CAPS B), citada anteriormente, evidencia que, em razão das demandas imediatas e urgentes, as atribuições mais específicas do Serviço Social vão ficando secundarizadas. Da mesma maneira, a entrevistada E2 (CAPS A) afirma: “*you want to do something, you are there, sitting, producing a social report, you want to call for a CRAS, and (nome), there is a patient for you. (nome), there is not a queue*”. Ao discorrer sobre a atuação como técnica de referência, uma competência também das assistentes sociais no CAPS que será apresentada no próximo item, a mesma profissional acrescenta que

Gosto, mas eu acho, assim, que em todos os CAPS deveria priorizar mais as atribuições privativas, **elas ficam mais em segundo, às vezes em terceiro plano**. Que é realizar um estudo social, um relatório social, porque precisa ter qualidade, acho que é importante, porque se o médico do INSS precisar, ele vai ter acesso, vai contribuir para que ele tenha uma visão mais ampliada. Vamos supor, se for um benefício de prestação continuada, como o sujeito vai para o CAPS? Ele vai sozinho? Acompanhado? Vai a pé? Sai do Jardim Primavera (*bairro da cidade*) e vai a pé para o CAPS, para uma permanência? Não conseguiu o Bolsa Família, tem direito ao BPC. Aí eu percebo que, na correria, o médico não vai conceder. E aí eu percebo que isso interfere um pouquinho quando a gente fala sobre as atribuições privativas. Porque tem a competência profissional que você vai fazer, realizar um atendimento que o psicólogo também realiza, que o enfermeiro também realiza. Mas tem algo que é privativo da sua atribuição. Por exemplo, colocar por exemplo, grupo de família, colocar lá na escala. Segunda-feira, (*nome*) está no grupo de família. Se tiver atendimento ou outro paciente, vamos conduzir para outro profissional porque segunda-feira é o grupo de família. Eu lembro de uma colega falando que no CAPS AD, a família não participa muito, não está muito presente, que os vínculos estão rompidos. E o que que a gente pode estar

fazendo para estar melhorando nesse sentido, sabe? Acho que é isso? (E2, CAPS A).

No mesmo sentido, a E1 (CAPS A), sinaliza a dificuldade de até mesmo cumprir um planejamento prévio:

As dificuldades encontradas ao desenvolver um plano, na maioria das vezes, estão ligadas ao fluxo de trabalho. Então, assim, eu chego naquele dia pra desenvolver uma atividade com o paciente na permanência, ou para desenvolver um passeio com ele, que é a proposta da sexta-feira. Mas aí falta... o meu colega daquela equipe que disseram estar completa, mas quando ele não vai outra pessoa tem que substituir e aí, pelo fluxo de trabalho, você não consegue fazer sua proposta de trabalho inicial e ainda tem que ficar fazendo outras coisas para ficar substituindo ou tentar “apagar fogo” e realmente tentar fazer com que o serviço funcione. E aí a gente prioriza mais o paciente de crise do que aquele que está estabilizado. Então tem uma dificuldade sim de manter a proposta de trabalho.

As narrativas revelam que a sobrecarga de trabalho, especialmente ligada à insuficiência de recursos humanos nos CAPS, leva os profissionais a voltarem seus esforços para substituição de outros profissionais, às vezes atropelando seus próprios planejamentos e atuando eminentemente com demandas emergenciais. Esse contexto de “apagar incêndios” dificulta que cada profissional se dedique plenamente às atividades específicas de sua área, ou limita o potencial de contribuição de cada categoria. No caso do Serviço Social, tarefas como o desenvolvimento de ações planejadas, a articulação intersetorial ou mesmo uma escuta mais atenta aos sujeitos, tornam-se desafios. Essa restrição compromete a integralidade do trabalho e enfraquece o suporte continuado, tão necessário para o atendimento psicossocial.

No que se refere à especificidade das categorias que compõem a equipe multiprofissional hoje no CAPS, as entrevistadas destacaram que sentem falta do profissional da educação física (2), terapeuta ocupacional (3), pedagogo (1), FONOAUDIÓLOGO (1). Além disso, a assistente social E2 (CAPS A) discorre sobre a necessidade de mais profissionais da psicologia e explica: *“porque, por exemplo, os pacientes que eu acolho e assumo a referência vai precisar de um psicólogo e, volta e meia, eu me vejo... tem dois que trabalham à tarde, mas que tem os pacientes que eles acompanham, os pacientes de outros colegas e os meus. E acaba tendo muita demanda”*. Acrescenta ainda: *“[...] porque, se é um serviço de saúde mental, acho que a psicologia tem que estar junto, sabe? [...]”* (E2, CAPS A).

Podemos inferir que a narrativa supracitada, em que a entrevistada justifica a necessidade do aumento do número de psicólogos no serviço, indica a tendência de um entendimento comum, mas problemático, em que se presume a necessidade de acompanhamento psicológico para todos os usuários atendidos no CAPS, proporcionando uma

possível “psicologização” das demandas. Esse entendimento parece reduzir o sofrimento psíquico a uma perspectiva exclusivamente psicológica, desconsiderando que ele é amplamente moldado por condições materiais, experiências e relações sociais dos indivíduos. Nesse sentido, é importante lembrar que a saúde mental não se restringe ao suporte terapêutico individual; o sofrimento psíquico está intrinsecamente ligado a vivências no mundo concreto, incluindo fatores como desigualdade, violência, precarização do trabalho e exclusão social.

Assim, embora alguns usuários possam de fato exigir o acompanhamento psicológico constante, outros podem se beneficiar mais de intervenções que priorizem a compreensão de suas condições de vida e a articulação com a rede social e serviços públicos – inclusive aqui se apresenta a necessidade de diferentes saberes nesse campo. É necessário, portanto, que o trabalho multiprofissional no CAPS reforce uma abordagem abrangente e contextualizada, promovendo um cuidado que vai além da perspectiva individualizante do sofrimento ou do adoecimento, respeitando as especificidades e necessidades diversas dos sujeitos. Isso poderia desafiar a centralidade do psicólogo como referência principal para todos os casos, promovendo um olhar ampliado sobre o adoecimento psíquico e potencializando a contribuição de outras áreas, como o Serviço Social, que traz essa perspectiva crítica e integradora.

Ainda no que tange à quantidade de profissionais na equipe, observamos que esta queixa se relaciona diretamente com as questões do adoecimento. Com equipes reduzidas e um número insuficiente de profissionais em relação à complexidade das demandas dos serviços, sobretudo às relacionadas ao adoecimento mental, a sobrecarga de trabalho torna-se excessiva. Observemos as seguintes narrativas, quando perguntamos se as entrevistadas consideram o ambiente de trabalho adoecedor:

Recentemente, a minha colega, assistente social do horário matutino, está em licença, já tem uns três meses... **um estresse, uma estafa extrema, em razão da demanda de trabalho e da burocracia** que acaba que é, que foi a automação do serviço, que é essa questão de sistemas. Então, além disso, a gente teve que se adequar a esse sistema. E ela, eu acho que ela... já tinha um fluxo muito grande de trabalho e ainda a gente tinha que, tem que fazer essa evolução no sistema. Pra ela, essa parte foi bem desgastante, tem outras coisas, eu acho que foi realmente o número de, né, trabalho que adoeceu e ela encontra-se afastada. Outros colegas, vários, vários... essa semana, hoje, por exemplo, eu trabalho, eu falei com cinco pessoas, três estavam de atestados e eu estava praticamente só, atendendo todo fluxo. Então isso também é muito... acontece muito, de **vários profissionais estarem de atestado juntos e sobrecarregar outros. Aí uns adoecem, outros melhoram... uns adoecem, outros melhoram** (E6, CAPS D).

Então eu acho que o ambiente de CAPS, ele potencializa sim, um adoecimento. A gente trabalha muito com as fragilidades humanas e a gente

tem que estar em alerta quase o tempo todo do trabalho e isso é desgastante (E1, CAPS A).

É possível observar que a sobrecarga de trabalho nos CAPS é evidente. Percebe-se um desejo da equipe em atender às demandas de forma qualitativa, no entanto, a ausência de condições objetivas contribui para o aumento do desgaste psicológico, da ansiedade e do estresse entre os trabalhadores do serviço. No contexto de atenção às crises severas e persistentes nos CAPS, tais circunstâncias muitas vezes vão demandar tempo para uma escuta cuidadosa do usuário e sua família, tem-se as discussões com a equipe, articulações intersetoriais e uma atenção individualizada aos usuários. Diante disso, o trabalho no CAPS não se adequa a uma abordagem meramente quantitativa, mas exige qualidade e atenção individual para cada demanda que chega na unidade. Diante de uma equipe reduzida, esse trabalho se torna cada vez mais desafiador e adoecedor. Observemos a seguinte narrativa,:

Eu acredito que sim, até pela sobrecarga mesmo. Lidar com a saúde mental não é fácil, a gente precisa se cuidar também. [...]. Os profissionais, **eles querem tapar os furos, e aí se doam ao máximo e vão à exaustão mesmo.** Percebo muitos profissionais que têm que sair quatro horas da tarde, sair de lá às sete horas porque não deram conta de fazer tudo que tinham que fazer, profissionais que pegam casos bem difíceis no manejo e não sabem muito como direcionar, o que tem acontecido muito, a questão social muito presente. O profissional está com aquele paciente, aquele usuário, né? E aí no final do dia aquele usuário não tem suporte familiar, e ali **você vê a angústia do profissional em não saber muito o que fazer**, não saber muito onde buscar respostas. A gente tem um suporte bacana da coordenação, mas, às vezes, é difícil, e o profissional fica angustiado com isso (E3, CAPS B).

Essa situação é agravada pelo volume e diversidade das expressões da “questão social”, que se aprofundam em um contexto de crise do capital e de políticas neoliberais, em um ambiente onde o sistema não oferece condições materiais e humanas específicas capazes de responder às necessidades sociais de forma resolutiva. Nesse contexto, as assistentes sociais enfrentam a frustração e a angústia de lidar com demandas para as quais não possuem os recursos necessários para responder integralmente.

Diante desse cenário, a situação alienante no modo de produção capitalista, como discutida por Marx e apresentada no capítulo 2 desta dissertação, faz com que o trabalho deixe de ser uma atividade criadora de realizações humanas e se transforme em uma prática de subsistência, fragmentada e alienada. Esse distanciamento entre o que o profissional idealiza e o que consegue realizar gera sentimentos de insatisfação e adoecimento emocional, intensificados pela falta de autonomia e pelas condições de trabalho impostas pela lógica capitalista, que não valoriza o trabalho como uma atividade de realização humana, mas sim

como um meio de sustentar a acumulação de capital. Essa é uma realidade evidenciada nas seguintes narrativas:

Eu, inclusive, fiquei afastada do CAPS (II, agora tipologia III). Desde o início, fiz alguns movimentos para trabalhar na Secretaria de Desenvolvimento Social, mas como eu estava no estágio probatório, me informaram que mudança de uma secretaria para outra só seria possível depois de três anos. E depois de três anos, eu fiz esse movimento, mas o coordenador de saúde mental acabou negando, usando a justificativa que havia poucos profissionais, a equipe era mínima. Como? Aí acabou indeferindo... já tirei alguns atestados, só que o ápice foi o ano passado. [...] e aí, mas eu tava num... eu tenho um transtorno de ansiedade, faço uso de medicamentos psiquiátricos, deveria estar fazendo terapia e análise, mas parei. Mas estou fazendo um movimento de cuidar do corpo, da mente e espírito. Aí eu fiquei afastada, né? Trocou o gerente e eu percebi que “gente, **não vai dar para eu continuar aqui não**”. E aí eu falei para ela desse desejo de sair do local, ela informou a coordenação e aí, enquanto isso não acontecia, eu fui para consultas com psiquiatras e fiquei afastada de dezembro (de 2023) até o final de março (de 2024). Depois eu fui ao psiquiatra novamente, eu disse que tinha conseguido mudar de trabalho, mas ele optou por me manter afastada mais trinta dias. Depois eu falei que iria tentar, pedi para mudar, consegui, perto da minha casa... vou aproveitar essa oportunidade e estou lá. Está sendo algo muito positivo, sabe? (E2, CAPS A).

Condições precárias de trabalho; muita demanda. Porque assim, é a alta complexidade da saúde mental, a alta ou a média... , mas, assim, são sujeitos em sofrimento psíquico intenso, sujeitos com risco de tentativa de autoextermínio e, se não tiver um cuidado, um trabalho com a família, com o sujeito adoecido em sofrimento, e aí, assim, acaba... pensa, você, todos os dias, atendendo essas demandas e isso vai acumulando, acumulando, acumulando. Você fica preocupada, porque tem pacientes com demanda de internação, às vezes, não tem vaga, aí você vai tomar a decisão, liberar esse sujeito, liberar como... são muitas pessoas em sofrimento psíquico com histórico de abuso na infância. Histórico de abuso sexual, o desemprego, ou então as condições de trabalho precário. São muitos fatores que interferem, sabe, no adoecimento e que acaba intensificando o sofrimento do sujeito. [...] causa uma angústia no profissional; você quer realizar algo, você está lá, sentada, produzindo um relatório social, você quer ligar para um CRAS, e “(nome), tem paciente para você. (nome), tem não sei quantos na fila”. Acho que essa demanda extenuante, sabe? Esse contingente populacional é o mais adoecedor (E2, CAPS A).

As narrativas revelam que, mesmo que considerem a determinação social do processo saúde e doença, muitas vezes elas são compelidas pela demanda imediata dos serviços, que estão imersos na lógica biomédica e medicamentosa, desconsiderando os aspectos sociais que influenciam o adoecimento mental. Tem-se aqui um importante elemento que influi diretamente na particularidade do trabalho profissional na saúde mental: é possível consolidar e legitimar uma prática profissional que fortaleça a identidade profissional do Serviço Social diante de um contexto que não oferta as condições estruturais, materiais e humanas para isso?

5.5 COTIDIANO DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS

De acordo com José Netto (2000), a vida cotidiana é uma dimensão insuprimível da existência humana e social, visto que não há possibilidade de sociedade sem cotidianidade, assim como não há humanidade sem a vivência do cotidiano. Esse pode ser caracterizado por um padrão de comportamento em que o pensamento e a ação estão intimamente relacionados, configurando uma conduta imediata em um universo complexo e heterogêneo. Contudo, o autor enfatiza que essa dimensão privilegia a superficialidade em detrimento de análises mais profundas sobre as relações sociais que a estruturam. Netto (2000) também destaca que o cotidiano é um espaço privilegiado para a manifestação das relações sociais e das estruturas de poder, ao mesmo tempo que reproduz uma ideologia dominante. Desse modo, esse processo de reprodução naturaliza a realidade social, dificultando o desenvolvimento de uma consciência crítica por parte dos indivíduos. Nesse contexto, afirma que se torna essencial adotar uma abordagem teórico-metodológica fundamentada no sistema categorial – particularizada na obra marxiana – que permita desvelar essas práticas naturalizadas e compreender as dinâmicas históricas e estruturais que moldam a vida cotidiana.

Solicitamos a nossas informantes que descrevessem um pouco do cotidiano profissional. De modo geral, observamos similaridades na forma como os serviços se organizam para os atendimentos, apesar de suas particularidades. Assim sendo, as assistentes sociais relatam que os serviços dispõem de escalas de revezamento em que os diferentes profissionais que compõem a equipe técnica estão inseridos. Nessa escala, constam atividades como o acolhimento externo e permanência dia, entre outras.

Como já mencionado, os CAPS desse município também recebem usuários por demanda espontânea e ainda aqueles encaminhados de outros pontos da rede e de diferentes políticas e instituições. Dessa forma, as profissionais relatam que, no acolhimento, busca-se compreender os motivos que levaram o sujeito até o CAPS e se esse apresenta os critérios para ser admitido, ou seja, se possui demandas de saúde mental graves e persistentes. Após realizar uma primeira escuta, que é denominada “acolhimento externo”, o caso é discutido pelo profissional com a equipe multiprofissional, em que são tirados os encaminhamentos e as intervenções.

Não constatados os critérios para admissão, o usuário é contra referenciado⁶⁷ à atenção primária para que seja acompanhado nesse nível de atenção. Caso percebida a necessidade do cuidado em CAPS, a equipe decidirá conjuntamente as intervenções a serem feitas, por exemplo, o atendimento médico de forma imediata ou não, a avaliação pela equipe de enfermagem, a escuta de um profissional da psicologia, o encaminhamento para o Hospital Geral, podendo ser para avaliações de questões clínicas ou especificamente para o leito de saúde mental. Nesse momento, também é pensado sobre a frequência de retorno desse paciente podendo se constituir em um projeto terapêutico intensivo, semi-intensivo, não intensivo. Assim, esse sujeito passará a ser acompanhado pelo CAPS até que receba alta e possa ser acompanhado pelo nível primário de assistência.

De acordo com as profissionais, na maioria das vezes, todas as intervenções são discutidas e decididas coletivamente com a equipe profissional. Além dessa atividade específica, as profissionais também realizam atividades coletivas, articulações intersetoriais, atendimento socioassistencial, participam e conduzem grupos, nas denominadas oficinas “terapêuticas”, realizam reuniões com familiares, participam do planejamento e organização de eventos da instituição. Na seguinte narrativa, a entrevistada descreve brevemente o cotidiano profissional:

No CAPS, nós temos uma escala bem rígida de todos os tipos de serviços. Então tem uma escala diária com todos os profissionais que estão no horário. Tem a triagem⁶⁸, tem o acolhimento, tem a oficina em permanência, tem... as oficinas que forem do dia. Então, cada dia, um profissional vai estar em alguma dessas atividades, e aí a gente troca ideia, no final, sobre como o paciente participou de tal oficina, qual foi o ganho, qual foi a observação, por exemplo. No acolhimento, a gente leva ao grupo as demandas iniciais daquela situação chegada no CAPS pela primeira vez, na permanência, também, a gente leva todas as demandas da medicação do dia, que aquele paciente tem que levar... os projetos terapêuticos, ele retorna com uma semana, diariamente, como vai ser. Então, cada dia, a gente participa dessa escala e a gente tem que dar conta e responder a todas as demandas da escala proposta (E6, CAPS D).

⁶⁷No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), **referência** e **contrarreferência** são mecanismos que visam garantir a continuidade do cuidado e o acesso adequado aos diferentes níveis de atenção à saúde. O termo “**referência**” refere-se ao encaminhamento do usuário para um serviço de saúde em um nível de maior complexidade. A **contrarreferência** é o processo pelo qual o paciente, após ser atendido no nível especializado, retorna para o nível de atenção primária ou para o serviço de origem, onde o acompanhamento de seu atendimento pode ser realizado (Brasil, 2011).

⁶⁸A “**triagem**” aqui é uma primeira avaliação realizada antes do acolhimento, em que são aferidos os dados vitais do usuário a ser atendido (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação, entre outros). Essa prática só foi localizada na fala de uma entrevistada de um CAPS específico.

Para tentar ilustrar melhor a rotina de trabalho e as atividades realizadas, a partir das respostas das entrevistadas, elencamos quatro eixos onde agrupamos as principais atividades realizadas no cotidiano profissional. São elas: 1) atividades de acolhimento e atendimento direto ao usuário; 2) atividades de intervenção comunitária; 3) atividades de atendimento coletivo e familiar; 4) atividades de planejamento e trabalho em equipe.

No que se refere ao eixo 1), atividades de acolhimento e atendimento direto ao usuário, tem-se os: a) acolhimentos externos ou iniciais e; b) a função do técnico de referência; c) o atendimento socioassistencial.

a) O acolhimento externo ou inicial:

O acolhimento é uma das atividades realizadas pelos profissionais de nível superior nos Centros de Atenção Psicossocial e pode ser definido a partir de diferentes perspectivas. Neste item, apresentaremos algumas delas considerando as narrativas das profissionais entrevistadas e abordaremos sobre o lugar do assistente social nessa função específica.

Por meio dos dados obtidos, ficou clara, pelas narrativas das entrevistadas, a noção de que o acolhimento não se restringe a uma triagem ou entrevista, definições que historicamente perpassam esse atendimento no campo da saúde pública (Scheibel; Ferreira, 2012). A concepção de acolhimento ultrapassa a dimensão burocrática limitada a critérios pré-estabelecidos, mas pauta-se numa escuta cuidadosa, qualificada, no estabelecimento de um elo de confiança entre os sujeitos (trabalhadores e usuários/família) (Jorge *et al.*, 2011).

Desse modo, “*o acolhimento acontece em todos os atendimentos*” (E3, CAPS B). No entanto, nos serviços em que atuam as entrevistadas, o acolhimento se insere enquanto uma das atividades para qual são escaladas semanalmente. Nessa proposta, o acolhimento é definido como o primeiro atendimento do sujeito no CAPS, além do atendimento de usuários que receberam alta ou deixaram de comparecer ao serviço durante período determinado por cada instituição.

