

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC-SP**

**SILVIA MOREIRA DA SILVA**

**O TRABALHO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS (CAPS – AD) NOS MUNICÍPIOS DE SANTO ANDRÉ E  
DIADEMA (SP): DESAFIOS PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

**DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**SÃO PAULO**

**2019**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM SERVIÇO SOCIAL**

**SILVIA MOREIRA DA SILVA**

**O TRABALHO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS (CAPS – AD) NOS MUNICÍPIOS DE SANTO ANDRÉ E  
DIADEMA (SP): DESAFIOS PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

**DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosangela Dias Oliveira da Paz.

**SÃO PAULO**

**2019**

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

---

---

Ao meu amado pai Milton Moreira da Silva (in memorian) por ter sempre acreditado em mim, ao meu irmão querido Nilton Rebouças da Silva (in memorian) meu companheiro de todas as horas, a minha avó e professora Floripes Conceição Ramos (in memorian), ao meu grande amigo Reinaldo Oliveira Leigo (in memorian).

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## AGRADECIMENTOS

Essa Tese de Doutorado é sonho realizado com muito esforço, muitas angustias e muitas lágrimas, mas acima de tudo, uma felicidade que tem nome, que foi produzida com garra, empenho, vontade de vencer, de crescer, de devolver a sociedade e a minha família tudo que recebi, aprendi e cresci, durante a sua concretização. Momentos difíceis que foram superados e que frutificou e produziu rico conhecimento.

Nesta estrada que está direcionada a produção de conhecimento, de troca com outros saberes e de experiencia, foi possível contar com grandes colaboradores que foram meu apoio, baluarte, esperança, proteção e expressão de amor. Explicito aqui minha gratidão e disponibilizo para estes colaboradores e partilho com eles o conhecimento apreendido.

Agradeço primeiramente ao meu Deus meu maior amor, minha fortaleza e socorro bem presente nos momentos de angústia.

Ao meu amado pai Milton Moreira (in memorian) por ter sempre acreditado em mim.

À minha mãe Florisvalda guerreira que sempre me incentivou a crescer e nunca deixar de lutar pelo que acredito.

Ao meu irmão querido Nilton Rebouças (in memorian) meu companheiro de todas as horas.

À minha avó Floripes Ramos (in memorian) uma grande professora.

Às minhas amadas tias Durvalmira Conceição, Olivânia Santos e Durvalnise Silva, que auxiliaram na minha criação e formação como pessoa.

Aos meus sobrinhos (as) amados (as), Rafael, Camila, Bianca, Isac, Luna, Marcelo, Luca e Lara, grandes amores do meu coração. Lara meu eterno bebê.

Aos meus amados irmãos Meire (minha parceira), Eline Milton, Cristiane, Márcia, Wilton. Ao primo Marlon e Sergio.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosangela Dias Oliveira da Paz que segurou na minha mão e não deixou que eu desistisse, minha grande incentivadora, a pessoa que vou levar para sempre em meu coração, na minha vida. Um ser humano de coração nobre e raro.

Agradeço os meus entrevistados e entrevistadas sujeitos desta pesquisa por partilharem comigo as suas experiencias profissionais e de vida.

À Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (Capes) que possibilitou através da bolsa de estudos a realização desta Tese de Doutorado.

Aos queridos professores do Programa de Serviço Social da PUCSP, Profª Drª Maria Lúcia Barroco, Profª Drª Antônio Carlos Mazzeo, Profª Drª Damares Vicente, Profª Drª Maria Lúcia Martinelli, Profª Drª Maria Carmelita Yazbek, Profª Drª Dirce koga, Profª Drª Raquel Raichelis Degenszajn.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social ao Prof. Dr. Ademir Alves da Silva pelo apoio desde início do curso.

À Andréia Fazekas Canhetti pela disposição que sempre tem para auxiliar os alunos e em especial a mim. Gratidão para sempre.

À Miriam da Secretaria do Programa de Pós-Graduação pelo incentivo.

À minha amada Ivete Arrabal e família.

Aos amigos (as) de todas às horas: Lourdes Silva, Manoel Peres, Vanessa, Eliana Guerra, Décio, Cleise Santana, Jurânia Costa, Katia, Luana, Spiassi, Getúlio, Andrea Chulvis, Solange Ferreira, Ana Dezoti, José Felix, Natália Menezes, Lucimara, Geovana, Joana, Madalena, Pepê, Vanúbia, Helena, Marcelo Gil, Alcione, Claudia Gabrício, Lídia, Daiane, Ana, Martinélia, Mikaela, Silmara, Paulinha (SENAC), Marcos Pedotti.

À minha querida e amada amiga Simone Chan, Mei e família.

À amada Eliana Silva, Pascoa e família pelo suporte em momento difícil.

Aos amigos do coração meu muito obrigado Elisabete Lobo e Rafael Cividanes.

À minha amada amiga Liliana Leite por momentos de cuidados comigo.

A amiga do peito e parceira de todas as horas Rosane Ribas.

Às amigas Daniela Guedes, Gabi e Ellizete, Débora meu agradecimento pelo amor e dedicação quando precisei.

Às minhas amigas Ana Carolina e Júlia minha eterna gratidão.

À minha querida Bruna Cléa minha amizade para sempre. Obrigada pelo apoio nas horas difíceis.

À Tatiana Paixão pelos momentos de conversa e café para relaxar.

Aos queridos colegas e amigos do coração do NAT- Ministério Público do Estado de São Paulo-MPSP, Júlia Fialho, Larissa, Yure, Paula Bergaminho, Tiago Colado, Tiago Bonfim, Isabel, Rogério, Lidiane, Ana Célia, Luciano, Daniele e Carla.

À equipe maravilhosa da Infância e Juventude do NAT-MPSP Simone, Paula, Yone, Natália, Wellington, Natacha, Raimundo Neto, Carla, Rodrigo.

À amiga Paula Guimarães digo obrigada do fundo do meu coração.

À Yone Campos e Natália Lôbo que formam um trio da amizade comigo.

À Natacha minha dupla de visita no NAT-Ministério Público do Estado de São Paulo.

À Mariana Santos pela revisão do meu trabalho e amizade.

À Cíntia Silva, Luciana Ribeiro e Bianca Ribeiro gratidão pelo suporte nas horas difíceis no doutorado.

À Prefeitura Municipal de Santo André Stefanie Kulpa, Danny Martyn Van Groes, Marinês Santos Oliveira, Mara, Antônio Pagni, Francine, Lea, Nair, Ângela, Daniel, Paula, Willian, Glaucia, Marcel, Cláudia, Vanilda e todos os educadores e usuários do Centro POP, aos funcionários do CAPS-AD e do Consultório na Rua.

À Prefeitura Municipal de Diadema Luiz Carlos Sartori, Fernanda Cestaro Prado Cortez, Denise Miyamoto de Oliveira, Denise Santos e Elaine Zingari.

SILVA, Silvia Moreira da. **O Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS-AD) nos municípios de Santo André e Diadema (SP):** desafios para a atuação profissional. 2019. 179f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

## RESUMO

A presente tese objetiva conhecer o trabalho dos assistentes sociais e de outros profissionais, nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, especificamente, nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas-CAPS-AD dos municípios de Diadema e Santo André de São Paulo. Para tanto, analisa de que forma a precarização do trabalho, no cenário de avanço do ideário neoliberal, tem impactado as práticas profissionais destes trabalhadores, além de apresentar as dificuldades e desafios frente ao contexto de mudanças da política de saúde mental. Para alcançar os objetivos mencionados, realizou-se levantamento bibliográfico quanto às temáticas: trabalho, alienação, neoliberalismo, Reforma Psiquiátrica, Serviço Social, dentre outras. Na pesquisa de campo para a coleta de dados utilizou-se entrevistas semiestruturadas, com sete profissionais do CAPS-AD e do Consultório na Rua, dos municípios estudados. Como resultados da pesquisa, foi observado que as mudanças na política nacional de saúde mental e a precarização do trabalho afetam o cotidiano desses trabalhadores e da equipe multidisciplinar nesses serviços da RAPS, causando-lhes, inclusive, adoecimentos que se refletem no trabalho. Frente às mudanças na política de saúde mental, percebe-se uma possibilidade de retorno do modelo manicomial, violador de Direitos Humanos dos usuários da saúde mental, a despeito dos avanços da reforma psiquiátrica e sanitária, com implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da RAPS. O debate acerca das alterações na política de saúde mental precisa chegar à sociedade e sobretudo aos usuários e familiares a quem se destina esta política, visando garantir o direito de cuidados e de atenção dentro da RAPS, na lógica comunitária, participativa, democrática e autônoma, ao invés da institucionalização em serviços asilares.