Sendo assim, considerando que os CAPS são serviços especializados de média complexidade destinados às pessoas com transtornos graves e persistentes, faz parte da dinâmica do serviço que nesse acolhimento o usuário seja avaliado quanto ao quadro de saúde psíquico, e algumas vezes também são avaliados outros elementos, como pressão arterial, batimentos cardíacos etc., para verificar a im/possibilidade do acolhimento ocorrer. No que se refere ao CAPS AD, uma de nossas informantes destaca algumas informações que busca identificar e conhecer, nesse atendimento:

Na clínica do CAPS AD, a gente tem muito cuidado com a questão do corpo, porque o uso de substâncias traz muitas questões biológicas também. Então, o que eu sempre olho durante o acolhimento? Se aquele usuário, naquele momento, tem condição de conversar. Então a primeira coisa, o usuário chegou no Serviço, a enfermagem vai ver os dados vitais. Se os dados vitais estiverem tranquilos, ok, aí a gente começa uma conversa.[...] E aí a gente investiga como está a vida daquele sujeito, a gente pergunta sobre o uso de substâncias, qual foi a última vez que fez uso, qual a substância que faz uso... a própria questão do estado mental, da organização.[...] E aí no acolhimento é isso, a gente faz esse primeiro atendimento, sempre tem perguntas, que eu falo que são perguntas essenciais para a gente conseguir conduzir, ali, aquele atendimento, que é a questão, pensando na clínica de álcool e drogas, que é a questão da substância, qual foi a última vez que fez uso, como está esse uso, a gente verifica se esse usuário, ele está orientado, se ele está organizado... a questão do pensamento de morte também tem que ser uma pergunta presente, a gente não pode ficar com receio de perguntar sobre isso, para a gente avaliar se tem um risco ali de uma ideação ou não (E3, CAPS B).

Aí você chama esse sujeito para o acolhimento, identifica qual a demanda dele, como ele está, se você perceber que ele não está muito bem, você tem que pedir para o técnico de enfermagem para avaliar. Será que ele está com taquicardia, com sudorese, passando mal, sentindo falta de ar... e aí você realiza a escuta, verifica a demanda do sujeito, se ele possui critérios, naquele momento, para ser admitido em CAPS. Se não, você precisa realizar uma articulação, entrar em contato com a Estratégia de Saúde da Família, porque, muitas vezes, só o encaminhamento não vai possibilitar que o sujeito tenha um atendimento de qualidade na rede de saúde mental (E2, CAPS A).

O acolhimento inicial, ele é um geralzão. É onde você vai perceber se aquele paciente encontra-se em crise e se ele é público do serviço (E1, CAPS A).

Observa-se, por meio dos dados, que o acolhimento se configura também como espaço onde o usuário é avaliado, ainda que minimamente, quanto ao seu estado biopsíquico em razão das condicionalidades para admissão ou não em CAPS. Em relação a isso, quatro das seis profissionais entrevistadas demonstraram algum tipo de desconforto ao iniciar esse tipo de atendimento nos serviços. Vejamos:

Isso, no início, pra mim, foi difícil. No início de quando eu entrei na residência eu ficava perdida; “como eu vou avaliar se o usuário está delirante, se tá organizado ou não, se ele tem pensamento de morte com ideação, se é uma ideação consistente, se é um caso de hospital...”. Acho que isso no início foi difícil, principalmente porque o meio da saúde mental ainda é um meio muito permeado pelo saber psíquico, principalmente da psicanálise. [...] Já tive, muito no início, quando eu comecei a residência, receio de atender alguns usuários, principalmente pensando nas questões do sofrimento mental. Eu acho que eu ainda carregava comigo um estigma que está na sociedade; hoje isso é muito tranquilo, até pelos estudos e pela convivência mesmo no dia a dia dos serviços. Pra mim, manejar uma crise tá sendo muito mais tranquilo e se eu ver que eu não dou conta, realmente eu vou chamar outro profissional para me ajudar no manejo (E3, CAPS B).

Nesse CAPS, já é algo que eu percebo que, é pra mim, tem sido algo mais leve. Não é que o paciente de CAPS AD não sofra, mas, fazendo um paralelo entre o CAPS AD e o TM, tem uma carga de sofrimento do sujeito muito intensa, tem uma história de muito sofrimento, de violações, de abusos. E, no CAPS AD, eu percebo que são pacientes que têm um nível de organização psíquica... eles são mais organizados, psiquicamente. Não são todos, beleza, mas têm uma autonomia maior. Deixe-me ver o que mais... eu percebo que, nesse sentido, é mais leve. Como falei anteriormente, essa questão do suicídio é um complicador pra mim. Já trabalhei isso, no período que eu fazia análise/terapia, ajudou muito, consegui ficar cinco anos e pouco lá no Helena Macedo, mas eu gosto de realizar acolhimento, sabe? Entender a realidade do sujeito (E2, CAPS A).

Não me sinto confortável até hoje com paciente que tem que ser contido, contido até verbalmente... eu acho que tem outros profissionais que conseguem fazer isso muito melhor, né? Mas... pacientes que chegam agitados, em crise mesmo, e que precisa de uma contenção verbal com mais ênfase (E6, CAPS D).

É possível observar que, a priori, o acolhimento suscitou conflitos quanto à competência profissional para exercer tal função. No entanto, todas as profissionais relatam que o tempo de experiência no campo e os estudos possibilitaram os conhecimentos necessários para apaziguar as tensões. Além disso, destacam o apoio da equipe multiprofissional como um dos fatores importantes desse processo.

Entretanto, uma profissional destacou que, em sua opinião, médicos e enfermeiros são os que deveriam realizar o acolhimento, assim como nos hospitais. De acordo com ela, tal mudança possibilitaria que os profissionais da equipe multiprofissional se dedicassem às atividades específicas de sua profissão. No entanto, tal proposta caminha em direção oposta ao modelo psicossocial instituído após anos de luta do movimento da reforma psiquiátrica antimanicomial. No antigo modelo, o cuidado estava centralizado na figura do médico e vigorava uma assistência com poucas ou nenhuma contribuição de outros saberes profissionais. O modelo de atenção psicossocial propõe justamente o rompimento com a centralização do olhar biomédico e das formas de cuidado baseadas na medicalização do sujeito.

O que se tem percebido é que a precarização das políticas sociais e o número reduzido de recursos humanos dificulta e, por vezes, inviabiliza que as profissionais dediquem tempo ao que é peculiar de cada profissão. Além disso, a proposta do trabalho em equipe é diretamente impactada, já que atender de forma conjunta, ou mesmo discutir casos com um número maior de categorias passa a ser mais difícil num contexto em que todos/as trabalhadores/as, ou a maioria deles/as, passam a estar empenhados/as e ocupados/as nas atividades urgentes e imediatas do serviço.

Em contrapartida, todas as profissionais destacaram informações importantes e relevantes relacionadas ao seu saber específico que são observadas no acolhimento. Além das questões relacionadas à família, renda, benefícios, documentação e inserção em programas sociais, o olhar quanto à articulação entre os serviços das redes aparece destacado como particularidade do acolhimento realizado pelas assistentes sociais:

Um diferencial, assim, durante o acolhimento é que eu sempre pergunto às questões sociais, tento avaliar as expressões da questão social presentes para já entender se tem alguma intervenção naquele momento. Então eu pergunto sobre a família, eu pergunto sobre renda, eu pergunto se tem acesso a benefício, se tem documentação. Então são perguntas que eu costumo fazer. Aí a gente vai fazendo as intervenções (E3, CAPS B).

No acolhimento, especificamente, eu, assistente social, e mediante a minha experiência profissional em CAPS, eu tento focar em muitas questões específicas que eu tenha a capacidade de analisar melhor. Então, meu foco maior é na família, na renda, se está inserido em programas, projetos, na vida social... não deixando de olhar a queixa principal que é o nosso foco do CAPS, que é a crise. Mas sempre tentando focar nessa questão da minha competência e do que eu dou conta (E6, CAPS D).

[...] no acolhimento do Serviço Social, eu tento perceber qual o grau da crise do paciente, o que está acontecendo com ele no momento, mas eu vejo que é importante também, no decorrer dessa entrevista, saber sobre o vínculo social: se ele tem família, se ele ainda mantém o trabalho, se tem algo que sustente ele para que ele queira estar ali, para que tome a medicação, para ele seguir dentro da proposta que a gente vai fazer, né, que o Serviço vai fazer para ele. Eu percebo que outra categoria observa, ou então prioriza, outras questões. Então assim, para o Serviço Social, eu entendo que isso é importante, porque uma pessoa que tem vínculo empregatício talvez eu tenha que ter o cuidado de não deixar que ele perca esse vínculo, né? Então, eu preciso pensar em horários que ele retorne que não prejudique ele no trabalho, tenho que pensar no horário extra para estar atendendo ele ou para estar marcando psicólogo. Então eu acho que essa questão para o Serviço Social é muito importante. Perceber se a família está ali no intuito de estar auxiliando ou se essa família é um prejuízo maior do que um benefício para esse paciente, então acho que esses são os olhares do Serviço Social que faz a diferença lá na frente, na ressocialização dele (E1, CAPS A).

Apesar dos desafios, as seis profissionais declararam que gostam de realizar a escuta durante o acolhimento e demonstram que com o passar do tempo, os estudos e a experiência no campo às particularidades da área vão sendo mais bem apreendidas, o que favorece que esse lugar do acolhimento profissional, mesmo diante das singularidades que emergem em cada nova história de um sujeito/a acompanhado, seja cada vez mais potencializado e mais bem conduzido pelas assistentes sociais. Tem-se aqui um importante reflexo da educação permanente e dos estudos continuados.

Como apresentado, a atuação no campo na saúde mental dispõe de particularidades que demandam investimento de estudo sobre a área com objetivo de qualificação do exercício profissional na condução de cada caso/história dos usuários de saúde mental. Não se trata de supervalorizar outros saberes, mas compreender a sua importância para o cuidado em saúde mental. Nesse sentido, faz-se necessário investir em capacitações permanentes, sobretudo direcionadas aos profissionais que se inserem no campo pela primeira vez.

De acordo com o código de ética profissional, o assistente social dispõe de competência e atribuições privativas. Podemos dizer que o acolhimento se configura como competência profissional nesse setor, um espaço historicamente conquistado e que possibilita a condução e intervenção por meio de vários olhares e saberes. Sendo assim, acredita-se que o/a assistente social enquanto profissional de nível superior, cuja profissão é regulamentada e reconhecida enquanto categoria da área da saúde, dispõe de competência profissional para executar esses atendimentos específicos. Para além dos conhecimentos necessários e comuns ao campo, o profissional pode contribuir na criação de estratégias que visem a superação dos diferentes tipos de violência que atravessam o processo de saúde-doença dos usuários de saúde mental. Além disso, a ampliação dos saberes nesse espaço do acolhimento configura-se enquanto um avanço da reforma psiquiátrica antimanicomial de superação de um olhar exclusivamente biomédico, pois a saúde passa a ser entendida de forma ampliada e reconhecida os determinantes sociais no processo de adoecimento das pessoas.

b) dos atendimentos e acompanhamentos:

Neste eixo, tem-se a figura do técnico de referência ou referência técnica, profissional responsável pela construção – juntamente com o sujeito – do Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁶⁹ do usuário do serviço e do acompanhamento individualizado periódico das propostas nele contidas. Esse profissional é a figura responsável pela condução, articulação e construção de propostas para o cuidado integral dos sujeitos atendidos do momento da admissão até a alta do CAPS. Sendo assim, é o profissional de referência para os atendimentos e acompanhamento do usuário acolhido no serviço.

⁶⁹O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta utilizada no campo da saúde mental para planejar o cuidado de forma personalizada, atendendo às necessidades específicas de cada usuário. Ele deve ser construído de maneira coletiva, com a participação da equipe multiprofissional, do próprio paciente e, quando possível, de seus familiares. O PTS envolve uma definição de metas, estratégias e ações terapêuticas para promover a integralidade do cuidado, respeitando a singularidade do indivíduo e promovendo sua autonomia e inclusão social. Esse processo de planejamento visa também articular diferentes pontos da rede de saúde e assistência, garantindo um acompanhamento contínuo e integral (Brasil, 2004).

Perguntamos às entrevistadas como elas se sentem nesse lugar. De maneira geral, as assistentes sociais compreendem a figura do técnico de referência como um profissional responsável pela *articulação* das demandas do sujeito, sobretudo, as relacionadas ao PTS.

Vejamos algumas respostas:

[...] hoje eu entendo isso como uma questão de articulação, porque dentro do Serviço, se precisar de uma questão médica, você tem o médico pra dá uma referência... porque não é porque você é a referência técnica do paciente que você vai assumir tudo, mas como é um trabalho conjunto, se precisar de psicoterapia você vai encaminhar, pedir um psicólogo para fazer uma avaliação profissional, então é mais para poder articular as questões em relação ao paciente (E5, CAPS C).

O técnico de referência é esse profissional que vai fazer esse primeiro acolhimento e vai conduzir, juntamente com o usuário, o seu projeto. Cada usuário tem um projeto, que é um papel mesmo que se escreve as metas, o que o usuário quer naquele momento... (E3, CAPS B).

Eu acho que o mais importante da referência técnica é você colocar, para o profissional, àquelas demandas e aqueles objetivos que têm no projeto terapêutico. Então, a gente tem que cumprir *trezentas mil coisas* no projeto terapêutico, mas tem que ser cada um dentro da sua competência e não querer abraçar todas as demandas dos pacientes. Cada demanda tem que ir para um profissional adequado (E6, CAPS D).

Concordamos com Tomaz (2018), que entende que a figura do “Técnico de Referência” se configura como um “arranjo” estratégico para que os serviços possam dar conta de atender às demandas mais urgentes dos usuários diante de uma limitação objetiva de prestarem atendimento de maior qualidade aos usuários com os recursos que possuem. A autora sinaliza a subsunção do trabalho do Assistente Social às exigências postas, institucionalmente, pelas funções a serem desempenhadas como “Técnico de Referência”, se põe de modo genérico, inespecífico e acima do estatuto das profissões, o que tem dificultado a apreensão crítica dialética na atuação profissional.

Na narrativa das profissionais, essa função aparece também como um lugar de potencialidades para o Serviço Social. Ao perguntarmos sobre as diferentes formas de exercer essa função, quatro entrevistadas afirmam que percebem diferenças entre tais atuações pelas diferentes categorias presentes nos serviços. Uma afirmou que não percebe diferenças, e uma não respondeu:

Então, a função do técnico eu acho extremamente importante porque é esse olhar que vai direcionar o caso. Então, assim, em alguns casos... já teve casos lá que foi feito por outro profissional, psicologia, por exemplo, que não tinha essa informação se o paciente tinha benefício, como o paciente ia se sustentar, já queria colocar o paciente numa Unidade de Acolhimento onde a proposta

não é que ele permaneça lá para a vida toda... então eu acho que você ser técnico de referência de um paciente onde você visualiza lá na frente o PTS dele, como vai ser a saída dele, é um diferencial, sabe, assim, enquanto direcionamento do caso. Então, quando uma pessoa vai ter técnico de referência, acho que é extremamente importante essa visão. E eu não quero puxar muito pro Serviço Social, mas, em especial, o Serviço Social direciona melhor isso (E1, CAPS A).

[...] eu acho que tem diferença sim. Por exemplo, eu, no meu acolhimento, eu já vou fazer todas as perguntas direcionadas para as expressões da questão social. Então, eu já vou estar sabendo daquilo e de imediato o que eu puder intervir, eu já vou intervir. Então eu acho que sempre tem... puxa um pouco para a especificidade da profissão. O psicólogo, ele no início, quando ele vai fazer o acolhimento, que ele é técnico de referência, ele já vai conseguir fazer intervenções que eu acho que eu não dou conta. Eu acho que tem essas diferenças, mas o que eu percebo nos serviços, principalmente nesse que eu estou agora, é que os profissionais chamam os outros. Então, se eu sou assistente social e sou referência técnica do paciente, é lógico que eu vou articular as questões que eu entendo, mas eu vou chamar um psicólogo. O psicólogo, que é técnico de referência, ele chama uma assistente social ou um enfermeiro. Mas eu acho que o olhar acaba sendo diferente, dependendo da profissão. O enfermeiro, quando é técnico de referência, ele vai se atentar muito para as questões biológicas, é claro, mas ele entende também que tem, também, as questões sociais e psicológicas, e que ele vai precisar pedir ajuda. Mas eu acho que, no geral, acaba sendo um pouco diferente; dependendo da especificidade da profissão (E3, CAPS B).

Muito. Cada um vai direcionar mais na sua profissão. Tem casos que o psicólogo acaba focando mais nas questões que ele vê, que ele enxerga, do que as que eu enxergo. Então por isso essa troca de olhar, porque muitas vezes eu não vejo muita coisa. [...] então, a gente sabe muita coisa em relação a tudo, mas eu acho que o mais importante é você focar, e é o que eu tento, no que é da minha competência. A gente troca experiências, mas... (E6, CAPS D).

Vale enfatizar a forma como os serviços se organizam no que tange à distribuição do número de pacientes que serão acompanhados por cada profissional. A assistente social E6 (CAPS D) esclareceu que “Funciona da seguinte forma: o paciente que você acolher você será referência. Então se é seu dia de acolhimento, se chegar dez pacientes, você será referência daqueles dez, independente da demanda que cada um trouxe”. Nesse sentido, a informante destaca que alguns usuários trazem questões que se relacionam muito com o objeto de intervenção do Serviço Social, e outros já trazem demandas que se relacionam mais com o saber de outros profissionais.

No CAPS Davi Capistrano, em Campinas/SP, a autora Lima (2015) destaca experiência de avanços efetivos no acompanhamento de histórias de vida de usuários do CAPS em razão dessa distribuição do quantitativo de pessoas a partir da avaliação multiprofissional considerando as demandas e os saberes específicos que poderão melhor contribuir naquele momento particular da vida do sujeito. Nesse serviço, destaca-se o avanço na atenção das

demandas sociais de um determinado paciente que passou a ser acompanhado pela assistente social após essa avaliação da equipe.

Outra fala que nos chama a atenção sinaliza um pouco a dificuldade com a interdisciplinaridade entre os saberes do campo:

De novo, é confortável estar enquanto técnica, gosto do que faço, é desafiador, muito desafiador. Uma percepção muito particular é de que nós, enquanto assistentes sociais em uma equipe multiprofissional, dá uma assustada. Nós não entendemos de fármacos, por exemplo, como eles entendem... como a enfermagem entende, como a medicina entende, como a psicologia entende... se você for olhar, nós não tivemos uma base de estrutura na faculdade, nos estudos, para isso (E4, CAPS B).

No entanto, vale ressaltar a potencialidade do saber do Serviço Social para o campo da saúde mental, seja no que se refere: à análise da realidade social do sujeito, que inclui os aspectos sociofamiliares buscando compreender criticamente as relações familiares e sociais em que usuário está inserido; o acesso a direitos sociais e políticas públicas; a promoção da autonomia e emancipação do sujeito; a identificação e fortalecimento das redes de apoio; o fomento à coletivização das demandas sociais por meio das associações de usuários e movimentos sociais; a identificação dos determinantes sociais que incidem sobre o processo de saúde e doença. Esses exemplos coadunam com os valores e princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial que possibilitou a substituição dos hospitais psiquiátricos pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesse sentido, a descentralização do cuidado perpassa pelo fortalecimento dos diferentes saberes, dentre eles o do Serviço Social, nos CAPS.

Diante disso, conclui-se que o assistente social dispõe de competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas que favorecem o trabalho enquanto referência técnica nos CAPS. No entanto, faz-se necessário que esse trabalho seja realizado preconizando, sempre que possível, a distribuição dos casos conforme as principais queixas e necessidades dos sujeitos em tratamento naquele momento. Além disso, defendemos a atuação nessa função enquanto um lugar de potencialidades e até mesmo de afirmação da competência profissional para essa atuação, valorizando o mandato social da profissão. No entanto, os serviços precisam dispor de recursos estruturais, materiais e humanos suficientes para atender de forma satisfatória as demandas da população que abrange. O caráter contraditório das políticas sociais no modo de produção capitalista coloca um desafio constante para a atuação profissional, inclusive nesse campo específico, e demandam cada vez mais a apreensão crítica da realidade social e organização de formas de resistência coletiva à subsunção integral a lógica capitalista.

Dessa forma, entendemos que é possível tensionar as contradições impostas e fortalecer a construção de um trabalho em que as equipes consigam atender e acompanhar mais de perto a particularidade de cada usuário acolhido no CAPS e potencializar as intervenções específicas de cada categoria. De outra forma, a figura do técnico de referência não passará de fato de um “arranjo estratégico” (Tomaz, 2018) que favorece a diluição das especificidades das diferentes profissões e impacta diretamente no modo e na qualidade do serviço ofertado.

A proposta do acompanhamento multiprofissional visa garantir uma atenção integrada ao sujeito em acompanhamento, abrangendo não apenas suas queixas conscientes, mas também identificando necessidades que ele pode desconhecer, como informações ou orientações para acesso aos direitos que promovem seu cuidado. No relato a seguir, observamos casos em que o acompanhamento se concentra no técnico de referência, especialmente quando o usuário não apresenta uma demanda clara e o profissional responsável não identifica a necessidade – considerando que, na divisão social e técnica do trabalho, as instruções tendem a ser direcionadas conforme a formação específica de cada profissão. Assim, essa especialização pode dificultar a percepção de certas possibilidades de acesso aos direitos sociais:

Porque, muitas vezes, acontece o seguinte: nós temos as referências técnicas. Tem um paciente que quem atende é o meu colega, enfermeiro, e, às vezes, eu nunca nem vi esse paciente. Então, acho que é os outros colegas também estarem passando as demandas para a gente, o que que a gente pode fazer para contribuir. Essa é a importância do trabalho multiprofissional: você estar alinhado com os colegas para ver o que você pode estar realizando (E2, CAPS A).