**Palavras-chaves:** Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial. Precarização do Trabalho. CAPS-AD.

## **ABSTRACT**

This thesis aims at discussing the work of social workers, psychologists, and, peer workers in the services of Psychosocial Attention Network (RAPS), more specifically, within the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS-AD) of Diadema's and Santo André's cities. For that, it analyses in what ways the work precariousness, in the advance of neoliberal ideal scenario, has been impacting the praxis of these professionals, and it also presents the difficulties and the challenges facing the political and mental health contexto changes. To reach the mentioned objectives, a bibliographic review was made on the topics: labor, alienation, neoliberalism, psychiatrist reform, social services among others. In the field, to collect data, semi-structured interviews were conducted with seven professionals in the CAPS-AD and of Consultório na Rua – Street Clinic – of the targeted cities. As a result from the research, it was observed that the changes in the national mental health policy and the work precariousness affect the everyday work of these professionals and the multidisciplinary team on the RAPS services, causing them sickness, which also impacts on their work. With the policy change, a setback to an insane asylum model is possible to occur, which is a violator of mental health users' human rights, in spite of the advances of the psychiatrist and sanitary reform, with the implementation of the Unique Health System (SUS) and of RAPS. The debate around the changes of the mental health policy needs to reach society and mainly users and families who are the target of these policies, aiming at guaranteeing the right to care and attention within RAPS in the communitarian, participative, democratic and autonomous logic, instead of the institutionalization of asylum services.

**Keywords:** Illness. Social Work. Neoliberalism. Psychiatrist Reform. Precarious Work.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Missão da Sociedade em relação a usuários da saúde mental.....	59
Figura 2 – Braços presos, boca livre para lutar. ....	61
Figura 3 – Se fosse eu?.....	62
Figura 4 – Equipe do Consultório na Rua .....	108

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Identificação dos/as entrevistados/as .....	22
Tabela 2 – Cronologia do processo de formação do município de Santo André .....	99
Tabela 3 – Equipamentos específicos da saúde mental: RAPS.....	102
Tabela 4 – Estruturas dos equipamentos da RAPS pode quanto a população atendida, recursos humanos e território de abrangência .....	103
Tabela 5 – Estrutura da Saúde de Diadema.....	111
Tabela 6 – Estrutura da Rede de Atenção Psicossocial de Diadema.....	112

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFAS	Conselho Federal de Assistentes Sociais
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalho
COMAD	Conselho Municipal de Políticas Públicas Sobre Álcool e outras Drogas de Diadema
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONSEG	Conselho Comunitário de Segurança
CRAS	Conselho Regional de Assistentes Sociais
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
EC	Emenda Constitucional
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPRED	Instituto de Previdência do Servidor Municipal de Diadema
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos trabalhadores da Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRD	Programa de Redução de Danos
PROUNI	Programa Universidade para todos
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
URD	Unidade de Redução de Danos
USP	Universidade São Paulo
LGBTQTIA+	Lésbicas Gays Bissexuais Transexuais Transgêneros Travestis Queers Intersexuais Assexuais +

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
1. A POLÍTICA NEOLIBERAL E OS REFLEXOS NO MUNDO DO TRABALHO.....	27
1.1 Os sentidos do trabalho .....	27
1.2 Neoliberalismo e as relações de trabalho .....	31
1.3 A precarização do trabalho no contexto brasileiro .....	37
1.4 Trabalho e Serviço Social.....	45
2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: CONTEXTO HISTÓRICO .....	58
2.1 A história da Loucura: do chamado louco ao trânsito para cidadão.....	58
2.2 Primeiros passos em direção à Reforma Psiquiátrica: por uma sociedade sem Manicômios .....	64
2.3 Política Nacional de Saúde Mental e outros marcos legais .....	71
2.4 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): nova forma de cuidado aos usuários da saúde mental .....	79
2.4.1 CAPS-AD e os Consultórios na Rua.....	82
2.4.2 Redução de Danos .....	88
2.5 Apontamentos para a atuação do assistente social na saúde mental.....	94
3. POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DAS CIDADES DE SANTO ANDRÉ E DIADEMA .....	97
3.1 O Município de Santo André.....	97
3.1.1 Características do município .....	97
3.1.2 Política Municipal de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial em Santo André.....	100
3.1.3 CAPS II-AD, Redução de Danos e Consultórios de Ruas .....	105
3.2 Município de Diadema .....	109
3.2.1 Características do município .....	109
3.2.2 Política Municipal de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial em Diadema .....	111
3.3 Apontamentos sobre as cidades de Santo André e Diadema.....	117
4. A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL E DA EQUIPE PROFISSIONAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-AD).....	119
4.1 O Serviço Social e a sua atuação na saúde mental .....	120
4.2 O trabalho nos CAPS-AD de Santo André e Diadema .....	127