Com base nas narrativas coletadas, percebe-se que a sobrecarga de trabalho inviabiliza, em muitos casos, a socialização e o conhecimento aprofundado sobre cada sujeito por toda a equipe do serviço. Nesse contexto, o técnico de referência torna-se o profissional que mais se aproxima da realidade do usuário, assume a responsabilidade principal pelos atendimentos individualizados e pelas exigências relacionadas com o sofrimento/adoecimento mental. Esse contexto impõe desafios complexos para o acompanhamento realizado pelo assistente social, pois há limitações à dimensão de sua intervenção profissional, dado que seu foco reside nas expressões da questão social nas demandas sociais e estruturais que afetam os usuários. Além disso, o número reduzido de profissionais na equipe, como já mencionado, inviabiliza o acompanhamento sistemático de todos os usuários que poderiam se beneficiar do suporte específico do Serviço Social, limitando, muitas vezes, o alcance e a efetividade da sua intervenção no contexto dos serviços.

c) o atendimento de demandas socioassistenciais pelo Serviço Social:

Neste item, apresentaremos sobre as atividades mais específicas realizadas pelas assistentes sociais nesse campo, demarcando também as principais demandas colocadas pelos usuários. Perguntamos para nossas entrevistadas se, na atuação profissional, havia algo que poderíamos identificar como mais específico do Serviço Social, ou seja, atividade privativa do Serviço Social realizado no CAPS, e obtivemos as seguintes respostas:

Atribuição privativa? Acredito que os **relatórios sociais**, que são específicos da nossa profissão, os **estudos sociais**, que é a questão de você ir lá fazer visita domiciliar, conversar com a família, fazer as articulações e produzir um relatório. A coordenação de saúde mental já solicitou um relatório específico do Serviço Social. Bem específico é isso: os estudos sociais que a gente faz e os relatórios contendo os resultados desse estudo. **Tem algumas questões assim que eu não considero que é atribuição privativa, mas que os profissionais sempre demandam da gente que é ir com esses usuários na UAI**, por exemplo, para eles é o assistente social que tem que ir até lá, e a gente tem que desconstruir isso, né? O psicólogo também pode acompanhar, ele tá indo só... tirar o documento. De atribuições privativas, acho que é isso que eu já falei, mas a gente faz a própria **escuta**, né, especializada, **atendimento familiar, visita domiciliar**, os relatórios, **articulação com outras políticas**, principalmente da assistência social, **orientação de benefícios, requisição de benefício, de BPC...** acho que é isso, articulação com as políticas, **acompanhamento do estagiário de Serviço Social**, que a gente tem recebido estagiário, dos **Residentes em Serviço Social** também, que a gente acaba acompanhando mais. Acho que é isso (E3, CAPS B).

Tem atribuições privativas, sim, no Serviço Social. Inclusive, quando faz uma **visita domiciliar**, com o intuito da construção de um processo social e ambiental do paciente. Então, assim, tem coisas que são essencialmente do Serviço Social. [...] quando existem questões que estão prejudicando o paciente e o PTS dele e que essa visita domiciliar, com visão diferenciada, pode mudar o PTS dele. Então eu acho que esse **relatório social** ele é de autonomia do assistente social. Eu penso que o **acesso aos direitos previdenciários**, até hoje, sempre foi domínio do Serviço Social. Eu estou falando previdenciário, mas pode ser a qualquer direito. As outras profissões não contemplam, não sabem... então está muito para a gente mesmo. Tem documentos que o Serviço Social não faz junto com outros profissionais e aí não é só esse relatório social, mas os **relatórios de resposta para outros órgãos, como Fórum, Ministério Público...** isso é de domínio do Serviço Social [...] (E1, CAPS A).

De modo geral, essas duas narrativas são suficientes para entendermos as principais atividades que são direcionadas comumente às assistentes sociais do CAPS. O relatório social (4), estudos sociais (2), estágio supervisionado em Serviço Social (1), são as atribuições privativas que aparecem na fala de quatro profissionais (E3, CAPS B; E1, CAPS A; E2, CAPS A; E5, CAPS C). As atribuições privativas do assistente social estão descritas no artigo 5º da lei que regulamenta a profissão (nº 8.662 de 1993). Essas são atividades exclusivas e que só

podem ser realizadas por profissionais graduados no curso de Serviço Social, com inscrição ativa no conselho de classe.

As outras atividades direcionadas especificamente para o Serviço Social são competências que podem ser exercidas por diferentes profissionais, dentre eles pelos assistentes sociais. Entre elas estão: orientação quanto ao acesso aos diferentes benefícios sociais (6), requisição do Benefício de Prestação Continuada (BPC) (1), benefícios previdenciários (2), escuta especializada (1), articulação com outras políticas públicas (2), atendimento familiar (1), viabilização de documentação (2), requerimento da gratuidade de transporte (2), inscrição no programa de habitação (1). A visita domiciliar é mencionada três vezes nas respostas dos profissionais. Esse instrumento, quando empregado pelo assistente social, requer um cuidado sobre quando, como e com qual especificamente deve ser utilizado, respeitando os princípios estabelecidos pela legislação profissional e pelo Projeto Ético- Político.

Cabe sinalizar que as competências profissionais estão registradas no artigo 4º da lei que regulamenta a profissão (Lei nº 8.662 de 1993). Em síntese, são atividades que não são exclusivas do assistente social, ou seja, podem ser realizadas por outros profissionais, mas que a formação em Serviço Social habilita para desempenhar com aptidão. Nesse sentido, pressupõe-se que o profissional dispõe de capacidade teórico-metodológica, ético-política e técnico operativa para a execução dessas atividades.

Iamamoto, interpretada por Guerra *et al* (2018), vai conceituar da seguinte forma,

Atribuição privativa é entendida como “prerrogativas exclusivas” da prática profissional dos assistentes sociais. Já **competência** é compreendida como “capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais”. Quanto a significação etimológica, competência “trata-se da capacidade de apreciar, decidir ou fazer alguma coisa, enquanto a atribuição é uma prerrogativa, privilégio, direito e poder de realizar algo” (Iamamoto, 2012 *apud* Guerra *et al*, 2018, p. 4-5, grifos dos autores).

Iamamoto afirma que a identificação das atribuições exclusivas dos assistentes sociais depende profundamente da interpretação feita pela própria categoria e por seus organismos representativos, levando em conta três qualificadores, principais: matéria, área e unidade do Serviço Social⁷⁰. Contudo, ela ressalta que, além de considerações jurídicas e etimológicas, é

⁷⁰Iamamoto descreve o sentido etimológico desses qualificadores: “a matéria diz respeito à substância ou objeto ou assunto sobre o que particularmente se exerce a força de um agente”; a “área refere-se ao campo delimitado ou âmbito de atuação do assistente social”; já a unidade consiste na “ação simultânea de vários agentes que tendem ao mesmo fim ou agrupamento de seres individuais, considerados pelas relações mútuas, que existem entre si, pelos seus caracteres comuns, suas mútuas dependências. Em

essencial integrar o projeto ético-político que orienta a profissão para uma compreensão adequada desses termos. Assim, essa análise requer observação em dois níveis: primeiramente, é preciso considerar o contexto macrossocietário e, em segundo lugar, deve-se considerar as respostas técnico-operativas e ético-políticas que a categoria tem oferecido frente às transformações do cenário social (Guerra *et al.*, 2018).

Aqui tem-se um grande desafio: viabilizar os princípios do Projeto Ético-Político da profissão diante de um contexto adverso como já caracterizamos até aqui. Para que isso ocorra, Guerra *et al.* (2018, p. 5) destaca que “é fundamentalmente importante a análise da realidade em que se dá o exercício profissional”. Nesse sentido, a análise das mediações apresentadas nas relações sociais nos espaços de trabalho e na sociedade é essencial para compreender as especificidades e competências dos assistentes sociais. Sob essa perspectiva, sinaliza como elemento fundamental a conexão entre a análise teórica e as práticas concretas do cotidiano profissional, de modo a formar uma base sólida para a atuação. Isso envolve considerar a influência das relações assalariadas no exercício da profissão (Guerra *et al.*, 2018).

Guerra *et al.* (2018) afirma que o campo do Serviço Social é constituído pelo conjunto das expressões da questão social, que se transformam conforme as mudanças na sociedade. Essas transformações ampliam a inserção dos assistentes sociais em novos espaços e atribuem a eles novas competências e responsabilidades. Cabe aos profissionais de Serviço Social e às entidades representativas interpretar a legislação à luz dessas mudanças para orientar a atuação profissional. E acrescenta que a não compreensão do objeto de intervenção, qual seja, a questão social, pode contribuir para que os/as assistentes sociais se reportem às suas expressões de forma moralista.

No que tange à atuação na saúde mental, especificamente nos CAPS, essas “novas competências” postas no cenário contemporâneo para os assistentes sociais se tornam evidentes, como se observa no papel do técnico de referência, nos processos de acolhimento específicos em saúde mental, na construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular, entre outras atividades. Nesse contexto, e em consonância com a análise proposta por Guerra *et al.* (2018), é fundamental realizar uma avaliação da realidade social levando em consideração suas dimensões macrossocietárias, bem como o aparato teórico-metodológico, ético-político e jurídico que orienta a intervenção profissional.

síntese, a unidade de Serviço Social pode ser interpretada como o conjunto de profissionais de uma unidade de trabalho” (2012, p. 39 *apud* Guerra *et al.*, 2018, p. 5).

Tal abordagem deve, sempre, evitar práticas moralizantes ou psicologizantes de caráter coercitivo, que transferem para o indivíduo ou para a família a responsabilidade pelas expressões da questão social que, na verdade, se relacionam a fatores estruturais e coletivos mais amplos. Assim, localizar o objeto de intervenção nesse espaço se torna essencial para construir uma prática profissional mais alinhada com o mandato social da profissão. Desse modo, “as ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde” (CFESS, 2010a, p. 43).

Concordamos com Coutinho e Santos (2016), ao afirmarem que, no contexto da saúde mental, é essencial que o profissional compreenda o usuário em suas múltiplas dimensões para identificar suas demandas (sociais, psíquicas e orgânicas) e direcioná-las visando ao direito do usuário. Entretanto, o assistente social deve ter claro o que cabe à sua intervenção e o que compete a outros profissionais, mobilizando os recursos adequados para atender às necessidades do usuário de forma mais integral possível. Nesse sentido, a seguinte narrativa nos chamou a atenção:

É muito interessante... nessas reuniões, nós dissemos que não é pra nenhum ultrapassar a sua profissão em função do outro, mas as percepções são de que, na minha ausência, o meu colega pode minimamente orientar um usuário, de onde recorrer, o que é muito comum, uma demanda muito visada pelo serviço social, até o usuário já chega procurando o assistente social: documentação. [...] **Então não há, hoje, algo que seja específico do Serviço Social dentro de um CAPS.** Há uma equipe multiprofissional que, na ausência do assistente social, ela não vai fazer o serviço dele, mas pode minimamente orientar essa família ou esse usuário. [...]. Então, na minha ausência, o usuário não pode sofrer, não pode ser privado de algo que é o direito dele e que a equipe está ali que pode dar essa primeira orientação, esse primeiro passo para ele seguir. Seja a documentação, que é o que acontece em número assim maior no CAPS é isso... Eles vão na intenção de dormir, comer, tirar documentos e de pleitear benefícios (E4, CAPS B).

A narrativa parece evidenciar uma compreensão limitada das atribuições privativas e das competências específicas do assistente social no contexto dos CAPS. As contribuições do Serviço Social vão muito além de uma mera orientação sobre direitos básicos, como a emissão de documentos. Cabe ressaltar que o perfil de um profissional polivalente e multifuncional, estabelecido no contexto da reestruturação produtiva do capitalismo, reflete um modelo de trabalho genérico e multiprofissional que tende a diluir as especificidades de cada profissão. Esse cenário coloca o risco de descaracterização do Serviço Social nas políticas sociais, neste caso, na saúde mental, em que o trabalho dos profissionais, entre eles do assistente social, é

reduzido à execução de tarefas imediatas e que poderiam ser realizadas por qualquer outro profissional.

Ao realizar a análise dos dados, percebemos uma falta de clareza por parte de duas profissionais entre o que é atribuição privativa e o que é competência profissional. Há um entendimento de que algumas atividades “ligadas ao social” são comumente direcionadas ao Serviço Social. Na narrativa anterior, a profissional afirma que não há algo que seja específico, já que, em sua ausência, a equipe deve conseguir minimamente orientar o usuário. A orientação constitui competência profissional, no entanto, não se constitui como algo específico/privativo do Serviço Social. Quando ela afirma que as pessoas atendidas no serviço vão na intenção de “dormir, comer, tirar documentos e de pleitear benefícios”, remete a como a profissão ainda é demandada nos serviços pelos usuários/as. Perguntamos às entrevistadas, quais são as principais demandas colocadas para o assistente social pelas pessoas atendidas nos CAPS. As respostas que obtivemos se relacionam com as orientações por Benefício Social (4), documentação (3), transporte (2), encaminhamentos para diferentes setores e serviços como para o CRAS/MC TRANS/Conselho tutelar/equipamentos de saúde (6), procura por cesta básica (2). Essas respostas indicam, a nosso ver, um papel claramente definido para o Serviço Social no CAPS, embora frequentemente limitado à mediação de benefícios sociais precários. Essa restrição reflete o impacto do avanço do ideário neoliberal, que tem sido reconfigurado como políticas sociais, reduzindo sua abrangência e aprofundando a lógica assistencialista de caráter fragmentado. Essa atuação, apesar de focada em questões pontuais e emergenciais, também pode ser um ponto de partida para que o assistente social resgate dimensões estruturais das demandas. Nesse sentido, há espaço para intervenções articuladas que transcendam o caráter imediato, promovendo ações que integrem a análise crítica das condições socioeconômicas e estruturais dos usuários.

Diante da demanda extenuante e do atendimento às demandas imediatas e consideradas mais urgentes, uma entrevistada enfatiza que essa realidade se aplica a toda equipe e relata: *“Não só o Serviço Social, eu gosto de falar porque eu acho que, quando a gente está tratando do CAPS, o CAPS é muito dissolvido, né? O trabalho”* (E6, CAPS D). A análise da narrativa nos permite inferir que, no contexto do trabalho contemporâneo, no qual há uma demanda crescente por profissionais polivalentes, as categorias distintas tendem a executar tarefas mais genéricas e comuns, enquanto as atividades específicas de cada campo de saber são frequentemente relegadas a um segundo plano – quando ainda podem ser realizados. Nesse cenário, os assistentes sociais acabam sendo solicitados principalmente para ações informativas

e encaminhamentos, o que limita sua atuação e enfraquece a capacidade de resistir à normalização de respostas paliativas e à legitimação das formas precarizadas de atendimento das necessidades sociais. Esse contexto prejudica uma análise aprofundada das condições sociais dos usuários que possibilite ao assistente social formular estratégias individuais, coletivas, políticas que visem a contribuir para mudanças estruturais na direção social defendidas pelo Projeto Ético-Político.

Na narrativa a seguir, a assistente social conta sobre um atendimento que foi possível realizar e demandou justamente essa análise mais apurada na realidade:

[...] Eu lembro que, quando eu acolhi, eu atendi, era outro assistente social residente que atendia, ela (a paciente) vivia dizendo “olha, estão querendo tirar o meu filho de mim”. E eu, na primeira escuta, eu pensei que ela estava persecutória. Aí, quando você vai investigar, vai ver com o CREAS, tem esse risco mesmo, sabe? E aí, eu falei “olha gente, eu preciso realizar visita. Vamos realizar visita e vamos construir relatório”. E foi um caso, que bom, assim que eu consegui construir um relatório social. [...] então, assim, às vezes, o paciente não vai dar conta de falar de si, tá em crise, está chorosa, está angustiada. E aí você entrega um documento que vai... sabe? Mas não são todos os casos que a gente conseguia construir isso, infelizmente não são. A gente vai fazendo aquilo, como se diz, filtrando, sabe, os mais graves, os mais urgentes. Mas assim, é um direito de todos, atendimento de qualidade. E, muitas vezes, você não consegue isso, no CAPS que eu trabalhava, por causa da demanda extenuante (E2, CAPS A).

Em um campo que historicamente as classificações médicas foram utilizadas para violação de direitos e responsabilização exclusiva do sujeito por seu sofrimento (Amarante, 2007), torna-se necessária uma análise consistente da realidade social e da experiência de vida que o sujeito atendido do CAPS vivencia:

Vamos supor, por exemplo, de um paciente que a referência é um enfermeiro, e ele tem um transtorno de base, que é primário. A droga, beleza, ela tem o seu lugar, que vai interferir no funcionamento do sujeito, mas ele tem... eu entrei tem um mês, e ele ainda, até hoje, não recebe um benefício. Aí o profissional disse que receber o benefício não seria benéfico para o paciente, mas é um direito dele. E eu já ouvi muito, no outro CAPS que eu trabalhei, “ah, tal paciente... não vai conseguir benefício para tal paciente não porque ele vai usar é mais droga”. Sabe, coisas desse tipo, de um profissional de psicologia, inclusive, que disse. “Ah, pra que benefício para paciente? Ele vai usar é mais droga”. E a liberdade do sujeito, sabe? É um direito dele. [...] Inclusive, eu já discuti sobre isso numa reunião que eu tive que ser mais incisiva, e eu usei esse argumento para as pessoas entenderem que eu tenho um código de ética, tem a lei que regulamenta a profissão. [...] é um estigma que eu falo... e aí eu comecei construir o relatório dele, mas aí eu saí... e eu soube que infelizmente um dia antes da perícia, ele teve uma crise, mas é algo que a gente pode tentar de novo. [...] Ele pode ser secretariado para estar investindo nisso dentro daquilo que ele dá conta, dentro do que o sujeito da conta, sabe? [...] “ah, beleza, eu vejo que o benefício não vai ser benéfico para

o paciente”. Será que não? Né? A renda hoje... gente, como você vai sobreviver se você não tem renda? E o vínculo com a mãe já está muito fragilizado, a mãe nem sempre consegue recebê-lo em casa. Tem um filho que está privado de liberdade, foi preso, e tem uma outra filha... essa mãe está adoecida. Então, assim, por que não? E aí eu fico “então, fulano, vamos?”. Mas fulano é referência e está há muito tempo com esse sujeito. É nesse sentido, as estratégias, sabe? Mas eu percebo essa dificuldade (E2, CAPS A).

Em face dessas situações, a mesma profissional relata que sua autonomia nem sempre é respeitada no espaço sócio-ocupacional. A visão moralista e estigmatizante, especialmente em relação às pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, é frequentemente usada para inviabilizar o acesso aos direitos já garantidos pela lei. Assim, torna-se fundamental respaldar-se em argumentos sólidos, baseados em dados concretos sobre a realidade da vida dessas pessoas, no aparato jurídico e normativo da profissão e em uma análise do processo histórico do cuidado em saúde mental. Isso permite identificar as concepções e visões de mundo subjacentes a uma defesa que se apoia em aspectos moralizantes e psicologizantes e contraria os princípios estabelecidos pelo projeto profissional do Serviço Social e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Para além disso, as outras cinco profissionais afirmam que dispõem de uma relativa autonomia para a realização de suas atividades profissionais, que foi construída ao longo de tempo da atuação profissional. Nessas respostas, a autonomia parece estar vinculada com a capacidade de decidir e conduzir cada “caso” que acompanham como descrito no relato da E5 (CAPS C): *“Ah sim. Em relação ao meu trabalho, sim. Porque é a gente que atende, né? Então se precisar de alguma orientação também a gente... igual (pela) coordenação, nós temos sim, essa autonomia, sim”*. No entanto, a mesma profissional afirma que sente a autonomia profissional limitada em razão da burocracia dos serviços. Enfatiza que *“Tem burocracia que não é só do meu trabalho; eu acho que o serviço público se esbarra muito em algumas questões burocráticas, por ser do serviço público, mas não é só do assistente social, acho que é do serviço mesmo”* (E5, CAPS C).

Diante do que foi exposto até aqui, é possível afirmar que, embora a lei de regulamentação da profissão defina diretrizes importantes sobre as atribuições privativas e competências dos profissionais, as relações e a organização do trabalho nos espaços sócio-ocupacionais têm alterado essas diretrizes de forma significativa. Nos CAPS, a atuação profissional exige a realização de atividades genéricas que acabam ocupando a maior parte do tempo dos assistentes sociais. Conseqüentemente, atividades mais específicas, que exigem uma análise aprofundada e, portanto, mais tempo, acabam ficando em segundo plano. Dessa forma, os assistentes sociais realizam ações mais específicas em situações de casos com caráter mais

urgente, como o estudo social, a elaboração de relatórios sociais e as articulações necessárias, limitando-se, em grande parte, às orientações e aos encaminhamentos para outros setores e políticas sociais, quando demandadas.

2) Atividades de intervenção comunitária: a articulação com a rede intersetorial:

Neste eixo, trataremos sobre a intersetorialidade e os desafios para o cuidado integral. A intersetorialidade se apresenta enquanto uma estratégia inovadora de cuidado da pessoa com transtorno mental instituído com a implementação dos modelos substitutivos. A partir da Reforma Psiquiátrica, tem-se o entendimento de que o hospital não deve ser o único espaço de assistência, ao contrário, é essencial priorizar a assistência numa rede integrada de serviços e setores que trabalhem em conjunto para garantir o atendimento adequado para as pessoas em sofrimento mental e suas famílias.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a intersetorialidade pode ser entendida como a articulação entre diferentes setores que se comprometem a analisar e enfrentar a complexidade da saúde mental de forma integrada. Esse compromisso envolve a corresponsabilização na garantia do direito à saúde como um direito humano e de cidadania e a mobilização conjunta para a formulação de disposições que promovam o bem-estar das pessoas. A Portaria nº 336/2002, no Artigo 4º, aponta como característica do CAPS “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (Brasil, 2002a).

De acordo com Yasui (2010), a organização dessa rede de cuidados pode ser entendida em duas dimensões: a primeira se refere à rede de serviços de saúde existente no território quando encarrega o CAPS no inciso do referido artigo a tarefa de “desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; e supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território”. Nesse contexto, a equipe do CAPS constitui um espaço fundamental de referência, diálogo e apoio contínuo na promoção do intercâmbio necessário para o planejamento, organização, execução e avaliação das ações em saúde mental.

A segunda dimensão consiste em uma rede a ser tecida, ativando os diferentes recursos existentes no território que possam ser utilizados, estabelecendo alianças com outros setores e segmentos sociais. Em 2011, a Portaria nº 3.088 de 2011 estabelece que a regulação da porta de entrada na RAPS deverá passar a ser feita de forma articulada entre os diferentes serviços, mantendo o CAPS desempenhando um papel central nesse processo.

O relatório da III Conferência de Saúde Mental destina um item à intersetorialidade:

A formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a articulação de parcerias com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população. No desenvolvimento de trabalhos com a perspectiva da intersetorialidade, destaca-se, ainda, a necessidade de contemplar a singularidade de cada território (Brasil, 2002b, p. 54).

E o relatório da V Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 2023, reafirma o compromisso com a

intersetorialidade durante todo documento, e se propõe a “fortalecer ações intersetoriais de inclusão na interlocução com as políticas de cultura, de esporte, de educação, de assistência social, de atividades econômicas formais, a fim de radicalizar a reinserção psicossocial” (Brasil, 2024g, p. 111).

Diante disso, é possível afirmar que a proposta da intersetorialidade é um princípio fundamental nas práticas de cuidado em saúde mental a partir da perspectiva antimanicomial da Reforma Psiquiátrica. O Ministério da Saúde (2010) vai afirmar que fortalecer a dimensão intersetorial do trabalho realizado na política de saúde, implica reconhecer e colocar em evidência que o processo de saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo fundamental que essa temática componha a agenda dos diferentes setores e políticas da sociedade, sendo “ tarefa do setor da Saúde nas várias esferas de decisão convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas” (Ministério da Saúde, 2010, p.13).

Perguntamos às assistentes sociais entrevistadas sobre essa importante dimensão do trabalho, buscando entender como ela é realizada, seus principais desafios e potenciais possibilidades. A análise dos dados revelou que, embora as atividades ocorram, há desafios significativos que dificultam o acesso dos usuários dos CAPS a direitos básicos. Das seis entrevistadas, quatro mencionaram dificuldades na articulação com a política de assistência social do município, relacionando resistência, burocracia e limitações no processo. Esses entraves se tornam mais evidentes, por exemplo, quando se trata das tentativas de articulação com o abrigo municipal. Vejamos:

Então, *existe* alguns trabalhos que são desenvolvidos com a Secretaria de Desenvolvimento Social, Secretaria de Educação... Mas **é algo que precisa**

ser melhor construído, não é algo fortalecido, é um trabalho... a saúde mental é um setor de difícil compreensão, então, mesmo quando a gente aciona os serviços, essas parcerias, **ainda existe muito um olhar moral pro paciente de saúde mental e aí dificulta bastante estabelecer um vínculo mais forte com os outros setores**. [...] Então, assim, são visões diferentes de trabalho e que é um grande dificultador (E1, CAPS A).

É muito difícil. A gente, quando tá na saúde mental, a gente percebe uma dificuldade imensa de articulação com a assistência social, quando a gente precisa de alguma questão **“ah não, mas ele é da saúde, então é a saúde que tem que resolver”** e às vezes o paciente não precisa só disso, tem as outras questões. A gente tem uma dificuldade muito grande de articulação, aí voltar para outro CAPS, que é onde eu trabalhei mais tempo, a dificuldade de articulação com o abrigo, com a questão do auxílio, né, é muito grande você ter um... que é às vezes **“você está onde? Você está no CAPS? Vocês têm outros lugares que podem recorrer”**. E, às vezes, o paciente não está precisando de saúde mental naquele momento, então, em relação a isso, tem uma certa dificuldade (E5, CAPS C).

Existe o tempo todo. Não acho que é efetiva, acho que é muito difícil, principalmente com a política de assistência, que é a que eu mais aciono. [...]. O tempo todo a gente precisa acionar a política de assistência, principalmente o Abrigo Municipal. Porque tem usuários que não necessariamente tem demanda para ficar os quatorze dias ali no CAPS, mas eles demandam, mesmo, sair das ruas, não querem ficar em situação de rua. [...] E é muito difícil articular com o Abrigo... muito mesmo. Eu falo que tem até uma questão de **estigma**, sabe? **Quando a gente diz que é um usuário da saúde mental, tem uma resistência muito grande**. A gente sabe que o Abrigo é porta aberta e que aquele usuário pode ir ali acessar, mas tem muitos empecilhos que os profissionais, na equipe, a própria política, a gente sabe que é falho. Mas empecilhos no sentido de documentação. A maioria dos nossos usuários não têm documentação, e a documentação é exigida no abrigo ou no boletim de ocorrência. E ele envolve muitas coisas; envolve essa questão de não ter documentação, quando eu falo com um usuário que ele precisa de boletim de ocorrência, ele já fica receoso em ter que procurar a polícia para fazer boletim, mesmo que a gente oriente. [...] Com a política de assistência, no geral, também tem os empecilhos. Eu falo que a questão da intersetorialidade precisa ser mais trabalhada nos CAPS. Inclusive, assim, eu estou fazendo um trabalho, agora, para outro evento específico do Serviço Social falando da intersetorialidade, porque eu acho que é algo muito falho nos Serviços, precisa ser melhor abordado (E3, CAPS B).

As narrativas evidenciam que, apesar de as tentativas de articulação serem recorrentes, existem obstáculos postos para as pessoas que estão em acompanhamento nos serviços de saúde mental como se essas fossem usuárias apenas dos CAPS e não como sujeitos de direitos mais amplos elegíveis para atendimento em outras políticas sociais. Essa constatação não é exclusiva da nossa pesquisa. Estudos, como as dissertações de Lima (2015) e Bedim (2023), apontam que o estigma social associado aos pacientes de saúde mental contribui para que sejam vistos exclusivamente como usuários de uma política específica, como a de saúde mental. Nesse sentido, Sales (2023) argumenta que a reforma psiquiátrica propõe uma nova moralidade para

o tratamento das pessoas em sofrimento mental, embora o efetivo avanço nesse processo relacione-se com uma construção contínua no cotidiano das práticas profissionais.

Seguindo nos resultados da pesquisa, uma outra entrevistada destaca que essa articulação ocorre, na maioria das vezes, por telefone, o que limita as possibilidades de apreender melhor cada situação. Afirmo que, quando ocorre, o trabalho intersetorial promove avanços significativos nos casos acompanhados no serviço. Vejamos:

Existe, por exemplo, com o Centro de Referência de Assistência Social. Lembro que, quando eu entrei no CAPS TM, isso eu conseguia realizar e, como que eu posso dizer, **estar mais presente**, não só por telefone, mas vamos no CRAS? Eu lembro, de uma vez, de um paciente que tem o diagnóstico de Esquizofrenia e a assistente social do INSS, que **entrou em contato com o CAPS** dizendo que o paciente recebia o benefício, mas o benefício foi bloqueado porque não ia sacar. [...] E eu me lembro de outra vez que a coordenadora de um CRAS ligou para o CAPS dizendo: “O paciente não está bem. Ele está assim, assim, assado”, então eu acho isso muito bacana, sabe? Muito bacana. Eu acho que seria mais interessante se fosse no território, se deslocar. Eu acho que você acaba conseguindo extrair mais informações, obter mais informações, estar repassando mais informações para o colega. Quando ocorre, dá resultados (E2, CAPS A).

A partir da narrativa, é possível perceber que, apesar do reconhecimento da importância e do potencial das visitas institucionais, esse movimento tem encontrado dificuldade para ser concretizado. Enquanto potencialidade, as práticas intersetoriais no território funcionam como uma abordagem estratégica para lidar com situações complexas, permitindo que as profissionais compreendam melhor a singularidade de cada caso/história de vida. Além disso, acreditamos que essas práticas podem contribuir na promoção da aproximação entre equipes de diferentes setores, o que fortalece o trabalho intersetorial e pode inclusive contribuir na desconstrução de preconceitos e estigmas da população atendida.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o desenvolvimento de ações intersetoriais envolve a troca e a construção conjunta de conhecimentos, abordagens e práticas entre os diferentes setores, com o objetivo de resolver questões específicas relacionadas à saúde. Esse processo permite gerar soluções inovadoras que visam a melhorar a qualidade de vida do sujeito em acompanhamento nos serviços. Além disso, enfatiza a possibilidade de cada setor ampliar sua capacidade de análise e modificar suas formas de atuação ao entrar em contato com as perspectivas dos outros setores, o que pode tornar os esforços coletivos mais efetivos.

Outra importante estratégia destacada por uma de nossas entrevistadas refere-se ao deslocamento de representantes de diferentes serviços e políticas até o CAPS, o que possibilita a troca de informação e aproximação das equipes profissionais:

[...] então tem sim, tem essa parceria com os CRAS, com o CRAM, com a Secretaria de Desenvolvimento Social que vem para dentro do serviço e fala sobre a necessidade de atualização do CadÚnico, por exemplo. Você não demanda, você não encaminha esse paciente para o CRAS, mas você abre as portas do serviço para que a rede toda esteja participando, esteja atuando, para conhecer também sobre o que você atua, né? Não basta você dizer onde você atua, é importante você trazer esses *atores* externos para próximo. Então é fantástico... essas amarrações, essas articulações elas funcionam muito bem, e é de um ganho absurdo para todos; ninguém sai perdendo (E4, CAPS B).

Nesse sentido, pode-se afirmar que, quando os atores envolvidos no trabalho intersetorial conseguem desenvolver essas ações de forma contínua e sistemática, apesar dos inevitáveis conflitos, os maiores beneficiados são os usuários que utilizam os serviços. No entanto, esse tipo de trabalho demanda uma série de condições objetivas que não dependem unicamente das assistentes sociais. Nesse sentido, fortalecer o trabalho intersetorial é também possibilitar a estrutura adequada para que ele ocorra como, por exemplo, veículo para transporte e a possibilidade de se ausentar do serviço sem prejuízos nos atendimentos.

A seguinte narrativa nos chamou a atenção:

[...] Tem setores hoje que a gente tenta muito. Eu falo tentar, essa é uma palavra meio chata, mas... porque o paciente com transtorno mental, ele... às vezes, ele é muito difícil inserir em cursos, sabe? Muito difícil... um querer, um dar conta de participar, sabe? **Poucos participam**... participam sim; os que participam, os que querem participar, dão conta às vezes, sabe? Mesmo estimulando e tudo... Mas tem as entidades que oferecem cursos e aí a gente tem uma ligação, fazendo por escrito, fazendo com que esse paciente vá, dê conta, nesse outro setor (E6, CAPS D).

Na narrativa, a entrevistada afirma que poucos pacientes aderem às propostas de cursos, têm conseguido ou desejam participar. Essa visão, no entanto, parece influenciada pelo estigma de que pessoas com transtornos mentais são limitadas em suas capacidades e interesses, uma perspectiva que pode reduzir as possibilidades de ação e autonomia desses sujeitos. Assim, entendemos que é essencial considerar desejos, interesses e vontades dos pacientes, além das condições objetivas que determinam sua participação, como disponibilidade de tempo e recursos financeiros para transporte.

Segundo Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica propõe um modelo de cuidado que valoriza o protagonismo dos usuários e defende que as decisões sobre seu percurso de cuidado e integração social sejam feitas em conjunto, respeitando as particularidades de cada um. Conhecer o paciente e construir com ele, e não para ele, as possibilidades de atuação e desenvolvimento contribui para a autonomia e para uma abordagem mais inclusiva, que reconhece e respeita o sujeito em sua singularidade, bem como avalia os determinantes sociais

que sobre ele incidem. A promoção da autonomia dos usuários é um princípio central tanto no Projeto Ético-Político do Serviço Social (PEP) quanto na Reforma Psiquiátrica (RP).

Em síntese, observa-se que o trabalho intersetorial na política de saúde mental do município ainda ocorre de forma limitada, inclusive nas políticas de educação e cultura, o que representa um desafio para os trabalhadores que nela atuam. A Política Nacional de Saúde Mental, ao estabelecer a descentralização do cuidado, propõe que a pessoa em sofrimento mental tenha acesso a diferentes políticas sociais e serviços, conforme suas necessidades, dentro da perspectiva da integralidade e da luta antimanicomial. Dessa forma, os CAPS não devem se tornar “novos manicômios”, mas sim espaços de cuidado que promovam a inclusão e a autonomia do sujeito. No entanto, essa estratégia enfrenta barreiras impostas pela divisão social e técnica do trabalho, que contribuem para a fragmentação das demandas e do atendimento aos usuários.

No eixo 3), atividades de atendimento coletivo e familiar, tem-se: a) oficinas terapêuticas; e b) conferência familiar e os grupos com famílias.

a) oficinas terapêuticas e o lugar do assistente social:

As oficinas terapêuticas representam uma das estratégias de tratamento nos CAPS, onde devem ser oferecidas em diferentes modalidades. Desse modo, podemos dizer que são atividades grupais que devem ocorrer com orientação de profissionais, monitores e/ou estagiários. Essas atividades devem ser definidas com base nos interesses dos usuários, nas capacidades dos técnicos e nas necessidades de cada história dos sujeitos acompanhados no serviço. Em síntese, o objetivo é promover uma maior integração social e familiar, possibilitar a expressão de sentimentos e dificuldades, desenvolver habilidades corporais, realizar atividades produtivas e exercitar formas coletivas de se reconhecer socialmente (Ministério da Saúde, 2004).

De acordo com o Manual do CAPS (Ministério da Saúde, 2004, p. 20-21), as oficinas terapêuticas podem ser:

Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro; **Oficinas geradoras de renda:** servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó etc.; **Oficinas de alfabetização:** esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a

escrita e a leitura, como um recurso importante na (re) construção da cidadania.

Na pesquisa que realizamos, foi possível compreender que, de modo geral, os serviços seguem uma escala de profissionais de diferentes categorias para a condução das oficinas grupais, realizadas ao longo do dia durante a permanência dos usuários nos serviços. Nessas atividades, são abordados temas relacionados aos saberes específicos de cada área profissional, além de temática definida para cada mês.

Sim. Nós levamos para a terapeuta ocupacional... são dez e tem um cronograma anual, então tem hoje, no serviço, um roteiro norteador mesmo. Chama *Caderno de Oficinas* e todos os profissionais têm essa liberdade. Os médicos fazem palestra; o Novembro Azul foi por médico e enfermeiro. A farmacêutica tem o momento também de dizer sobre os fármacos [...] existem também as oficinas só das terapeutas ocupacionais e das monitoras, por isso o cronograma [...] (E4, CAPS B).

Sim, aqui tem as atividades da TO e a gente organiza grupos, inclusive familiares também, junto com os outros profissionais, e a gente também faz atividades dentro da nossa área. Aqui a gente tem a escala da enfermagem, da psicologia, de cada um diante da sua profissão, de fazer um atendimento na permanência voltado para aquilo mesmo... da nossa profissão. Então a gente organiza, uma vez por semana, a questão da permanência e leva as atividades (E5, CAPS C).

No que tange à atuação das assistentes sociais nessas oficinas. foi possível identificar tendências distintas de condução desses grupos. A primeira que destacamos trata-se de uma abordagem de cunho artístico, artesanal que busca promover renda:

Nós temos uma terapeuta ocupacional, ela atua com a gente de segunda à sexta, das sete às treze, sempre em parcerias. Aí nós temos *junto* é desenvolvido, através dela; ela tem também três monitoras, uma pela manhã e duas à tarde, que ela coordena... E aí a equipe trás, no caso nós da “assistência”, quando tem uma oficina que é de renda, empregabilidade ou renda... algo que seja para crescimento dessa família, porque já aconteceu também de ser uma família não só voltada para o usuário, mas de atrair também uma esposa, uma filha, uma mãe, um irmão... já aconteceu também da gente trazer um parente que faz uma oficina, desenvolve uma oficina, dizendo sobre o ganho dele naquilo... então é muito bom! Oficina de economia, de artesanato, de renda, que seja uma renda menor; já teve confecção de chaveiro, por exemplo, confeccionar bonequinhas para ganhar uma rentabilidade. Então, a gente tem essas parcerias e é bom... (E4, CAPS B).

No entanto, esse espaço enquanto lugar de geração de renda não é uma concepção de todas, uma entrevistada afirma que:

é muito cobrado que seja feita oficinas, inclusive não são oficinas de geração de renda, porque o nosso público não contempla essa proposta, a maioria deles. Por se tratar, né, de um público de saúde mental, que para trabalhar uma finalização de um trabalho de uma forma mais fina para vender... é uma questão mais difícil, né? [...] a gente tem feito são os passeios com os pacientes e aí eu vejo muito positivo esses passeios; em parques, porque agora, em Montes Claros, tem essa possibilidade de levá-los para algum parque e isso cria uma transferência inconsciente com o Serviço Social (E1, CAPS A).

A segunda tendência identificada refere-se à execução dessa atividade de forma pontual, somente quando o Serviço Social é solicitado:

No CAPS é desenvolvido algumas oficinas, agora, com a função terapêutica, eu não sei especialmente dizer. Eu sei que tem alguns profissionais da psicologia que usam esse termo, mas, normalmente, eu não participo. **Eu participo quando me é solicitado**, que, dentro de algumas dessas oficinas, aparece alguma dúvida relacionada a algum direito, a algum benefício e é chamado o Serviço Social. Por que eu não fico participando efetivamente dessas oficinas? Porque o Conselho de Serviço Social, o CRESS orientou que não fizesse dessa forma. Inclusive, muitos profissionais já tiveram muitas questões relacionadas com esse termo “terapêutico”, porque a gente não tem essa formação. Então eu faço a opção de deixar bem claro a função do Serviço Social e que a gente está disposto a fazer uma reunião, pode até colocar o título de oficina, mas que seja mais informativa. [...] normalmente, eu não faço oficina, normalmente eu **solicito da equipe que me traga uma demanda de orientação e aí eu posso fazer uma reunião mais informativa**. Aparece muita demanda desse informativo sobre benefício e também sobre os auxílios, tudo referenciado à previdência. Isso o Serviço Social tem uma grande demanda (E1, CAPS A).

E, na terceira tendência identificada, a profissional destaca a realização de atividades com temáticas que buscam trabalhar aspectos relacionais que estão presentes na realidade de vida dos usuários atendidos no CAPS:

A gente faz oficinas com esses usuários. Particularmente, eu costumo fazer oficinas muito voltadas para a **questão da cidadania**. Eles têm muitas dúvidas sobre questão de benefício, então sempre que é possível, eu levo alguém da política de assistência para dizer pra eles sobre isso e como eles podem acessar. A gente tem feito também, o que achei muito interessante, oficinas que abordam a **questão do preconceito**, a gente fez também sobre o **racismo**; a gente convidou um estudante do mestrado da Unimontes para dizer sobre o racismo e tiveram falas muito interessantes. Tiveram usuários que não deram conta de ficar na oficina, saíram, começaram a chorar... quando foram dizer das suas experiências. Os nossos usuários, a maioria são negros, como eu já falei, então, assim, aparece muita coisa durante as oficinas e eu não percebo que, nos CAPS, é trabalhado muito isso. Então, a gente pensou “o que poderia trazer de novo e que não é muito trabalhado e que precisa?”. Aí a gente falou “gente... a gente nunca fez uma oficina sobre a questão do racismo!”. Aí já são duas que a gente fez (E3, CAPS B).

A gente conseguiu realizar, em uma sexta-feira, que é o dia em que eu estou na permanência, uma **roda de conversa com os pacientes**. Fui eu e as três

residentes de saúde mental, a gente usou data show falando sobre o **histórico da luta antimanicomial** desde a Itália até chegar no Brasil, onde culminou a aprovação da Lei 10.216/2001 e tiveram dois pacientes participando. [...] e foi algo muito interessante, porque eles tiraram dúvidas, teve um que já ficou internado em comunidade terapêutica, relatou o modo como ele era tratado e a diferença que ele percebe no CAPS. Foi algo muito positivo. Realizamos, mas é algo que a gente precisa avançar, melhorar. Eu lembro da minha colega, que trabalha pela manhã. Ela está na oficina na segunda de manhã, e ela disse que realizou com os pacientes **sobre direitos, sabe?** Ela dizendo assim que (eles) não tinham nem ciência que tem direito a receber um Bolsa Família. E o que ele pode estar fazendo? [...]. Aí ela me falou de algo bem positivo nesse sentido. Realizou encaminhamento. Não só realizar encaminhamento, ligar no CRAS. Acho que na oficina é trabalhar sobre isso: os direitos dos sujeitos, os direitos previdenciários, sobre o CRAS e como o CRAS trabalha, no conselho, por exemplo, Conselho Municipal de Saúde, Conselho da Pessoa com Deficiência, você vai ter um paciente que faz uso de substâncias psicoativas e que vai ter uma deficiência [...] (E2, CAPS A).