4.2.1 Relação CAPS-AD e Redução de Danos: Programas Consultório na Rua.....	132
4.2.2 Matriciamento .....	133
4.2.3 Rede de Serviços .....	135
4.3 Gestão .....	137
4.3.1 Dificuldades no serviço.....	140
4.3.2 O que é preciso melhorar no CAPS-AD e no Consultório na Rua .....	142
4.3.3 Formas de controle e avaliação de desempenho dos funcionários.....	144
4.4 Trabalho do assistente Social e de outros profissionais .....	146
4.4.1 Neoliberalismo e as consequências no trabalho .....	148
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	156
BIBLIOGRAFIA .....	168
APÊNDICE .....	182

## INTRODUÇÃO

Este doutorado tem como proposta conhecer o trabalho desenvolvido por assistentes sociais e de outros profissionais nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) dos municípios de Santo André e Diadema do estado de São Paulo, para que, com isso, venha à tona, as possibilidades e limites da intervenção cotidiana, desenvolvidas pelo/a profissional de serviço social dentro da saúde mental. Objetiva-se compreender as condições e processos de trabalho destes/as profissionais, bem como questões peculiares vivenciadas dentro do espaço socio-ocupacional dos CAPS-AD, no desenvolver do seu trabalho cotidiano.

Para esta pesquisa de doutorado alguns questionamentos surgiram de forma inquietante, com referência aos significados do trabalho para o assistente social e outros profissionais do CAPS-AD e Consultório na rua; como o trabalho está organizado e constituído diante de um sistema neoliberal que cada vez mais retira direitos dos trabalhadores e só o explora para ter lucro; como a política de saúde mental tem contribuído para garantia de direitos e acesso a saúde mental aos usuários de substâncias psicoativas; pode-se dizer que não se está trabalhando na lógica manicomial?

A cidade de Santo André se constituiu como ponto de partida, por ser um município no qual sempre atuou esta doutoranda e desenvolveu a maior parte da experiência profissional (1998-2013) e foi o lócus-tema de sua Dissertação de Mestrado<sup>1</sup>. Além disso, a experiência como técnica e, logo depois, coordenadora da Unidade de Redução de Danos (URD) do mesmo município, contribuiu para esta escolha. A opção por trabalhar o tema na cidade de Diadema, se justifica por, à época do início dos trabalhos da Redução de Danos, os dois municípios, que fazem parte da região metropolitana de São Paulo, possuem uma conurbação urbana intensa e, também, pelo fato de haver uma forte intersecção entre os Programas de Saúde Mental das duas cidades, através de trocas de experiências, vivências e intercâmbios de profissionais, os quais fomentavam as ações dos programas municipais envolvidos.

Aliada a isso, a experiência de uma profissional muito engajada na luta de saúde mental e redução de danos, que sofreu com o cerceamento de sua atuação e suas diversas tentativas de ação, inovações e implementação de estratégias, unidas às suas

---

<sup>1</sup> Mestrado realizado na USP-SP (Universidade de São Paulo), em 2006 - 2008, cujo tema foi “A Unidade de Redução de Danos do Município de Santo André: Uma Avaliação”.

próprias dificuldades e potencialidades, foram também o mote que levou a doutoranda a identificar as questões pertinentes à tese.

Durante o processo de estudo no programa de doutorado, surgiram reflexões, tanto por meio das disciplinas cursadas, quanto das experiências resultantes do trabalho como assistente social na saúde mental, bem como de interlocuções com outras profissionais assistentes sociais, atuantes na mesma área de trabalho. Elementos fundamentais foram trazidos, fomentando a perspectiva da pesquisadora sobre a temática.

No entanto, o entendimento sobre a importância de uma pesquisa desse porte, se deu a partir do olhar para o contexto social atual brasileiro, em que as políticas públicas como as de saúde mental e, principalmente, aquelas com foco em populações vulneráveis, conquistadas coletivamente, a muito custo, por diversos movimentos sociais, estão sendo desconstruídas, portanto, fazendo-se necessária sua defesa .

Apesar de intensa vivência com a saúde mental e a redução de danos, a pesquisadora buscou manter distanciamento e criticidade na pesquisa, objetivando garantir os cuidados éticos necessários. Para tanto, parte-se do que aponta Martinelli (2005, p. 118) sobre pesquisa: “a pesquisa é concebida como mediação constitutiva da identidade e exercício da profissão”.