No que tange a atividades com temáticas que exploram o âmbito subjetivo do sujeito, uma entrevistada destaca que prefere convidar uma outra profissional para realizar conjuntamente:

Sim, tem as atividades terapêuticas. A gente não dá conta – a gente que eu falo do Serviço Social não dá conta de fazer pontuações de forma terapêutica, né, de intervir como um psicólogo. Então o que que eu faço, quando eu faço oficinas voltadas da política de assistência, de documentos... eu faço sozinha, ou com residente que está comigo... e faço tranquilo. Quando eu faço uma oficina que precisa um pouco mais intervenção eu gosto de fazer com um colega, principalmente da psicologia. [...] eu tenho a minha escuta, mas, se tiver alguém da psicologia disponível para participar, eu gosto muito que participe porque vai dar conta de fazer intervenções bacanas. Então eu acho que é isso, a gente do Serviço Social tem a escuta, que a gente faz, mas tem essas limitações. O que eu tenho feito no serviço é oficinas mais voltadas para as questões sociais mesmo e quando faço com algum outro objetivo, convidar um profissional para participar comigo (E2, CAPS B).

De modo geral, as oficinas terapêuticas ou atividades grupais realizadas pelas profissionais estão em consonância com as diretrizes postas pelo Ministério da Saúde (2004) e com o que em tese a formação em Serviço Social contribui ou habilita para se realizar. No entanto, gostaríamos de chamar a atenção para a potencialidade desse espaço enquanto lugar estratégico de reafirmação das competências profissionais, já que a sua formação possibilita a identificação dos determinantes sociais que incidem sobre a população atendida e possibilita refletir sobre eles de forma coletiva.

Cabe destacar que, assim como qualquer outra atividade, as ações realizadas nessas Oficinas “Terapêuticas” precisam ser planejadas e possuir uma intencionalidade que coadune com o Projeto Ético-Político da profissão, ou seja, que amplie a análise da realidade social dos

sujeitos e possibilite reflexões coletivas sobre as expressões da “questão social” que esses experimentam. A título de exemplo, tem-se o grupo terapêutico de jovens LGBTQIAPN+⁷¹ criado e consolidado no estado do Rio Grande do Sul, onde usuários dos CAPS que apresentavam sofrimento mental em razão dos processos de exclusão, preconceitos e estigmas relacionados à sexualidade avançaram com propostas coletivas para o âmbito da gestão municipal e obtiveram retornos concretos. Além disso, tornou-se um espaço coletivo de mobilização e acesso a direitos básicos como “o direito a luta por nome social e registro civil, acesso a tratamento hormonal, o compartilhamento de busca de reconhecimento nos espaços sociais (escola, cidade, família extensa), bem como as peculiaridades das demandas e modos de existência da população jovem não-binária” (Santos, *et al.*, 2024, p. 26).

Entendemos que esse espaço apresenta grande potencial para o trabalho de assistentes sociais na saúde mental, permitindo que, a partir de um entendimento aprofundado da realidade social em que o CAPS está inserido e do conhecimento das necessidades e demandas dos usuários, promovam-se intervenções que vão além do mero entretenimento. Ademais, com um mapeamento das opressões sociais que impactam o sofrimento mental, o assistente social pode contribuir na criação e/ou ampliação de um espaço de fortalecimento da identidade profissional e com a construção de espaços profícuos de atenção em saúde mental numa perspectiva emancipadora.

b) conferência familiar e os grupos com famílias:

Entre as atividades desenvolvidas, estão também os grupos com família e a conferência familiar. No que se refere ao primeiro, cinco profissionais sinalizam dificuldade em consolidar os grupos mantendo uma periodicidade na frequência em que são realizados e, conseqüentemente, fortalecer uma adesão por parte das famílias:

Eu acho que fazer grupos, assim, mais... grupos de família mais consistentes. Por vários fatores, às vezes eu tenho dificuldade de parar e de montar um convite de grupos de famílias, às vezes eu tenho dificuldade de parar e pensar o que eu vou trabalhar no grupo. A gente estimulou uma vez ao mês justamente para dar conta de fazer, mas, mesmo assim também, tem dificuldade de adesão, dificuldade da equipe entender que esses grupos são importantes, porque eu peço: “gente, liga para os familiares de seus usuários e convida para o grupo”, aí quando eu vou ver ninguém ligou, ninguém convidou. Aí tem essa dificuldade da equipe entender, e eu queria que fosse algo mais presente, por exemplo, se a gente fizesse de quinze em quinze dias

⁷¹Relato de experiência disponível em: Grupo com jovens LGBTQIAP+: relato de experiência em um Centro de Atenção Psicossocial. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/interritorios/article/view/261704/46779>

e que as famílias participassem mesmo, acho que isso ia contribuir muito para a participação das famílias dentro do Serviço (E3, CAPS B).

Apesar dos grupos de família a gente conseguir fazer, queria muito conseguir fazer esse trabalho mais frequente. E aqui a gente não conseguiu fazer esse trabalho com as famílias. Nem no outro CAPS, nem aqui, a gente não consegue desenvolver, eu né? Não consigo fazer com mais frequência. Ou em comunidade também... (E5, CAPS C).

Grupo em família. Eu cheguei recentemente também, então é algo que a gente precisa construir. Porque eu me lembro de uma colega minha, que tinha uma experiência no CAPS infantojuvenil, e ela tem experiência de anos com isso, ela diz que é algo muito importante e positivo, sabe? Para estar conhecendo a dinâmica familiar, ver como você pode auxiliar o grupo familiar, fortalecimento de vínculos. [...] Acho que é mais conhecer o sujeito e ver como você pode estar intervindo nesse sentido, no grupo familiar, conhecer a rede de apoio dele [...] (E2, CAPS A).

Quando perguntada sobre o que dificulta construir as atividades grupais com famílias de forma mais consistente e permanente, a entrevistada respondeu que:

Acho que falta mais assim... talvez apoio, né? Pra gente investir, de procurar como fazer, da gente ter, assim... de como fazer. Talvez, se tivesse algum projeto, algum programa, que ajudasse nesse processo, talvez seria legal aí, às vezes até material mesmo que nos direcionasse no como fazer isso aí. Seria interessante, né? E tempo também, mas, fora o tempo, eu acho que é mais uma questão nossa mesmo de tentar investir, porque, às vezes, a gente culpa o tempo, mas, às vezes, a gente também falta investir, né... (E5, CAPS C).

Apesar de não ser uma atividade privativa da profissão, historicamente, foi atribuído socialmente ao Serviço Social o trabalho com famílias que, ao longo do tempo, sofreu influências de diferentes vertentes e vigorou uma intervenção profissional pautada na perspectiva estrutural funcionalista de família sob a influência, por exemplo, de teorias sistêmicas e da psicanálise. A partir dos anos de 1970 e 1980, essa forma de atuação passa ser questionada quando o Serviço Social assume as relações sociais no modo de produção capitalista como objeto de análise e as expressões da “questão social” como objeto de sua intervenção (Iamamoto; Carvalho, 2014).

A partir de então, os estudos desenvolvidos vão situar a família no conjunto das relações sociais, buscando compreender seu caráter histórico e as suas relações contraditórias. Nesse sentido, busca-se desnaturalizar o trabalho desenvolvido na família e pela família na perspectiva de responsabilização e/ou culpabilização, especialmente no campo do cuidado, para essas unidades familiares. Conforme Horst e Miotto (2018, p. 238) sinalizam:

Nessa esteira, a dinâmica familiar não pode ser circunscrita ao âmbito das relações familiares, considerando os modelos de famílias pautados em funções

e papéis. Com isso, abre-se uma ponte para o campo de debate sobre a direcionalidade do trabalho com famílias no campo da política social, postulando-se ações orientadas pelas necessidades das famílias e não pelos problemas apresentados por elas – casos de família. Esse deslocamento da lógica dos problemas – típica da perspectiva funcional estruturalista – para a lógica das necessidades, permite pautar a perspectiva da defesa dos direitos sociais na sua universalidade, afastando-se criticamente das propostas de focalização e mercantilização. Também permite desconstruir a ideia de família dissociada da condição de classe e de outros eixos de desigualdades, como gênero e raça. Isso rebate frontalmente na proposição do trabalho com famílias que se propõe a realizá-lo centralizado na abordagem das famílias e nas suas singularidades. Ao contrário, destaca-se o conjunto de ações que necessitam ser desenvolvidas para além das famílias, como sujeitos singulares.

Nesse sentido, Horst e Miotto (2018) nos chamam a atenção para as possibilidades de intervenção que consideram concepções distintas de família, a que se alinha à relação contraditória entre a política social e o modo de produção capitalista, em que a família ocupa um lugar central nas políticas públicas na responsabilização pela atenção às necessidades sociais dos indivíduos, em vez de serem abordadas como direitos sociais garantidos pelo Estado. Os autores afirmam que:

a relação entre política social e famílias, dependendo da compreensão que se tem de ambas as instituições, constitui uma confluência perversa. Isso porque, se apostarmos na política social como espaço de disputa junto a famílias, essa relação pode ser de potência. No entanto, o que se legitima é uma relação perversa – já estabelecida a priori – na qual a política social, longe da possibilidade de desvendamento da realidade como forma de luta, tenderá sempre a jogar para cima das famílias responsabilidades que elas, dadas as suas condições objetivas de vida, não são capazes de assumir. Entender essas contradições a partir da atuação profissional e as opções que temos feito ou não, historicamente, junto ao trabalho com famílias é a tarefa necessária (Horst; Miotto, 2018, p. 232).

Nesse sentido, a intervenção profissional pode ser entendida sob dois eixos: o primeiro relaciona-se à interpretação das demandas colocadas aos assistentes sociais, “a qual permite compreendê-las não mais como problemas individuais ou familiares, mas como expressões de necessidades humanas básicas não satisfeitas, decorrentes da desigualdade social própria da organização capitalista”; e o segundo eixo diz respeito ao reordenamento da ação profissional no que se refere ao seu alcance e direcionamento, ou seja, estas devem ser pensadas incorporando o compromisso ético com a direção social do projeto profissional, ultrapassando os limites de uma lógica operativa ou meramente instrumental (Horst; Miotto, 2018, p. 238).

Outra atividade desenvolvida com famílias que foi mencionada por uma entrevistada em nossa pesquisa se trata das conferências familiares. A nossa informante explica que:

Na conferência, eu posso fazer sozinha ou o técnico de referência pode participar se ele achar interessante... convidamos os familiares e aí a gente vai discutir sobre o PTS deste usuário. A gente costuma fazer isso em casos mais difíceis, sabe, de fazer uma articulação com a família, então pessoas que estão em situação de rua, por exemplo, e aí eles estão no Serviço e aí a gente precisa articular com essa família, ainda tem um vínculo familiar, só que a família não entende muito bem, já passou muitas coisas e não quer receber aquele paciente ou dar assistência para aquele paciente. Aí chama para uma conferência para que eles entendam como é o tratamento, como funciona... outra coisa também que eu tenho feito muito é quando a família quer levar esse usuário para a comunidade terapêutica, e aí a família chega com um discurso que a comunidade terapêutica vai resolver tudo, de que quer tirar o usuário de casa porque, como eles dizem, né, “dando trabalho”. Aí eu chamo a família para conversar para dizer o que que é o CAPS, qual é a finalidade de acompanhamento, o que que tem, que é um serviço público. Porque, às vezes, eles não entendem mesmo e veem a comunidade terapêutica como única solução. E aí eu digo o que é o Serviço, o que é a comunidade terapêutica, qual a diferença em relação à comunidade terapêutica, de como eles têm trabalhado e quais os prejuízos pode trazer para o usuário para eles então mesmo. Muitos ainda continuam com a visão de comunidade terapêutica porque eles querem um lugar para que esse usuário vá. Na cabeça deles, esse usuário vai ficar lá seis, nove meses, e vai voltar como se nada tivesse acontecido. Vai voltar, eles costumam usar essa palavra “ao normal”. Então, essas conferências são assim; a gente identifica uma situação, que é interessante que a família também esteja ali, e a gente solicita que a família venha. Sempre solicitamos um, dois familiares... quanto mais familiares a gente conseguir, melhor. Aí a gente faz a intervenção com os familiares (E3, CAPS B).

Diante disso, podemos afirmar que o trabalho realizado com família são espaços privilegiados para a atuação do assistente social em que é possível compreender as expressões da questão social que esses sujeitos vivenciam. Assim, torna-se possível desenvolver estratégias e realizar articulações que viabilizem acesso aos direitos sociais e melhores condições de vida dessas pessoas, além de contribuir na promoção de espaços coletivos onde esses sujeitos possam refletir e se entender enquanto atores sócio-históricos e possíveis agentes de transformação social.

Planejar as atividades grupais com as famílias de forma antecipada e descrevendo detalhadamente as etapas necessárias pode ser uma estratégia interessante para enfrentar o desafio apresentado pelas profissionais na realização frequente dos grupos, e trataremos melhor do planejamento adiante. No entanto, o que queremos enfatizar é que um trabalho com famílias que reafirma e fortalece a identidade profissional pressupõe considerar o “porquê” fazer, ou seja, a intencionalidade das ações deve estar alinhada com o Projeto Ético-Político profissional, bem como a concepção de família que defendemos.

No eixo 4), atividades de planejamento e trabalho em equipe, tem-se: a) trabalho em equipe; e b) organização e planejamento das atividades.

a) trabalho em equipe e a particularidade do trabalho do Assistente Social:

A abordagem multiprofissional nos serviços substitutivos se constitui enquanto uma diretriz da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. A Portaria nº 3.088 destaca a importância de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas, incluindo assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e outros, para garantir um atendimento integral, contínuo e que respeite a complexidade das demandas dos usuários de saúde mental.

Por meio da pesquisa, é possível observar que essa é a configuração de trabalho nos CAPS que perpassa a maior parte das atividades realizadas no serviço. De modo geral, o acolhimento externo é discutido em equipe; o trabalho como técnico de referência é compartilhado com os profissionais de outras categorias; nas atividades grupais e oficinas, preconiza-se o olhar multiprofissional; tem-se as reuniões de equipe e o planejamento das atividades do serviço de forma coletiva. Nesse sentido, perguntamos às nossas informantes como elas percebem o trabalho multiprofissional e a contribuição do Serviço Social para a equipe. Cabe ressaltar que constitui princípio do Código de Ética a promoção e incentivo do trabalho multiprofissional sempre que os princípios e valores se coadunam.

Na análise, destacamos algumas percepções que dialogam com o que Netto (2011a) vai defender sobre o sincretismo e a prática indiferenciada. É possível observar que, a priori, as demandas colocadas para as assistentes sociais pela equipe multiprofissional se situam no campo de manipulação de variáveis e relacionadas com uma prática assistencialista, demonstrando que ainda falta um conhecimento por parte dos outros profissionais em relação ao fazer específico do Serviço Social. Esse dado pode ser observado nas falas a seguir:

[...] O assistente social na equipe multiprofissional é algo que também para os colegas de outras profissões... é um desafio para eles também, né? De compreenderem quem é esse profissional, como é sua atuação... Como eu disse lá no início, desmistificar que nós estamos lá só para o auxílio, para a cesta básica, para os programas sociais que são de direito dos usuários. Então, hoje, eu me sinto pertencente a uma equipe que me escuta... eu fico fascinada. (E4, CAPS B).

[...] no primeiro momento, principalmente para quem entra pela primeira vez no Serviço, entende que o Serviço Social da Saúde, do CAPS, está ali para resolver tudo, todas as demandas que existem do paciente, que o Serviço Social vai da conta. E, na verdade, a gente pode sim tá auxiliando em muitas coisas, mas a gente pode estar direcionando, também, para o lugar certo. Mas, em especial, perceber que **o Serviço Social na Saúde ele é diferenciado**, vai direcionar as questões de saúde do paciente e isso é muito importante para as coisas não se misturarem, para ficar bem claro. E, em outros momentos também, subentende-se que o Serviço Social vai conseguir tudo que o paciente está precisando, desde, e aí de uma forma bem grosseira de dizer, desde roupa, se está faltando dente na dentadura, se está faltando sapato. Então, assim, a

postura do profissional é muito importante, e quando o profissional consegue se posicionar e mostrar a importância do Serviço Social e como isso pode mudar a vida de um paciente, você conseguindo acionar os direitos do paciente dentro da necessidade e do querer dele, faz toda diferença, sabe? (E1, CAPS A).

A partir dos trechos destacados, é possível dizer que o espaço do Serviço Social na equipe multiprofissional é disputado e conquistado pelas profissionais a partir do posicionamento frente às demandas que são colocadas para a profissão diariamente. Como apresentado no capítulo 3, deste trabalho, Netto (2011a) vai dizer que apesar do Serviço Social ter rompido idealmente com as protoformas da profissão, faticamente não se legitimou de forma diferente. Essa afirmação pode ser percebida na observação das demandas que são postas pela equipe multiprofissional. Assim sendo, a postura do profissional na análise e no direcionamento das requisições é um elemento destacado pelas profissionais que contribuem para afirmar a contribuição específica da categoria com base no Projeto Ético-Político vigente.

Outro aspecto observado que também se relaciona com a tese do sincretismo defendida por Netto (2011a) pode ser observada quando a entrevistada E1 (CAPS A) destaca a importância de se perceber o que compete ao “Serviço Social da saúde” e o que será direcionado para outros setores, ainda que para a própria categoria. Trata-se de uma fragmentação das necessidades sociais por meio das políticas sociais que burocratizam e, por vezes, inviabilizam o acesso do usuário a seus direitos. Além disso, essa concepção segmentada da profissão por área de atuação consiste em uma antiga preocupação do conjunto CFESS-CRESS e da categoria como um todo, sobretudo na área da saúde. Entende-se que o Serviço Social é uma profissão de caráter generalista, nesse sentido, a formação deve formar trabalhadores com essa visão e não fragmentada. A preocupação que se tem é justamente da perda da identidade profissional do assistente social inserido nessas áreas e da concepção de totalidade diante das expressões da “questão social”. De acordo com o Bravo e Mattos (2006, p. 16):

[...] ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma auto-representação de sanitaristas [...] percebe-se gradativamente o discurso da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas da especialização médica, de forma fragmentada.

Como vimos nos capítulos precedentes, a segmentação das demandas sociais através das políticas sociais, por meio da administração pública, consiste enquanto importante

estratégia de burocratização do Estado burguês que por vezes inviabiliza o acesso a direitos sociais e a satisfação das necessidades sociais de forma efetiva.

De acordo com Netto (2011a), essas características se constituem enquanto fundamento do sincretismo no Serviço Social em que, no *universo problemático* de atuação profissional – em que se apresentam as expressões da “questão social” com o caráter difuso – somado ao *contexto heterogêneo do cotidiano*, no qual o exercício profissional acontece, prevalece o atendimento fragmentado, setorizado e burocratizado que inviabiliza qualquer pretensão de resoluções efetivas. Dessa forma, prevalece a *modalidade específica de intervenção* por meio de procedimentos burocráticos-administrativos (o encaminhamento), modelos formais abstratos que atendem à concepção do capital em que as expressões da questão social são sempre remediadas, mas não se tem a intenção de resolvê-las. Essa problemática relaciona-se com o caráter contraditório da própria política social, que tem sua importância dentro deste modo de produção capitalista para a classe trabalhadora, mas prioriza os interesses da classe dominante, conforme demonstrado nos primeiros capítulos deste trabalho.

Dentro desse modelo, concordamos com a entrevistada E1 (CAPS A), que afirma a possibilidade de “o Serviço Social pode estar trabalhando com o paciente e não tirando a autonomia dele. Então o paciente pode realmente ter a autonomia, conseguir redirecionar sua vida, com o auxílio do assistente social na equipe multiprofissional”. Nesse sentido, as assistentes sociais acreditam que há possibilidades de afirmação da identidade profissional por meio da intencionalidade e de uma ação reflexiva que considere os princípios e os valores do PEP, da RP e da LA em sua prática profissional. Diante disso, as entrevistadas afirmam que a equipe multiprofissional aos poucos passa a entender a contribuição do Serviço Social e, inclusive, passa a procurar as assistentes sociais em situações que se aproximam mais do objeto de intervenção da profissão:

[...] No início, eu não via espaço para o Serviço Social, quando eu entrei [...] Eu falava “nossa, isso é muito da psicologia e da psiquiatria; não tô vendo muita coisa”. E, com o passar do tempo, eu fui percebendo espaço para o Serviço Social nas discussões e intervenções e hoje eu acredito que a forma de me colocar, de me reafirmar mesmo como profissional, eu estou criando o meu espaço. E nas discussões cabe muito, porque é como eu falei já; os profissionais percebem o quanto a vulnerabilidade social está presente em todos os atendimentos [...] Às vezes, está todo mundo ali discutindo e ninguém pensou nas expressões da questão social, e aí a gente consegue trazer para a discussão isso (E3, CAPS B).

A partir da análise das narrativas das entrevistadas, fica clara a necessidade de o/a assistente social se reafirmar enquanto profissional e fazer as defesas de suas competências e

atribuições privativas, bem como de suas bandeiras políticas. Destacamos que o trabalho no CAPS acontece em grande parte do tempo valorizando o caráter multiprofissional, que pode ser definido de maneira resumida como a atuação conjunta de profissionais de diferentes áreas que colaboram para atingir objetivos comuns, mantendo suas especificidades (Peduzzi, 2001).

Peduzzi (2001), realiza um importante estudo acerca do conceito e tipologia do trabalho em equipe partindo da literatura sobre o tema e de uma pesquisa empírica sobre trabalho multiprofissional em saúde. Fundamentada teoricamente nos estudos do processo de trabalho em saúde e na teoria do agir comunicativo⁷², a autora vai afirmar que o trabalho em equipe consiste numa “modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes” (Peduzzi, 2001, p. 103).