Os temas de pesquisa nascem da experiência do pesquisador, de seus sentimentos, porém, a realização da pesquisa exige a interlocução com a teoria, a ida a campo, a interação com os sujeitos. Fazer pesquisa, neste sentido, é descobrir caminhos, é configurar e decifrar uma paisagem desconhecida na perspectiva do que se está pesquisando (MARTINELLI, 2005, p. 123).

Assim, esta tese objetiva analisar o trabalho profissional realizado dentro do espaço socio-ocupacional do CAPS-AD, levando em conta os desafios e as possibilidades que se colocam no cotidiano. Além disso, busca: identificar as possibilidades e limites da intervenção do/a assistente social e dos técnicos do CAPS-AD, analisando-as a partir da compreensão dos processos de trabalho envolvidos no cotidiano do trabalho institucional; conhecer e analisar as dificuldades cotidianas destes/as trabalhadores/as no desenvolver das suas atividades, a partir da análise de conjuntura do trabalho; identificar as estratégias de trabalho adotadas por esses/as profissionais frente aos processos e às condições de trabalho institucional; verificar se o/a profissional de serviço social consegue identificar essas condições e esses processos

de trabalho, que envolvem seu cotidiano e possam interferir em sua atuação profissional e na da equipe multiprofissional, em geral.

Para esta tese, tomamos como referência a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária, o Projeto Ético Político do Serviço Social e a legislação vigente sobre álcool e outras drogas, no contexto do capitalismo e das reconfigurações do mundo do trabalho.

Muitos avanços ocorreram com a Reforma Psiquiátrica, como por exemplo, o reconhecimento da necessidade de se superar o modelo asilar manicomial. Para tanto, a implantação de serviços de saúde mental, de caráter aberto e comunitário, demonstrava-se essencial para a organização de uma rede de atendimento em saúde dentro da comunidade de origem das pessoas, evitando, assim, o isolamento proporcionado pela internação em hospitais psiquiátricos.

O espaço do CAPS-AD foi escolhido por ser um importante equipamento dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, por ter sido um espaço de efetiva atuação da pesquisadora. Este equipamento da rede substitutiva atua como modelo de base comunitária, participativo e democrático, voltado para atenção das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Com relação ao Serviço Social na área da saúde mental, sua inserção ocorreu nos anos de 1950. Vamos discorrer, portanto, sobre os caminhos de luta e de transformação da política de saúde brasileira, concernentes à saúde mental, bem como a redefinição da profissão do/a assistente social no Brasil, cujo marco foi um grande e importante o Movimento de Reconceituação, processo latino americano vivenciado Serviço Social, que buscou romper com o forte conservadorismo profissional da época nos âmbitos teóricos, políticos, metodológicos e ideológicos e culturais.

O profissional assistente social está inserido na divisão socio-técnica do trabalho, no âmbito do trabalho coletivo, fazendo parte como trabalhador/a assalariado/a, inscrito no movimento geral de produção e reprodução social dentro do sistema capitalista. Nesse sentido, busca-se conhecer e entender o trabalho do/a assistente social do CAPS-AD nos referidos municípios, bem como os processos e as condições de trabalho aos quais estão sujeitos/as ao desenvolver suas funções técnicas no trabalho institucional cotidiano.

Para tanto, é de fundamental importância conhecer a história da URD de Santo André e do CAPS-AD, locais nos quais foi desenvolvido o trabalho da pesquisadora como assistente social, bem como fazer o resgate da história desses serviços no município de Diadema.

A princípio, a URD era um serviço que estava se estruturando para trabalhar especificamente com as estratégias de redução de danos junto aos usuários de drogas no território (na rua) e não tinha essa nomenclatura. Redução de Danos “é uma estratégia da saúde pública, que visa reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco, devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.” (BRASIL, 2011, p. 11). O objetivo do trabalho da equipe de campo é o resgate psicossocial de indivíduos que, historicamente, dada a situação de vulnerabilidade na qual se encontram nas ruas, são considerados partes da população “sobrante ou excedente” dentro do sistema capitalista, conforme Laurel (1995, p. 174). Não se pode esquecer que estes/as usuários/as de drogas se encontravam distantes das políticas de atenção integral à saúde, bem como não eram alcançados por outras políticas públicas, tendo seus direitos violados como cidadãos.