Nesse sentido, destaca duas modalidades de equipe: equipe integração e equipe agrupamento. Em síntese, na equipe agrupamento, o trabalho acontece de forma fragmentada e ocorre uma justaposição nas ações, e na equipe integração há uma maior articulação que visa à integralidade das ações da saúde. No entanto, destaca que em ambas as modalidades de equipe, existem diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, além de uma desigualdade no valor atribuído a cada tipo de trabalho. De acordo com a autora, essas diferenças não se limitam às especializações técnicas, mas acabam criando uma hierarquia entre as funções, o que transforma a integração da equipe em algo mais complexo do que apenas a soma das diferentes especialidades profissionais. Além disso, sinaliza o surgimento de questões relacionadas à autonomia técnica de cada profissional, às diferentes concepções sobre a independência das especializações e à necessidade de complementaridade entre elas. Afirma, assim, a necessidade da articulação das ações, da interação comunicativa dos agentes e da superação do isolamento dos saberes.

De acordo com Peduzzi (2001), a comunicação que decorre da relação recíproca entre trabalho e interação é um denominador comum do trabalho em equipe. Contudo, afirma que essa comunicação pode se manifestar de três formas distintas. Na primeira situação descrita, a comunicação ocorre de forma externa ao trabalho, sendo limitada ou usada apenas como ferramenta técnica. Nessa dinâmica, observa-se um padrão restrito de interação entre os profissionais, em que a comunicação é vista mais como um meio de melhorar a técnica do que como um processo colaborativo. Isso gera uma tensão constante entre os aspectos

⁷²Habermas chama de agir comunicativo às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação (Peduzzi, 2001, p. 105).

comunicativos e instrumentais, sem que se estabeleça um verdadeiro diálogo baseado no agir comunicativo.

Outra forma de comunicação ocorre quando o foco está nas relações de caráter estritamente pessoal. Nesse contexto, as relações interpessoais acabam se sobrepondo ao aspecto técnico do trabalho, o que reduz a interação profissional ao nível das boas relações pessoais, ignorando a colaboração técnica essencial ao trabalho em equipe. Assim, apesar da existência de algum nível de comunicação, ela não atinge o agir comunicativo, e as hierarquias de subordinação permanecem inalteradas (Peduzzi, 2001).

A terceira forma de comunicação no trabalho em equipe ocorre quando ela é vista como parte essencial do processo. Dessa forma, os profissionais trabalham juntos para desenvolver uma linguagem comum, objetivos compartilhados e um projeto assistencial unificado. Essa integração entre as intervenções técnicas e a comunicação reflete o agir comunicativo dentro da prática técnica. No entanto, a autora enfatiza que, devido à predominância do foco técnico-instrumental, podem ocorrer tensões entre a necessidade de colaboração e os limites impostos pela técnica.

Nesse sentido, a prática comunicativa tem como objetivo principal a interação entre os envolvidos, com a finalidade de construir consensos apropriados para cada situação. Diferente do agir instrumental, no qual o foco está em alcançar um resultado específico, independentemente do caminho percorrido, o agir comunicativo e técnico busca um fim através de um processo participativo e de intervenção, em que a colaboração é essencial para alcançar os objetivos estabelecidos.

No que tange à pesquisa por nós realizada, algumas das características destacadas por Peduzzi (2001) se evidenciaram nas respostas profissionais, por exemplo, quando uma assistente social sinalizou que ainda acha a equipe segmentada e destacou que o relacionamento interpessoal entre os trabalhadores, em alguns casos, favorece ou dificulta a condução de cada “caso”. Vejamos:

Eu acho que é muito segmentado, sabe? Em alguns momentos, e para alguns pacientes, ela funciona muito bem. Em especial, quando tem uma transferência de profissional para profissional. Eu acho que, aí, o fluxo do trabalho funciona muito melhor. Mas ainda acho que o trabalho multiprofissional ainda é muito segmentado dentro do CAPS (E1, CAPS A).

Destaca ainda um desafio posto para o trabalho em equipe:

O grande desafio hoje que eu percebo é a vaidade da equipe. Eu percebo que, de uma forma geral, no decorrer desse trabalho, eu percebo que a saúde

mental, ela é muito vaidosa, então os egos são muito inflamados e, às vezes, os profissionais precisam mostrar que estão fazendo mais que o outro. Então isso pra mim hoje é um grande desafio, sabe? Isso não é necessário... essa grande vaidade não vai aumentar o salário de ninguém. Na verdade, se as equipes estivessem unidas, conseguiriam muito mais, mas essa grande vaidade, eu acho que é algo que impera e dificulta o desenvolvimento de uma saúde mental mais plena (E1, CAPS A).

Tomando por referência o estudo de Peduzzi (2001), essa característica de trabalho em equipe se aproxima mais do entendimento de agrupamento, o que pode dificultar o processo de cuidado em saúde dos usuários. Vale ressaltar que entrevistamos profissionais inseridos em quatro CAPS distintos. Desse modo, a configuração e a forma como cada equipe multiprofissional se relaciona também se apresenta de maneira diversa. Dentre as seis entrevistadas, cinco avaliam positivamente o trabalho multiprofissional que é realizado e afirmam que contribuem e aprendem nessa modalidade de trabalho:

O assistente social na equipe multiprofissional é algo que também para os colegas de outras profissões... é um desafio para eles também, né? De compreenderem quem é esse profissional, como é sua atuação... Como eu disse lá no início, desmistificar que nós estamos lá só para o auxílio, para a cesta básica, para os programas sociais que são de direito dos usuários. Então, hoje, eu me sinto pertencente a uma equipe que me escuta... eu fico fascinada. Então, pra mim, de novo, o privilégio de estar com uma equipe que me escuta, que nós discutimos, que às vezes não concordamos, que às vezes demanda tempo para gente chegar num acordo... Até por exemplo, um usuário que às vezes tem uma crise social e que não era para ele estar ali... e eu consigo, diante da equipe, dizer que, naquele momento, a crise social está dentro de uma crise maior – que é o uso da substância naquele momento. Então, tem gente que chega lá e diz “eu não tenho onde dormir, eu não tenho onde comer, eu não tenho onde tomar banho”, mas o corpo está tão debilitado, a saúde está tão fragilizada, tem tantos outros aspectos que precisam naquele momento de uma permanência integral, por exemplo, ou de um acolhimento cinco vezes na semana – ou dia, quando não tem vaga – e não é um caso de eu enviar para o pronto socorro ou regular uma vaga de saúde mental, e aí a gente consegue em equipe... e, fora a sexta-feira, que é o nosso momento de reunião, nós temos também, o que é fantástico, é de reunir uma equipe mínima para não tomar decisão sozinha. Então eu consigo sim, um enfermeiro junto comigo, um médico junto comigo, um psicólogo junto comigo, um terapeuta ocupacional junto comigo, naquele momento para a gente discutir brevemente o caso, debater em cima daquele caso e conseguir acolher (E4, CAPS B).

Por meio da narrativa, é possível compreender a importância de uma prática comunicativa que valoriza a integração dos diferentes saberes. No que se refere à divisão no trabalho em saúde, Peduzzi (2001) destaca a existência das diferenças e desigualdades. As diferenças técnicas referem-se às especializações dos conhecimentos e das intervenções de cada profissão, já as desigualdades estão relacionadas aos valores e às normas sociais que hierarquizam e regulam essas diferenças, ou seja, algumas profissões são consideradas

socialmente mais “superiores” do que outras, e existe uma hierarquia entre os profissionais. Assim, as diferenças técnicas se transformam em desigualdades sociais entre os trabalhadores, o que se reflete no ambiente da equipe multiprofissional, onde tanto as diferenças entre as áreas como as relações de subordinação entre os profissionais se tornam visíveis no dia a dia.

No entanto, não observamos, nos resultados de nossa pesquisa, respostas que coadunem com os estudos da autora referenciada e que demonstrem esse lugar de subordinação. De modo geral, as profissionais afirmam que, ao longo do tempo de experiência, foram construindo o seu espaço na equipe multiprofissional, mas esse lugar ainda precisa ser constantemente reafirmado:

Hoje eu vejo que a gente tem mais espaço, mas que a gente tem que ficar... é como se a gente desse um passo e fosse empurrado. Então a gente tem que ficar o tempo todo ali forçando mesmo. A gente tem nosso espaço, mas a todo momento a gente tem que delimitar esse espaço. O saber *psi* ainda é muito presente, até não mais do que a psiquiatria, mas da psicologia, sabe? E aí é isso, a gente tem o espaço, mas precisa demarcar. Acho que a gente ainda não tem tranquilidade de respirar e falar “não, está ali o espaço do Serviço Social e ninguém vai tomar”. A gente tem que ficar lutando ali, o tempo todo (E3, CAPS B).

Peduzzi (2001) observa que, embora profissionais de diferentes áreas (médicos e não médicos) frequentemente critiquem a divisão e fragmentação do trabalho, na prática, é comum que persistam relações assimétricas de subordinação. Ela explica essa dinâmica como resultado de uma tendência histórica dos sujeitos em reproduzir as práticas sociais de sua época, somada à alienação que limita a capacidade de agentes tomarem decisões conscientes sobre as regras e os valores que sustentam os consensos (Peduzzi, 2001, p. 107). Diante disso, destaca-se a importância de os profissionais se posicionarem com base nos pressupostos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos da profissão, movimento que tem sido realizado, mas que demanda constante reflexão crítica.

Sendo assim, é importante reconhecer a importância do trabalho multiprofissional para a atenção integral à saúde e enfatizar que, conforme Iamamoto (2002), “[...] o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas” (Iamamoto, 2002 *apud* CFESS, 2010a, p. 46). Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe no contexto da saúde também não exige a eliminação das especificidades de cada profissão. Para a autora, as diferenças técnicas são vistas como uma forma de aprimorar o conhecimento e a produção, pois a especialização melhora o desempenho em áreas específicas. No entanto, destaca a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho, permitindo que profissionais de diferentes áreas realizem tanto atividades exclusivas de sua

especialidade quanto ações compartilhadas como, por exemplo, intervenções comuns como acolhimento, atividades com grupos, que integram saberes de diversas áreas.

No entanto, consideramos importante destacar que a adoção dessa estratégia de cuidado não deve ser reduzida a um simples recurso para aumentar a produtividade, pois isso pode comprometer a efetivação das articulações conjuntas. Para que o trabalho multiprofissional aconteça de forma integrada e efetiva, é fundamental garantir condições adequadas, como estrutura física, materiais e recursos humanos suficientes. Do contrário, corre-se o risco de fragmentar as práticas, com cada profissional realizando atividades genéricas e atendendo isoladamente a tarefas que deveriam ser desenvolvidas de forma coletiva e articulada.

Em síntese, o trabalho em equipe multiprofissional é caracterizado como uma modalidade de trabalho coletivo fundamentada na interação entre diferentes áreas profissionais, destacando a comunicação e a articulação das ações como elementos centrais. Apesar das relações hierárquicas ainda presentes, é possível construir equipes integradas que valorizem as especificidades de cada profissão, promovendo uma prática comunicativa e colaborativa. No caso do Serviço Social, essa atuação deve ser orientada pelo Projeto Ético-Político da profissão e pela direção social que ela defende.

b) organização e planejamento das atividades:

Dentre as atividades realizadas pelas profissionais, está o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo serviço. Cada CAPS se organiza de maneira distinta, a E3 (CAPS B) destacou que o serviço dispõe de um PTI, um tipo de Projeto Institucional que descreve as atividades que devem ser realizadas por cada profissional do Serviço, e afirma “*Quando eu entrei, já tinha, mas a gerente me convidou para ler, para intervir, se fosse necessário, e aí tem essa sistematização das nossas ações*”.

Semanalmente, os serviços realizam uma reunião de equipe em um dia e horário já estabelecido em cada CAPS. Vale ressaltar uma experiência nomeada como “Crescendo no 30”, realizada por uma equipe específica:

Uma vez por mês, um profissional da equipe multiprofissional, dizer sobre o seu trabalho, sobre a sua atuação dentro do Serviço. Você tem trinta minutos para, de forma reduzida, dizer sobre sua atuação naquele caso. Até para que o restante da equipe consiga compreender qual é a sua atuação, uma vez que nós assistentes sociais somos vistos como aqueles que pedem auxílio, cesta básica, então somos reduzidos a isso. Então, pra essa categoria, foi fantástico, esse movimento, isso é bom (E4, CAPS B).

Os serviços dispõem de instrumentos institucionais que são utilizados por toda a equipe para organização do trabalho, como os “cadernos de oficinas” e até mesmo o “Projeto

Terapêutico Singular” de cada paciente. No entanto, não foi identificada a construção de um planejamento específico do Serviço Social para intervenção no âmbito do CAPS.

Como vimos no capítulo 2, a capacidade de projetar e idealizar é inerente ao ser social por meio da sua capacidade teleológica. Essa característica específica dos seres humanos possibilita que algo seja criado no âmbito do pensamento, do ideal e posteriormente concretizado com vistas a atender uma finalidade. Especificamente para o Serviço Social, o planejamento se constitui enquanto competência e atribuição privativa expressos nos artigos 4º e 5º da Lei de Regulamentação Profissional (8.662/1993). De acordo com Horst (2023), o planejamento do Serviço Social na instituição/setor se constitui enquanto referência para o assistente social na construção de suas ações e para a equipe multiprofissional.

É a partir do planejamento que se tem a construção do plano de trabalho do Serviço Social na especificidade do espaço sócio-ocupacional. Assim, por meio da escrita desse projeto, é possível demarcar:

- a) aquilo que nos diferencia de outros projetos de sociedade;
- b) a concepção de Serviço Social que orienta o exercício profissional do assistente social;
- c) o objeto de trabalho do Serviço Social;
- d) o objetivo do Serviço Social na instituição;
- e) os valores éticos-políticos que defendemos.

É nesse instrumento profissional que se realiza o planejamento de ações e atividades a serem executadas em curto, médio e longo prazo, o que possibilita o processo de reflexão e avaliação durante todo o processo.

Nesse sentido, o projeto profissional se difere dos planejamentos institucionais e dos projetos de intervenção, pois trata-se de um procedimento em que se realiza o planejamento específico do Serviço Social na instituição considerando o direcionamento social do Projeto Ético Político. Desse modo, o plano de ação/projeto de trabalho possibilita refletir sobre o exercício profissional, bem como delinear as possibilidades e os desafios por meio da articulação das três dimensões teórica-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Horst (2023) destaca ainda outro nível de planejamento que se refere ao planejamento individual do e da assistente social. Nesse planejamento, deve-se considerar a organização da semana nos serviços e as ações que estão sinalizadas no projeto de trabalho, mas que precisam ser mais bem detalhadas no planejamento individual ou até mesmo nos projetos de intervenção. Assim sendo, pensemos, por exemplo, na realização de grupos com os familiares dos usuários atendidos nos

CAPS: é necessário planejar previamente os dias e horários que irão acontecer, mas também como será desenvolvido e com qual finalidade.

Realizamos a seguinte pergunta para nossas entrevistadas: “O Serviço Social da Instituição consegue desenvolver um planejamento das ações? Como funciona? Quais as principais dificuldades encontradas?” A partir das respostas obtidas, foi possível observar que, até o momento, não foi possível a construção de um plano de trabalho específico do Serviço Social para os serviços⁷³. Apesar disso, quatro das seis informantes destacaram que conseguem realizar um planejamento das atividades que serão realizadas dentro do próprio planejamento das instituições. As outras duas destacaram que, apesar de os serviços terem sua forma de organização das atividades a serem realizadas, há a necessidade de um planejamento específico do Serviço Social que ainda não foi realizado devido à falta de tempo no cotidiano profissional, e a equipe de trabalho mínima impossibilita a articulação entre as profissionais. Vejamos o seguinte relato:

As dificuldades encontradas para desenvolver um plano, na maioria das vezes, está ligada ao fluxo de trabalho. Então, assim, eu chego naquele dia para desenvolver uma atividade com o paciente na permanência, ou para desenvolver um passeio com ele, que é a proposta da sexta-feira. Mas aí falta... o meu colega daquela equipe que disseram estar completa, mas quando ele não vai outra pessoa tem que substituir e aí, pelo fluxo de trabalho, você não consegue fazer sua proposta de trabalho inicial e ainda tem que ficar fazendo outras coisas para ficar substituindo ou tentar “apagar fogo” e realmente tentar fazer com que o Serviço funcione. E aí a gente prioriza mais o paciente de crise do que aquele que está estabilizado. Então tem uma dificuldade sim de manter a proposta de trabalho (E1, CAPS A).

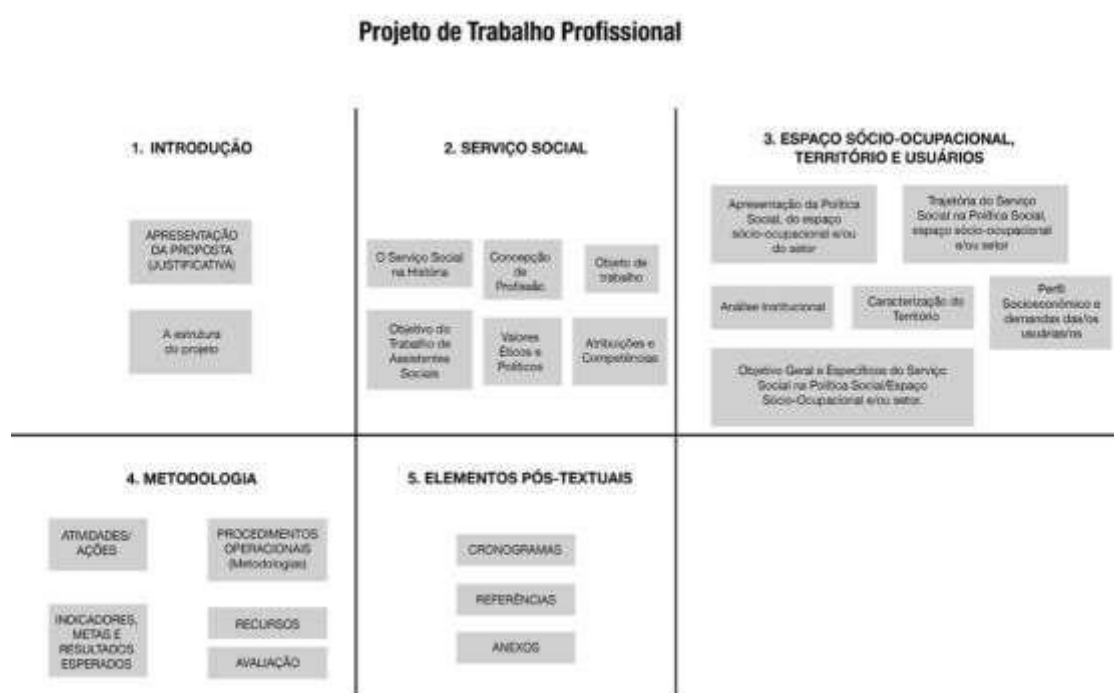
Apesar de não se ter o plano de trabalho escrito, o relato acima apresenta uma importante avaliação que, uma vez sistematizada e registrada, pode contribuir para a criação de dados, números que possam ser apresentados à gestão em momento oportuno. De acordo com Horst (2023), mesmo que inconscientemente, estamos sempre planejando e traçando caminhos para o nosso exercício profissional. A escrita do projeto de trabalho, bem como sua constante reflexão e avaliação dos elementos que o compõem, possibilita a criação de estratégias para tentar superar os desafios que são impostos no cotidiano. Podemos pensar o seguinte: ao final do ano (ou do período determinado) ao se realizar a avaliação das atividades propostas e as que foram realizadas (ou não), bem como as barreiras encontradas, tais resultados poderão ser

⁷³Vale destacar que essa realidade não é exclusiva do Serviço Social nos CAPS, mas reflete um desafio mais amplo enfrentado pela categoria: a necessidade de estruturar e consolidar planos de trabalho profissional que considerem as especificidades e demandas dos diferentes espaços sócio-ocupacionais em que atuam.

utilizados para fundamentar a construção de relatórios e pareceres. Esses indicadores podem fundamentar a solicitação da ampliação do número de trabalhadores com vistas à qualificação dos serviços ofertados, a destinação de recursos financeiros para promoção de atividades com famílias, a ampliação ou melhor distribuição do número de automóveis destinados para a equipe realizar visitas, bem como para realizar atividades com os usuários.

Em seu artigo, Horst (2023) apresenta as reflexões e os caminhos necessários para a construção do projeto de trabalho nas instituições que parte da dimensão investigativa, o que possibilita a sua elaboração e se materializa em sua implementação, sendo a avaliação uma etapa que acompanha todo o processo. A seguir, tem-se a Figura 1, que possibilita visualizarmos as etapas desse importante instrumento.

Figura 1 - Projeto de Trabalho Profissional



Fonte: Horst (2023).

A estrutura acima apresentada é detalhada passo a passo no artigo *O planejamento e a elaboração do projeto de trabalho dos assistentes sociais*, que constitui o sexto capítulo do livro *A dimensão técnico operativa do Serviço Social*, publicado pelo CFESS em 2023. No artigo, Horst (2023) destaca que o planejamento consciente por meio da reflexão, execução e avaliação do exercício profissional possibilita avançarmos na qualificação do trabalho, organização do trabalho e ainda a demarcação do que compete ao assistente social e seus

profissionais na instituição. Desse modo, pode contribuir para superar práticas imediatistas e fortalecer as intervenções voltadas para a especificidade da profissão no cotidiano de trabalho.

Perguntamos às nossas informantes se existia alguma atividade que gostariam de realizar, mas ainda não conseguiram: todas responderam que sim. Entre as atividades, estão os grupos frequentes com famílias, ações de empregabilidade, passeios externos com a comunidade, ações conjuntas com as escolas e com a comunidade. Ao serem perguntadas sobre os desafios, as profissionais relataram que a falta de tempo diante de um cotidiano com alta demanda de trabalho inviabiliza o planejamento, além das articulações com as colegas do próprio serviço e a ausência de verbas destinadas à realização de atividades. Nesse cenário, a construção de projetos de trabalho e planos de ação pode auxiliar na concretização dessas atividades, ainda restritas ao âmbito das intenções. Além disso, monitorar as possibilidades de execução e avaliar os resultados das ações pode fornecer dados e argumentos para reivindicar, em espaços coletivos e de gestão, melhorias que elevem a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários.

Essa estratégia se coloca como uma possibilidade para tentar contornar os desafios cotidianos. No entanto, sabemos dos desafios colocados na objetividade do trabalho profissional que demandam mais que a boa vontade do profissional para sua superação, pois vincula-se à ordem societária vigente. Diante disso, concordamos com Iamamoto quando afirma que,

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo [...]. Responder a tais requerimentos exige uma ruptura com a atividade burocrática e rotineira, que reduz o trabalho do Assistente Social a mero emprego, como se esse se limitasse ao cumprimento burocrático de horário, à realização de um leque de tarefas as mais diversas; ao cumprimento burocrático de atividades preestabelecidas. Já o exercício profissional é mais do que isso. É uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional (Iamamoto, 2003, p. 20-21).

O projeto de trabalho profissional configura-se, assim, como uma estratégia de ação e uma forma de delimitar as atribuições e competências do Serviço Social no espaço sócio-ocupacional, neste caso específico, na saúde mental. Esse projeto deve ser guiado pelos princípios do Projeto Ético-Político da profissão, reforçando sua direção social e

comprometendo-se com a busca por uma sociedade justa e igualitária, livre de qualquer forma de exploração e de opressão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação buscou analisar o trabalho dos assistentes sociais atuantes nos CAPS de Montes Claros/MG, considerando sua inserção na divisão social e a técnica do trabalho enquanto profissionais assalariados, bem como o significado social da profissão na sociedade capitalista. O Serviço Social, enquanto profissão, surgiu no estágio monopolista do capitalismo, quando o Estado burguês precisou se reorganizar para responder às demandas colocadas pela classe trabalhadora, visto que a caridade e a opressão já não eram suficientes para apaziguar as mobilizações coletivas e manter operante o sistema de produção do capital e conseqüentemente suas taxas de lucros elevadas.

Diante disso, surgem as políticas sociais com o objetivo de atender, de forma parcial e fragmentada, às demandas dos trabalhadores, ao mesmo tempo que asseguram a conservação da força de trabalho necessária para a reprodução do capital. Essas políticas, portanto, assumem um caráter contraditório: embora respondam, em certa medida, às reivindicações da classe trabalhadora, não visam a solucionar as expressões da questão social, mas apenas mitigam, contribuindo, assim, para a perpetuação do modo de produção capitalista.

Nesse contexto, surgem diversas profissões, entre elas o Serviço Social, cuja função inicial era justamente contribuir na legitimação da ordem monopolista, contribuindo para o consenso e a manutenção da lógica dominante. Como destaca Netto (2011a), ao tornar a “questão social” um objeto de intervenção pública e alvo das políticas sociais, o Estado burguês também promove uma visão em que o *ethos* predominantemente transferia ao indivíduo a responsabilidade pelo seu próprio fracasso. Assim, as expressões da questão social passam a ser interpretadas como problemas pessoais, desvinculando-as de suas causas estruturais.

Ao longo da história do Serviço Social, observa-se a presença de abordagens que se aproximam tanto das práticas médicas quanto de abordagens da teoria sistêmica e da psicanálise — áreas que tradicionalmente abordam o sujeito em sua individualidade. No campo da saúde mental, em particular, a profissão inicialmente se vinculou às atividades de caráter higienista, orientadas pelos interesses do capital.

No cenário contemporâneo, especialmente após a crise dos anos 1970, o Estado passou por uma reestruturação produtiva que impactou diretamente as relações de trabalho e o caráter das políticas sociais, que privilegiam ações cada vez mais pontuais, fragmentadas e focalizadas. Essas mudanças também influenciaram a política de saúde mental, na forma como o cuidado pode ser oferecido e nas condições objetivas para o trabalho realizado pelos profissionais. Nesse

contexto, este estudo se torna relevante, uma vez que se observa uma demanda crescente por um trabalhador polivalente, pela flexibilização das condições de trabalho e pela precarização dos serviços — características intensificadas com a adoção do modelo toyotista.

Nossa questão inicial foi: qual é a particularidade do Serviço Social no campo da saúde mental? Partimos da hipótese de que há um risco de descaracterização do Serviço Social nesse contexto específico, considerando os desafios já mencionados. Para explorar essa hipótese, começamos conceituando a categoria “trabalho” a partir de Marx, examinando as mudanças nas configurações do trabalho no modo de produção capitalista, em que a alienação emerge como um de seus produtos. Em seguida, discutimos as transformações do sistema capitalista e seus impactos diretos sobre o mundo do trabalho. Por fim, analisamos o Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, revisitando as características que têm acompanhado e reconfigurado essa profissão ao longo de sua trajetória histórica.

No terceiro capítulo, exploramos as teses do sincretismo e da autonomia relativa do Serviço Social, que permitiram ampliar a compreensão sobre os limites e as possibilidades da profissão no modo de produção capitalista. Netto (2011a), ao analisar a profissionalização e consolidação do Serviço Social entre os anos 1930 e 1960, destaca que, embora a profissão tenha adotado um novo aparato teórico-metodológico e se reconfigurado idealmente, sua prática profissional não se legitimou de forma significativamente diferente de suas protoformas. Isso ocorre porque o Serviço Social está organicamente vinculado à estrutura administrativa do Estado, o que impede uma legitimação social distinta, visto que opera em um contexto problemático e heterogêneo, caracterizado por diversas expressões da questão social. Esse cenário, somado ao caráter contraditório das políticas sociais, inviabiliza uma resolução efetiva das demandas enfrentadas pelos assistentes sociais.

Consequentemente, o reconhecimento social da profissão baseia-se na sua capacidade de manipular variáveis no cotidiano, limitando-se aos procedimentos formais-abstratos instituídos pela administração pública no capitalismo. Netto (2011a) observa que, apesar dos avanços teóricos do Serviço Social, o que ainda legitima socialmente a profissão é sua inespecificidade e o caráter polivalente de sua prática, marcados pela adequação às demandas administrativas e à flexibilidade exigida pelo Estado capitalista.

Iamamoto (2015) destaca a dimensão ideopolítica da profissão como um eixo central para orientar a intervenção profissional dos assistentes sociais. Ela propõe o fortalecimento de um projeto profissional articulado a um projeto societário que defende os interesses da classe trabalhadora, fundamentado em valores, princípios e objetivos alinhados ao Projeto Ético-

Político do Serviço Social. Esse projeto oferece ao assistente social que deseja se comprometer com essa direção a possibilidade de orientar sua prática cotidiana de maneira crítica e reflexiva, mantendo-se orientado à direção social hegemônica da profissão, mesmo diante dos desafios consideravelmente enfrentados no dia a dia. Nesse sentido, afirma que o profissional dispõe de uma relativa autonomia garantida pelo arcabouço jurídico normativo da profissão.

Posteriormente apresentamos uma análise sobre a Política Nacional de Saúde Mental no contexto contemporâneo. É possível afirmar que o campo da saúde mental está em permanente disputa por diferentes atores e interesses antagônicos. Sem dúvidas, a Reforma Psiquiátrica brasileira, de caráter antimanicomial, logrou importantes avanços nas últimas décadas. No entanto, observaram-se retrocessos iniciados no ano de 2010, com o incentivo financeiro das comunidades terapêuticas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial e foram intensificados a partir de 2016 com incentivos financeiros notórios e expressivos na lógica hospitalocêntrica em detrimento dos serviços substitutivos. Com o pleito eleitoral de 2022, algumas mudanças foram sinalizadas, no entanto, demonstramos que essas estão aquém do que é esperado de um governo que historicamente apoiou a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica. Discorremos também sobre a inserção do Serviço Social no campo da saúde mental, apontando as mudanças de paradigmas, avanços e desafios para a profissão.

Após a revisão dos capítulos teóricos, prosseguimos com a análise da pesquisa empírica que realizamos. Entrevistamos seis assistentes sociais atuantes em quatro CAPS na cidade de Montes Claros/MG, utilizando um roteiro estruturado em perguntas abertas e fechadas, organizados em quatro eixos: a) perfil sociodemográfico; b) formação profissional; c) características dos serviços e vínculo empregatício na área da saúde mental; e d) cotidiano de trabalho na saúde mental. Na análise dos dados, buscamos identificar se nossas hipóteses iniciais seriam confirmadas ou refutadas. Caracterizamos as entrevistadas: todas são mulheres cisgênero e heterossexuais; quatro são casadas, e duas são solteiras. Quanto à formação, duas realizaram graduação em universidade pública, e quatro, em instituição privada; quatro delas de forma presencial e duas em modalidade híbrida. No que diz respeito ao vínculo empregatício, três são servidoras efetivas e três atuam como contratadas.

De modo geral, conclui-se que as transformações do modo de produção capitalista nas últimas décadas incidem diretamente no mundo do trabalho. A partir da análise de dados, foi possível perceber que os serviços têm requerido cada vez mais o perfil de um profissional polivalente, que realiza em grande parte do tempo atividades genéricas e comuns a todas as profissões. Nesse cenário, as tarefas mais específicas do Serviço Social acabam sendo relegadas

para segundo ou terceiro plano, quando são realizadas. A colocação do trabalho multiprofissional permeia todo o trabalho nos CAPS. No entanto, embora represente uma estratégia importante na descentralização do cuidado em saúde mental, esse modelo de trabalho pode contribuir para a diluição das especificidades das profissões, especialmente em um contexto de sobrecarga de atividades genéricas e de caráter imediatista.

Foi possível identificar que o reconhecimento do espaço e das atribuições privativas dos assistentes sociais dependem de uma construção contínua e de um posicionamento assertivo do profissional dentro da equipe. Nesse contexto, compreender e considerar o seu objeto de intervenção — as expressões da questão social presentes nesse campo — é fundamental para que o assistente social evite cair nas armadilhas de atendimentos que privilegiam aspectos de outras áreas, que não competem à sua profissão. Essa clareza sobre o seu papel e campo de atuação é essencial para contribuir na efetividade de sua intervenção e a preservação das especificidades de sua prática profissional.

Um dos principais desafios para o exercício profissional identificados na pesquisa é a construção de um trabalho que valorize as competências e atribuições específicas do Serviço Social. A organização do trabalho, que prioriza atividades genéricas e comuns a diversas profissões, juntamente com a demanda extenuante e a falta de um projeto de trabalho profissional específico, dificulta a implementação de uma prática que valorize as contribuições mais específicas do Serviço Social. Esse cenário impõe obstáculos concretos para a realização de um trabalho profissional mais focado e alinhado com as particularidades da profissão.

Destacam-se as potencialidades do município de Montes Claros/MG, que dispõe de programas de residência em áreas de saúde médica e multiprofissional, incluindo o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Como mencionado anteriormente, esse programa promove uma articulação contínua entre teoria e prática, entre a universidade e os serviços de saúde. Uma de suas diretrizes fundamentais é a capacitação permanente dos preceptores, por meio de encontros conjuntos e coletivos. Além disso, a criação de um grupo de estudo permanente vinculado ao curso de Serviço Social da Unimontes, aberto a pesquisadores, residentes, egressos, profissionais da área e específicos em geral, pode ser uma ferramenta importante para fomentar trocas de experiências, capacitações, discussão de casos, leituras e produções acadêmicas. Esse espaço pode contribuir significativamente para o fortalecimento da identidade profissional do assistente social nesse contexto e para a qualificação de sua prática. É importante destacar que o município de Montes Claros tem

avançado significativamente na ampliação dos serviços substitutos e na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos nos últimos dois anos.

Vale ressaltar que esta pesquisa teve caráter exploratório e não pretende esgotar o tema abordado. Ao longo da dissertação, tratamos de assuntos complexos e profundos, e, embora desejássemos, não seria possível aprofundá-los plenamente no tempo restrito de dois anos do curso de mestrado. Nesse sentido, é fundamental que esta temática continue sendo investigada e aprofundada, com o objetivo de desvelar ainda mais as realidades enfrentadas pelos assistentes sociais, que têm resistido às manifestações neoliberais e exercido suas funções com grande dedicação.

Em nossa concepção, os elementos estruturantes que tornam o exercício prático profissional sincrético, conforme apontado por Netto (2011a), ainda estão presentes e permeiam o cotidiano dos assistentes sociais. Entre esses elementos, destacam-se: o universo problemático das múltiplas expressões da questão social, com seu caráter difuso e multifacetado; o cotidiano heterogêneo, que privilegia ações fragmentadas por meio de aparelhos abstratos e normativos; e o caráter das atividades nas quais o assistente social é convocado a intervir, ou seja, a manipulação de variáveis. Esse cenário exige que, como profissionais, não percamos de vista o direcionamento ético-político de nossas intervenções. Constatamos que isso só é possível por meio de uma análise abrangente da realidade social que se manifesta em nosso cotidiano de trabalho, alicerçada no arcabouço teórico-metodológico e normativo-jurídico de nossa profissão. Nesse contexto, sempre que possível, é fundamental privilegiar ações que fortaleçam a luta e atendam aos interesses da classe trabalhadora. Ademais, organizar-se coletivamente nos espaços representativos da categoria profissional, nos conselhos de direitos e movimentos sociais constitui enquanto estratégia de resistência e enfrentamento às ofensivas neoliberais.

Apesar dos esforços empenhados e das estratégias desenvolvidas, é fundamental destacar que não há garantia de que sempre conseguiremos alcançar nossos objetivos, considerando a natureza contraditória das políticas sociais na sociedade capitalista. Contudo, trata-se de um compromisso ético-político contínuo, que exige dedicação constante à qualidade dos serviços prestados e à defesa de uma nova ordem societária, capaz de superar a exploração do homem pelo homem e as desigualdades que alimentam as violências em suas diversas formas – de raça, classe e gênero. Como bem colocou Darcy Ribeiro: “Só há duas opções nesta vida: se resignar ou se indignar. E nós não devemos nos resignar nunca!”.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007
- AMORIM, A; G. C. de. *O serviço social e a institucionalização das demandas sociais: um estudo a partir das necessidades sociais no capitalismo*. 2010. 122 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2010.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (orgs.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 1-13.
- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do trabalho. São Paulo: Cortez, 2006.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação & Sociedade*, v. 25, n. 87, ago. 2004, p. 335–351.
- BARBOSA, H.; KNEVITZ A. E.; COSTA, A. B. Grupo com jovens LGBTQIAP+: relato de experiência em um Centro de Atenção Psicossocial. *Interritórios*, v. 10, n. 19, 3 jun. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51359/2525-7668.2024.261704>. Acesso em: 18 nov. 2024.
- BEDIM, V. C. *O exercício profissional do assistente social em saúde mental: análise de um CAPS em Juiz de Fora/MG*. 2023. 137 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Política Social, Serviço Social e Processo de Supervisão de Estágio) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/14170>. Acesso em: 18 nov. 2024.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2011.
- BISNETO, J. A. *Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2016.
- BRASIL. *Decreto nº 11.358, de 1 de janeiro de 2023*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11358.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%B0%20A%2011.358%2C%20DE%20I%C2%BA%20DE%20JANEIRO%20DE%202023&text=Aprova%20a%20Estrutura%20Regimental%20e,que%20lhe%20confere%20o%20art. Acesso em 21 fev. 2025.
- BRASIL. *Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Brasília, DF: Presidência da República,

2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11392.htm. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. *Decreto nº 11.634, de 14 de agosto de 2023*. Altera o Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11634.htm. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. *Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11798.htm. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. *Lei nº 14.819, de 16 de janeiro de 2024*. Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares. Brasília, DF: Presidência da República, 2024a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14819-16-janeiro-2024-795256-publicacaooriginal-170863-pl.html>. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 21 fev. 2025.

BRASIL. *Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993*. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras exceções. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jun. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Resolução CONAD nº 10, de 19 de julho de 2024*. Suspende a eficácia da Resolução CONAD nº 3, de 24 de julho de 2020, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2024/RESOLUOCONADN10DE19DEJULHODE2024.pdf>. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.627, de 23 de outubro de 2023*. Estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos estados e municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.627-de-23-de-outubro-de-2023-518474017>. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023*. Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2198_07_12_2023.html. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.289, de 8 de dezembro de 2023*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para recompor incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Acolhimento (UA), criado pela Portaria GM/MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2289_11_12_2023.html. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.605, de 21 de dezembro de 2023*.

Habilita Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC de municípios e estados. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2605_27_12_2023.html. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.617, de 23 de abril de 2024*. Autoriza o Município ou Distrito Federal a receber recursos financeiros de capital destinados à execução de obras de construção de Unidade Básica de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c.

Disponível

em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3617_24_04_2024.html. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.689, de 2 de maio de 2024*. Autoriza o Município ou Distrito Federal a receber recursos financeiros de capital destinados à execução de obras de construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024d.

Disponível

em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3689_06_05_2024.html#:~:text=Autoriza%20o%20Munic%C3%ADpio%20ou%20Distrito,Unidades%20B%C3%AAsicas%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20UBS. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 4.139, de 17 de junho de 2024*. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial do Programa "De Volta para Casa", instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024e. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-4.139-de-17-de-junho-de-2024-566232302>. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024*. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024f. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4876_19_07_2024.html. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 498, de 18 de abril de 2023*. Torna sem efeito a Portaria GM/MS nº 4.596, de 26 de dezembro de 2022, que suspende o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Referência Especializada em Hospitais Gerais, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por baixa taxa de ocupação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde,

2023. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0498_24_04_2023.html. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023*. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 660, de 3 de julho de 2023*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0660_04_07_2023.html. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 681, de 3 de julho de 2023*. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0681_04_07_2023.html. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023*. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-757-de-21-de-junho-de-2023/view>. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Ministério da Saúde, 26 dez. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 jan. 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 9 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Aprova as Diretrizes para a Implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 19 fev. 2002a. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 18 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024g.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 708, de 13 de março de 2023*. Dispõe sobre a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2023/resolucao-no-708.pdf/view#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20reinstala%C3%A7%C3%A3o%20d,a,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde>. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. *Portaria nº 907, de 7 de agosto de 2023*. Aprova o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para os anos 2023 - 2026. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mds-n-907-de-7-de-agosto-de-2023-501509367>. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. *Resolução CIT nº 15, de 21 de agosto de 2024*. Dispõe sobre a pactuação dos parâmetros nacionais para atuação da política pública de assistência social no Sistema Único de Assistência Social - SUAS no atendimento às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, e suas famílias. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 29 ago. 2024h.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. *Resolução CNAS/MDS nº 151, de 23 de abril de 2024*. Dispõe sobre o não reconhecimento das comunidades terapêuticas e entidades de cuidado, prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares como entidades e organizações de assistência social e sua não vinculação ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2024i. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cnas/mds-n-151-de-23-de-abril-de-2024-555715305>. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. *Portaria MDS nº 926, de 20 de outubro de 2023*. Estabelece diretrizes em âmbito nacional para fiscalização e monitoramento dos serviços prestados por Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social, 2023. Disponível em: <https://www.cruzazul.org.br/publicado-portaria-mds-no-926-de-20-de-outubro-de-2023/>. Acesso em 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. *Resolução nº 249, de 10 de julho de 2024*. Dispõe sobre a proibição do acolhimento de crianças e adolescentes em

comunidades terapêuticas. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2024j. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-249-de-10-de-julho-de-2024-571720917>. Acesso em 21 fev. 2025.

BRAVO, M. I. S; MATTOS, M.C. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. *In*. MOTA, A. E. *et al. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. Rio de Janeiro: Cortez, 2006.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Código de ética do/a assistente social*. 2. ed. Brasília, DF: CFESS, 1996.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Caderno contra o estigma em saúde mental*. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.cfess.org.br>. Acesso em: 06 nov. 2024.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Código de Ética Profissional do Assistente Social*. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993. Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf. Acesso em 18 jul. 2024.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Nota pública do CFESS contra os novos ataques à Política de Saúde Mental*. Conselho Regional de Serviço Social. 7ª Região, RJ, 2020b. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br>. Acesso em: 25 ago. 2022.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Brasília, DF: CFESS, 2010a.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Perfil de assistentes sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional*. Brasília, DF, 2022.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Resolução nº 569, de 25 de março de 2010*. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social na Política de Saúde Mental. Brasília, DF: CFESS, 2010b.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Série assistente social no combate ao preconceito: discriminação contra a população usuária da saúde mental. *Caderno 8*. Brasília, DF, 2022.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Sobre a incompatibilidade entre graduação à distância e serviço social*. Vol.2, Brasília, DF, 2014.

CHASIN, J. *O integralismo de Plínio Salgado: forma de regressividade no capitalismo dependente brasileiro*. São Paulo: Cortez., 2000.

COUTINHO, D. C. M; SANTOS, R.. *O trabalho do/a assistente social na saúde mental: atribuições privativas e competências profissionais em debate*. Revista EDUC – Faculdade de Duque de Caxias, Duque de Caxias, v. 3, n. 1, p. 13, jan./jun. 2016.

DUARTE, M. J. de O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. *Libertas*, v. 18, n. 2, ago./dez. 2018, p. 227-243.