O trabalho realizado pela URD se fundamentava, a partir da fala de Silveira et al. (2006)

[...] nos princípios de respeito aos usuários de drogas, e isso dá lugar a um diálogo honesto. Em um serviço médico ou em um programa em atenção a usuários de drogas, baseados nos princípios de RD, os usuários de drogas não se sentem incapazes de se ajudar e são estimulados a uma participação ativa. (SILVEIRA et al., 2006, p. 02).

Há mais de 17 anos, o município de Santo André desenvolve, no CAPS-AD, ações de saúde mental para usuários de substâncias psicoativas, voltadas à promoção de cuidados de uma maneira ampla, a partir de um olhar diferenciado. As ações direcionam-se ao cuidado à saúde de populações usuárias de álcool e outras drogas, a maioria em situação de vulnerabilidade devido ao uso abusivo de tais substâncias. O CAPS-AD é composto por equipe multidisciplinar (psicólogo, enfermeira, terapeuta ocupacional, assistente social, médico e técnico de enfermagem, dentre outros), com funcionamento 24h, em regime de plantão para atendimento inicial e hospitalidade dia e noite, sendo o único CAPS-AD no município. Ressalta-se que a presença da Redução de Danos no município ocorreu após a implantação do CAPS-AD, havendo espaços separados para operacionalização de ambos os serviços.

Em Diadema, o CAPS-AD e a Redução de Danos atuam dentro do mesmo espaço físico e, há uma equipe profissional específica para cada um deles funcionar (psicólogo, enfermeira, terapeuta ocupacional, assistente social, médico e técnico de

enfermagem, dentre outros), que atendem as demandas dos/as usuários/as de droga e da sua família; além dos atendimentos, ocorrem oficinas e atividades de grupo direcionadas aos usuários. Aprofundaremos mais o debate sobre o trabalho desenvolvido pelo município e a equipe multiprofissional, durante o percurso da tese.

A metodologia utilizada na pesquisa combinou a pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa empírica orientada pela abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas – perguntas abertas e fechadas –, possibilitando à pesquisadora vários ângulos de apreensão do objeto estudado. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Minayo (2002) embasa essa estratégia, ao afirmar

Entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. (MINAYO, 2002, p. 64).

Escolheu-se a abordagem qualitativa<sup>2</sup>, por ser a que melhor pode desvelar os questionamentos, as dúvidas e trazer conhecimentos que darão respostas ao objeto de análise desta pesquisa. É importante salientar o que Martinelli (2005) traz como referência quanto à utilização de abordagem qualitativa:

[...] realizar a pesquisa a partir da prática; falar a partir do lugar da experiência; trabalhar a partir de uma proximidade crítica com os sujeitos; ter sempre no horizonte o valor social da pesquisa, seu retorno ao campo de intervenção e aos sujeitos que dela participaram [...] (MARTINELLI, 2005, p. 21).

Observa-se que para a escolha dos sujeitos da pesquisa é fundamental ter cuidado com quem for escolhido, garantindo que esteja consciente do processo do qual fará parte e da liberdade para aceitar ou não a proposta de ser entrevistado. É igualmente importante explicitar a possibilidade de parar a entrevista a qualquer momento. O/A entrevistado/a não será obrigado/a a participar, não terá nenhum ônus e não sofrerá nenhuma forma de constrangimento.

Foram convidadas para participação da pesquisa assistentes sociais atuantes no CAPS-AD nas cidades de Santo André e Diadema, como já mencionado. As/os

---

<sup>2</sup> “(...) tem por objetivo trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado, não só a minha visão de pesquisador em relação ao problema, mas é também o que o sujeito tem a me dizer a respeito” (MARTINELLI, 1999, p. 21).

entrevistadas/os foram selecionadas/os a partir da indicação de uma profissional assistente social, parceira de atuação e trabalhadora do CAPS-AD de Diadema, ou também, através de indicação das/dos assistentes sociais entrevistadas/os. Além das/os assistentes sociais do CAPS-AD de cada região; foi convidado mais um profissional que faça parte da equipe técnica do CAPS-AD e um/uma redutor/a de danos que trabalhe nos municípios da região, na equipe de Redução de Danos.

Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa foram profissionais de ambos os sexos; com formação técnica há pelo menos um ano; trabalhadores do CAPS-AD e/ou da Redução de Danos há pelo menos 6 meses; trabalhadores do serviço público, independente do regime de contratação, pela rede de saúde mental.