FARAGE, E. A conjuntura e o trabalho de assistentes sociais: elementos para a construção da análise de conjuntura no cotidiano profissional. *In*: HORST, C. H. M.; ANACLETO, T. F. M.; CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE MINAS GERAIS (Orgs.). *A*

Dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais. Belo Horizonte: CRESS, 2023.

FELIX, K.; MASUET, L.; BARROS, L. A.; DANTAS, M. C. B.; REZENDE, P. N. O uso da tecnologia de informação e comunicação no cotidiano do trabalho profissional de assistentes sociais: a faceta da intensificação. In: RAICHELIS, R.; VICENTE, D.; VIEIRA, N. P. (orgs.). *Nova-velha morfologia do trabalho no Serviço Social: TICs e pandemia*. 1. ed. São Paulo: Educ-Capes, 2022. Disponível em: <https://www.pucsp.br/educ/livro?id=605>. Acesso em: 18 ago. 2024.

FORTES, R. V. *Trabalho e Gênese do ser social na "Ontologia" de George Lukács*. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-9R7J6S>. Acesso em: 24 de agosto de 2023.

GUERRA, Y. *et al. Atribuições privativas e competências profissionais do/a assistente social: contribuições ao debate*. 2018. Disponível em: <https://coloquio3.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/03/atribuic3a7c3b5es-privativas-e-competc3aancias-profissionais-do-a-assistente-social.pdf>. Acesso em 25 set. 2024.

HARVEY, D. *O Novo Imperialismo*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

HOBBSAWM, E. J. *O século XX: O breve século XX 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

HOLLOWAY, J. *Fundamentos teóricos para una crítica marxista de la administración pública*. México: Instituto Nacional de Administración Pública, 1982.

HORST, C. H. M.; MIOTO, R. C. T. Serviço social e o trabalho com famílias: renovação ou conservadorismo *Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, [S. l.], v. 15, n. 40, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/32749>. Acesso em: 6 fev. 2019.

HORST, C. O planejamento e a elaboração do projeto de trabalho no exercício profissional de assistentes sociais. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *A dimensão técnica-operativa no trabalho de Assistentes Sociais*. Brasília: CFESS, 2023, p. 113-139.

IAMAMOTO, M. V. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, M. V. *Renovação e conservadorismo no serviço social*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IBGE. *Divisão regional do Brasil em mesorregiões e microrregiões geográficas*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, jul. 2011, p. 3051–3060.

LESSA, S. *Serviço social e trabalho: porque o serviço social não é trabalho*. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

LIMA, C. A. de. *O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do lugar de cuidado na saúde mental: contribuições e perspectivas para o Serviço Social*. 2015. 132 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/handle/handle/17767>. Acesso em: 21 fev. 2025.

LUKÁCS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. *Temas de Ciências Humanas*, São Paulo, Livraria Editora Ciências Humanas, v. 4, 1978. p. 1-18.

LUKÁCS, G. *O trabalho*. Tradução de Ivo Tonet. Mimeografado. Extraído de Per L'Ontologia Dell'essere Socieale. Roma: Riunit, 1981.

MAGALHÃES, V. P. de; BARROS, L. D. V. Eletroconvulsoterapia em perspectiva ou para a crítica do eletro-choque. *Argumentum*, Vitória, v. 15, n. 1, jan./abr. 2023, p. 206219.

MANDEL, E. *Capitalismo tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual dos Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *O manifesto comunista*. Tradução: Sueli Tomazini Barros Cassal. Porto Alegre: L&PM, 2013.

MARIA Maria. Intérprete: Milton Nascimento. Compositores: M. Nascimento e F. Brant. *In: CLUBE da esquina 2*. Intérprete: Milton Nascimento. [S. l.]: EMI Records Brasil Ltda, 1978.

MARX, K. Capítulo VI Inédito de O Capital: Resultados do processo de produção imediata. São Paulo: editora Moraes LTDA, 1969.

MARX, K. *Grundrisse*. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Livro 1, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MARX, K. *O Capital: Livro 1*. Rio de Janeiro: Boitempo, 2017.

MARX, K. *O Capital: o processo de produção do Capital*. Livro 1, v. II. 9. ed. São Paulo: DIFEL, 1984.

MARX, K. *Teorias da mais-valia: História Crítica do Pensamento Econômico*. Vol. I. 2ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1987.

MATOS, M. C. de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. *Serviço Social & Sociedade*, n. 124, out. 2015, p. 678–698.

- MENDONÇA, A. M. G. *Reforma Psiquiátrica em Montes Claros: perspectiva histórica*. 91 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) – Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2009.
- MÉSZÁROS, I. *A teoria da alienação em Marx*. São Paulo. Boitempo, 2006.
- MÉSZÁROS, I. *Para Além do Capital: Rumo a uma teoria da transição*. São Paulo: Boitempo, 2002.
- MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. ed. 21. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Promoção da Saúde: intersectorialidade e transversalidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em 21 out 2024.
- MIRANDA, S. de A. B. *Política de Saúde Mental em Montes Claros: os caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica*. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2019.
- MONTES CLAROS. *Lei n. 3.175, de 28 de novembro de 2003*. Institui o Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Montes Claros e estabelece outras disposições. Montes Claros: Prefeitura de Montes Claros, 2003.
- NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. *Serviço Social e Saúde*, v. 4, p. 141-160, 2006.
- NETTO, J. P. *Capitalismo e reificação*. São Paulo: Ciências Humanas, 1981.
- NETTO, J. P. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011a.
- NETTO, J. P. *Ditadura e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1998
- NETTO, J. P. *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo: Expressão popular, 2011b.
- NETTO, J. P. Para uma crítica do cotidiano. In: CARVALHO, M. C. B.; NETTO, J. P. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. São Paulo: Cortez, 2000, p. 64-91.
- NETTO, J. P.; BRAZ, M. *Economia política: uma introdução crítica*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- OLIVEIRA, E. A. de. Crise, queda da taxa de lucro e a política social no capitalismo. *Revista Katálysis*, v. 26, n. 2, p. 193-201, maio 2023.
- PASSOS, R. G. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 10-23, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>. Acesso em: 21 fev. 2025.

- PASSOS, R. G. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. *Sociedade em Debate* (Pelotas), v. 23, n. 2, p.55-75, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678/1043>. Acesso em: 21 fev. 2025.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103–109, fev. 2001.
- PRADO, Y.; SEVERO, F.; GUERRERO, A. Reforma psiquiátrica brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, p. 250-263, out. 2020. Disponível em: Disponível em: [» https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sNR3QKGwVLt3my3zBLLNFXQ/?format=pdf\(=pt\)](https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sNR3QKGwVLt3my3zBLLNFXQ/?format=pdf(=pt)). Acesso em: 8 jul. 2024.
- RAGO, M. *Do Cabaré ao Lar: A utopia da cidade disciplinar e a resistência anarquista (1890-1930)*. 1 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. *Serviço Social & Sociedade*, n. 102, p. 339–351, abr. 2010.
- ROSA, L. C. S.; LUSTOSA, A. F. M. Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 11, n. 1, p. 27-50, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635023>. Acesso em: 1 nov. 2024.
- SALES, D. R. O estigma na saúde mental e o desafio de uma nova moralidade. In: BRANDÃO, V. B. G. (Org.). *Educação em saúde mental: temas e contextos*. São Paulo: Pimenta Cultural, 2022. cap. 1, p. 10-24.
- SANTOS, H. *Et. al. Grupo com jovens LGBTQIAP+: relato de experiência em um Centro de Atenção Psicossocial*. *Revista de Educação Interterritórios*. Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru, BRASIL. v.10, n. 19, p. 31, 2024. DOI: <https://doi.org/10.51359/2525-7668.2024.261704>.
- SANTOS, J. M. *A Política de saúde mental brasileira de 2016 aos dias atuais: entre perspectiva antimanicomial e o avanço do neoconservadorismo*. Orientadora: Cristiane Silva Tomaz. 2024. Relatório Final de Atividades do Bolsista/Voluntário – Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Aplicadas, Universidade de Ouro Preto, Ouro Preto, 2024.
- SCHEFFER, G. Subsídios Históricos para Crítica dos Fundamentos do Serviço Social Clínico no Brasil. In: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOMES. T. M. S. (orgs.). *Serviço Social, Saúde Mental e Drogas*. Campinas: Papel Social, p. 189-208, 2017
- SCHEIBEL, A.; FERREIRA, L. H. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, p. 966-966, 2012.
- SOUSA, A. S. *et al.* A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. *Cadernos da Fucamp*, v. 20, n. 43, p. 64-83. 2021. Disponível em: <https://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/download/2336/1441>. Acesso em: 21 fev. 2025.

TEIXEIRA, Fleury. *Projeto Montes Claros: A utopia revisada*. Abrasco. Rio de Janeiro, 1995.

TOMAZ, C. S. *O Serviço Social na saúde mental e o Técnico de Referência: possibilidades de uma atuação crítica?*. 2018. 255 f. Tese (Doutorado em Política Social e Trabalho) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.bdttd.uerj.br:8443/handle/1/15862>. Acesso em: 1 ago. 2023.

TOMÁZ, C.; SANTOS, J. M. A política de saúde mental brasileira de 2016 aos dias atuais: entre perspectiva antimanicomial e o avanço do neoconservadorismo. *In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS (ENPESS)*, 32024., 2024, Fortaleza, *Anais [...]*. Fortaleza: ABEPSS, 2024. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/enpess-anais/public/arquivos/2024/oral/02641.pdf>. Acesso em 21 fev 2025.

YASUI, S. *Desafios da reforma psiquiátrica brasileira: a complexidade da prática e a intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2010.

YAZBEK, M. C. A dimensão política do trabalho do assistente social. *Serviço Social & Sociedade*, n. 120, p. 677–693, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/4RNYGqckdySpPrJ6cTmsBSQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 23 out. 2024.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro das Entrevistas



TÍTULO DA PESQUISA: O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE CRISE DO CAPITAL: UM ESTUDO DE UM MUNICÍPIO NORTE MINEIRO

Pesquisadora: Thalita Lorrane Rocha Rodrigues / Orientadora: Sabrina Paiva

ROTEIRO DA ENTREVISTA

I. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:

1. Idade: _____ anos
2. Raça/etnia: () branco () amarelo () preto () pardo () indígena
3. Como você se identifica em termos de gênero? () mulher cis () homem cis () mulher trans () homem trans () não binário
4. Qual o seu estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a)/União consensual () Separado/Divorciado(a) () Viúvo(a)
- 4.1. Com quem reside? Possui filho/a/s?
5. Sua renda familiar gira em torno de quanto? () entre 1 e 2 salários mínimos () entre 2 e 3 salários mínimos () entre 4 e 5 salários mínimos () acima de 6 salários mínimos 6 - Seu salário como assistente social gira em torno de quanto?
() Sem remuneração () 1 até 2 SM () acima de 2 até 3 SM () () acima de 3 até 4 SM () acima de 4 até 5 SM () acima de 5 até 6 SM () acima de 7 até 9 SM () acima de 9 até 10 SM () mais de 10 SM

II. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

01. Em qual instituição você se formou? (nome, pública ou privada/presencial, EAD ou híbrida) 02. Qual o ano de início e conclusão do curso?
03. Você possui outra formação em nível de graduação? () Não () Sim. Qual?
3.1. Se não, gostaria de fazer outro curso ou outra formação? Qual? Me conte mais sobre essa ideia. 3.2. Se sim, atua ou já atuou nessa outra área?
04. Possui pós-graduação? () Não () Sim, qual?
- 05 - Sobre a formação continuada, você já fez cursos na área de saúde mental ou participa de algum atualmente?
06. Participa de movimentos sociais, conselhos de direitos e de políticas, representando a área de saúde mental ou a categoria profissional? Caso não, tem vontade? O que você acha que dificulta essa participação?
- 07- Durante sua inserção como profissional nesse campo, você conseguiu realizar pesquisas, fazer publicações de trabalhos científicos e/ou acadêmicos? Se não, quais as dificuldades que você encontra? O que você acha que te ajudaria nesse processo?

III. SOBRE O SERVIÇO E O VÍNCULO EMPREGATÍCIO NA SAÚDE MENTAL

01. Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? Foi sua primeira experiência no campo da Saúde Mental? (Você possui outro vínculo empregatício enquanto assistente social? Em quais instituições?)
02. Antes de você começar a trabalhar aqui, você trabalhou em outros espaços sócio-ocupacionais? Se sim, quais?
03. Qual o seu tipo de vínculo empregatício nesta instituição/organização?
04. Quais direitos, benefícios trabalhistas você possui? (Férias remuneradas, décimo terceiro, salário, licença maternidade, vale-transporte, tíquete alimentação, seguro de vida, assistência médico/hospitalar, etc.)
05. Atualmente, vocês possuem plano de carreira?
06. Qual a sua carga horária de trabalho semanal? Acontece de você precisar ultrapassá-la?
07. Como você avalia suas condições estruturais para a realização do seu trabalho atualmente? (recursos físicos, materiais. Eles são suficientes para realização do trabalho)
08. A instituição/organização autoriza/fomenta sua participação em cursos, palestras, simpósios, congressos, conferências ou seminários?
 - 08.1. Tem algum que te marcou e que você gostou mais?
 - 08.2. Você recebe subsídios ou financiamento para participar desses eventos (seja da categoria ou do campo)?
09. Qual a formação profissional do gestor/a do serviço?
10. Quem e quantos são os profissionais que compõem a equipe técnica? Você acha que estão em número e também em especificidades profissionais adequadas aos objetivos realizados pelo serviço? Você sente falta de algum profissional (categoria) na equipe?
11. Você já se afastou ou conhece algum profissional que esteve (está) em auxílio-doença em decorrência do exercício laboral? Se sim, como ocorreu o processo de afastamento? (Aqui em seu cotidiano, você considera que é um ambiente que influencia para o adoecimento dos profissionais?)
12. Considerando o contexto de pandemia provocado pela COVID-19, você considera que houve/há impactos em seu processo de trabalho? Se sim, me conta um pouco sobre esses impactos.
13. Você tem procurado outras alternativas de trabalho? Se sim, você poderia me contar o que te motiva?

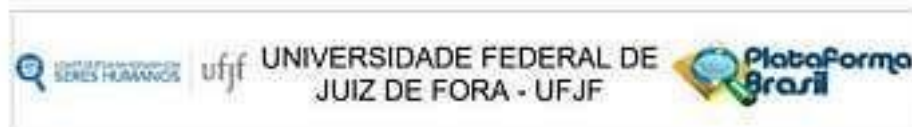
VI. COTIDIANO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

01. Você conseguiria traçar um perfil, mesmo que grosso modo, dos usuários do CAPS em que trabalha?
02. Me conta um pouco como é o seu cotidiano profissional aqui nessa instituição? (atividades, instrumentos, ações, relações, etc) (investigar as ações socioeducativas- individuais e grupais, o trabalho com famílias, as funções de gestão e administrativas, relação com a equipe, etc)
03. Como ocorre o acolhimento? Como vocês se organizam? Como você se sente ao realizar um acolhimento inicial? (exemplos)
04. O Assistente Social atua como técnico de referência? Como você vê essa função? Você acha que há alguma diferença na atuação como técnico de referência entre os diversos profissionais?
05. No CAPS é realizado atividades de oficinas terapêuticas? Como que o Serviço Social atua nessas atividades grupais?

06. Como você percebe o trabalho multiprofissional desenvolvido pelas equipes aqui no CAPS? (como vocês organizam a dinâmica do trabalho multiprofissional?) Como você percebe a contribuição do assistente social na equipe multiprofissional?
07. Me fala um pouco sobre as funções mais específicas do Serviço Social aqui no CAPS? Há algo no processo de trabalho que possamos identificar como atribuição privativa do/a assistente social?
08. Quais ações você gostaria de desenvolver, mas não desenvolve? Por quê?
09. O Serviço Social da instituição consegue desenvolver um planejamento das ações? (Como funciona? Poderia me falar um pouco mais sobre isso? Se não, quais as dificuldades encontradas? Tem pensado em estratégias para conseguir planejar atividades?)
10. Existe trabalho intersetorial com as demais políticas sociais? Se sim, me fala como você avalia essa dimensão importante do seu trabalho.
11. No dia a dia, quais são os motivos que levam os usuários e seus familiares a buscarem o Serviço Social? (mapear as demandas dos usuários)? Você consegue atender às demandas colocadas para o Serviço Social? Vamos fazer uma avaliação, como você vê as respostas que vocês conseguem dar?
12. Sobre as demandas/requisições colocadas pela gestão municipal para o Serviço Social nos CAPS, há algo que você identifica que chega de forma equivocada, ou seja, que você não identifica como demanda para o SS?
13. Você considera que existe autonomia para realização do seu trabalho? () Sim () Não. Por quê?
14. Me conta um pouco dos desafios que você/s vivencia nos cotidianos profissionais? (investigar assédio, conflitos em equipe, violência entre usuários e profissionais e profissionais entre si etc)
15. Pela estrutura que a instituição dispõe para a realização do trabalho, você diria que é possível assegurar o sigilo profissional? Inclusive nos prontuários?
16. Você supervisiona ou já supervisionou estágio curricular? Se sim, você gosta? Conta um pouco desse processo. Se não, você tem desejo?
17. Você identifica alguma relação entre a reforma psiquiátrica antimanicomial e o atual Projeto Político do Serviço Social? Se sim, poderia me contar um pouco sobre isso.
18. Como você percebe o desenvolvimento da política de saúde mental no contexto atual e no município em que trabalha?
19. Como você vê a nossa profissão inserida no âmbito psicossocial?
20. Você tem algo mais para acrescentar a esta pesquisa?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Crise estrutural do capital e seus rebatimentos para o cotidiano do trabalho de Assistentes Sociais na Saúde Mental

Pesquisador: THALITA LORRANE ROCHA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70561723.3.0000.5147

Instituição Proponente: Programa de Mestrado em Serviço Social UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.259.579

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Apresentação: Pesquisa qualitativa com entrevistas semi-estruturadas. O público-alvo da pesquisa são assistentes sociais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Montes Claros em Minas Gerais. Pretende-se entrevistar 10 assistentes sociais que atuam em tal setor da rede de atenção à saúde, utilizando-se as entrevistas semi-estruturadas como técnica de coleta de dados. Não haverá intervenção direta na pesquisa."

Objetivo da Pesquisa:

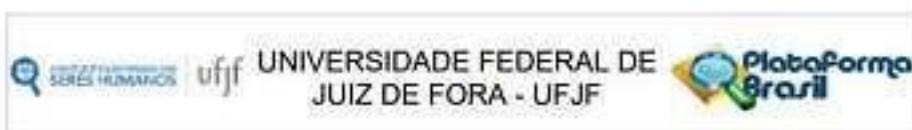
"Objetivo Primário: Analisar os rebatimentos da crise estrutural do capital para o cotidiano do trabalho de Assistentes Sociais na Saúde Mental.

Objetivo Secundário: Compreender a relação entre as particularidades da formação sócio-histórica Brasileira e a constituição da política de saúde mental; Analisar os rebatimentos da crise estrutural do capitalismo contemporâneo para o mundo do trabalho; Interpretar os desafios e possibilidades do trabalho profissional de Assistentes Sociais no contexto contemporâneo no campo da atenção psicossocial."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos e restringe-se ao sigilo a

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/A
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.proppi@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.258/579

identificação e as informações referentes aos participantes; no entanto, todos os cuidados serão tomados para preservar a sua identidade, não havendo maiores riscos a este."

"Benefícios: A pesquisa trará informações que possibilitarão qualificar a assistência em saúde mental oferecida pelo Serviço Social ao identificar os desafios e possibilidades para a atuação profissional nesse campo."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

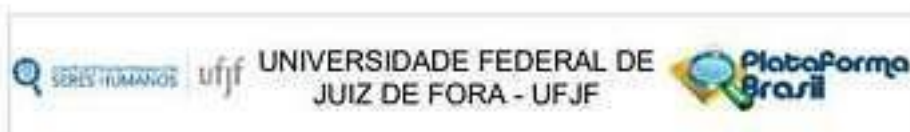
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, e tendo sido sanadas as pendências apontadas em parecer anterior, o projeto

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-000
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3755 E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.259.076

está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 28/02/2024

Considerações Finais a critério do CEP:

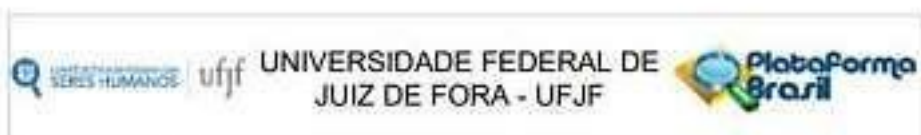
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2113021.pdf	31/07/2023 18:57:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DETALHADO 31072023.pdf	31/07/2023 18:50:30	THALITA LORRANE ROCHA RODRIGUES	Aceito
Outros	CurriculoSabrina.pdf	16/06/2023 13:30:10	THALITA LORRANE ROCHA	Aceito
Outros	CurriculoThalita.pdf	16/06/2023 13:29:01	THALITA LORRANE ROCHA	Aceito
Outros	ROTEIRO ENTREVISTA PLATAFORMA BRASIL.pdf	15/06/2023 18:42:52	THALITA LORRANE ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	15/06/2023 10:18:57	THALITA LORRANE ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO INSTITUCIONAL.pdf	07/06/2023 15:49:21	THALITA LORRANE ROCHA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodesiglo190523.pdf	07/06/2023 15:47:43	THALITA LORRANE ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE190523.pdf	07/06/2023 15:44:32	THALITA LORRANE ROCHA RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32) 4102-3788 E-mail: cep.prop@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.259.579

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 24 de Agosto de 2023

Assinado por:
Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 35.036-000
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32) 2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br