Foram 07 pessoas entrevistadas, sendo de Santo André 02 assistentes sociais, 01 psicólogo e 01 redutor de danos; e, de Diadema, 01 assistente social, 01 psicóloga e 01 redutora de danos. Utilizaremos abreviaturas para representar cada um deles:

Tabela 1 – Identificação dos/as entrevistados/as

<b>Local</b>	<b>Entrevistada</b>	<b>Abreviaturas</b>
Santo André	Assistente Social 01	AS 1
Santo André	Assistente Social 02	AS 2
Santo André	Psicólogo 01	P 1
Santo André	Redutor de Danos 01	R 1
Diadema	Assistente Social 03	AS 3
Diadema	Psicólogo 02	P 2
Diadema	Redutor 02	R 2

Fonte: Silva. Elaboração própria (2019).

As 02 assistentes sociais da cidade de Santo André são do sexo feminino, uma com 39 e a outra com 61 anos de idade. Ambas são casadas. Quanto à raça e etnia, uma define-se como amarela e a outra como parda. Com referência à jornada de trabalho no CAPS-AD, trabalham 30hs semanais e desempenham as suas funções técnicas neste espaço, uma há 4 anos e meio e a segunda há 14 anos. O salário mensal recebido é de R\$ 4.000,00 (Quatro mil reais) e R\$ 4.200,00 (Quatro mil e duzentos reais) aproximadamente. Quanto ao regime de contratação, as 02 são regidas pela Consolidação das Leis Trabalho (CLT).

No que tange ao tempo de formada como assistente social, uma tem 10 anos e a outra 39 anos. Em relação à formação continuada, as 02 assistentes sociais fizeram especialização *Latu Senso*, sendo que a primeira em Dependência Química e a segunda em Gestão em Serviço Social. Quanto a experiências anteriores, 01 trabalhou na área da Infância e Juventude e a outra em uma empresa.

Em relação à cidade de Diadema, há apenas uma assistente social do sexo feminino, com 38 anos de idade. Quanto à questão raça e etnia se autodeclara branca. No que se refere à jornada de trabalho no CAPS-AD cumpre um total de 30h semanais e trabalha neste local há 01 ano. O salário recebido é de aproximadamente R\$ 4.200,00(Quatro mil e duzentos reais) e o regime de contratação é CLT.

No que se refere ao tempo que está formada como assistente social relata que tem 02 anos. Em relação à formação continuada não realizou nenhum tipo de especialização. Em se tratando de experiências anteriores não tem experiência com serviço social, a não ser esta no CAPS-AD.

Em Santo André entrevistamos 01 psicólogo do sexo masculino, separado, com 59 anos de idade, que se autodeclara pardo em relação à raça e etnia. Trabalha no CAPS-AD há 19 anos exercendo, a princípio, função como coterapeuta e há 05 anos como psicólogo. Trabalha neste espaço por 40h semanais e em alguns momentos chega a realizar mais de 50h semanais. Recebe um salário aproximado de R\$2.300,00 (Dois mil e trezentos reais). Realizou *especialização Latu Senso* em Dependência Química e em transtorno de Humor. Trabalhou anteriormente como metalúrgico.

Em Diadema, a psicóloga é do sexo feminino, tem 54 anos, é viúva, se autodeclara como branca. Trabalha no CAPS-AD há 2 anos como psicóloga e cumpre uma jornada semanal de 40h. Recebe salário aproximado de R\$ 5.000,00 (Cinco mil reais). É contratada pelo regime da CLT.

Formou-se há 28 anos como psicóloga e fez especialização em Dependência Química pela Universidade de São Paulo (USP) e Programação em Neurolinguística. As experiências anteriores são relacionadas ao trabalho em empresa na área de Recursos Humanos.

O redutor de danos de Santo André é do sexo masculino, solteiro, tem 44 anos de idade. É formado em Comunicação Social há 11 anos. Em relação à raça e etnia se autodeclara branco. Trabalhou na Unidade de Redução de Danos, a qual se chama atualmente Consultório na Rua. Cumpre uma jornada de 40h semanais e está neste serviço há 6 anos. É contratado pelo regime da CLT. Seu salário é de aproximadamente

de R\$1.400,00 (Hum mil e quatrocentos reais), já trabalhou anteriormente como gerente de uma Livraria. Realizou especialização em Dependência Química.

A redutora de Danos de Diadema é do sexo feminino, tem relação estável, 40 anos de idade. Quanto à questão da raça e etnia diz ser branca. É funcionária pública estatutária contratada como assistente social. Trabalha atualmente no Programa DST/AIDS que fica no mesmo prédio do CAPS-AD e do Consultório na Rua. Trabalhou no início da Implantação da Redução de Danos, sua carga horária era de 40h semanais e recebia seu salário pelo Planos e Metas do Programa DST-AIDS (PAM) de aproximadamente R\$ 800,00 (Oitocentos reais). Formou-se como assistente social há 12 anos e estava neste serviço há 14 anos como redutora de Danos. Realizou especialização *Latu Senso* em Saúde Pública. Suas experiências anteriores não foram em saúde mental.

A coleta dos dados ocorreu no CAPS-AD, no espaço da redução de danos ou em local escolhido pelo/a entrevistado/a, no qual este/a se sentisse confortável. Foi elaborado roteiro, a fim de direcionar entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas e fechadas, agendadas e conduzidas pela pesquisadora. Lang, nos fornece uma visão sobre o sentido de conduzir a pesquisa dessa forma, alegando que:

Através do depoimento oral, busca o pesquisador obter o testemunho do entrevistado sob sua vivência em determinadas situações ou participação em determinadas instituições que se quer estudar, observando-se que, nas ciências sociais, o depoimento não tem o sentido de estabelecimento da verdade, mas de conhecimento de uma versão devidamente qualificada (LANG, 2001, p. 96).

Para a consecução das entrevistas, foram apresentados aos sujeitos os objetivos da pesquisa e utilizados: o “Termo de Compromisso do Pesquisado” e o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE). A assinatura no TCLE ocorreu ao final da entrevista. Os/As entrevistados/as foram orientados/as sobre a possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para ele/a. Como a pesquisa ocorreu na área da saúde, houve necessidade de se buscar autorização do Comitê de Ética de cada um nos municípios selecionados.

Utilizou-se, para avaliação das informações prestadas pelos entrevistados, a análise de conteúdo, a qual, segundo Bardin (1977, p. 160), refere-se a:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, obterem indicadores quantitativos ou não, que permitam a

inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens.

Utilizou-se também, para realização desta pesquisa, o esclarecimento de Demartini (2001), ao enfatizar que “este é um processo de análise, que precisa ser visto como contínuo”. Para tanto, todos os ajustes necessários foram realizados, a fim de garantir que a pesquisa não ficasse engessada, tivesse fluidez no seu decorrer, e não houvesse empecilhos em sua continuidade.

Nessa etapa, houve: uma leitura focada e cuidadosa de cada entrevista realizada pela pesquisadora, com o fim de entender o que realmente desejavam falar os/as entrevistados/as; a transcrição literal e criteriosa das entrevistas, tendo como compromisso a garantia de reproduzir exatamente o que foi dito pelo/a pesquisado/a; a separação por temas mais encontrados nas entrevistas, com subtemas evidenciados, para utilizar na apreciação dos resultados e, ainda, na análise de cada um desses temas, visando a composição do conteúdo em sua totalidade.

Essa tese está estruturada em quatro capítulos.

No Capítulo 1 focalizamos o trabalho como fundamento do ser social e a transformação do seu sentido com o advento da propriedade privada, mais propriamente com o surgimento do sistema capitalista, quando o trabalho se torna alienado e alienante. Também traz o tema do neoliberalismo, e discute como este fenômeno político e econômico tem afetado os/as trabalhadores/as e a produção do trabalho, cada vez mais precarizado e com redução de direitos empregatícios, apresentando uma tendência negativa para o profissional assalariado e benéfica para o empregador.

No Capítulo 2 abordamos a Política Nacional de Saúde Mental e suas contradições, como o surgimento dos manicômios, a Reforma Sanitária, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e ainda a Reforma Psiquiátrica, que visa a garantia de respeito ao cuidado dos sujeitos, diante de suas singularidades e a cidadania. Trazemos também o retrocesso da conjuntura recente, após o golpe parlamentar de 2016, que à despeito das conquistas e avanços das políticas públicas deste campo, tem levado ao desmonte da política pública e pautado as “comunidades terapêuticas”, que fazem uso de métodos arcaicos (e cruéis), como a internação compulsória, eletrochoques, encarceramento dos indivíduos, dentre outras desumanidades, fomentadas por recursos públicos.

No Capítulo 3 discutimos como estão estruturadas as cidades de Santo André e de Diadema em relação às políticas de saúde mental e como a Rede de Atenção

Psicossocial está organizada para atender as pessoas com sofrimento mental e as que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.

O Capítulo 4 traz à tona o trabalho da/o assistente social e de outros profissionais técnicos no CAPS-AD, seu cotidiano, os entraves e limitações aos quais esses/as profissionais são submetidos pela realidade institucional, confrontada, por vezes, por seus desejos de inovação das práticas, suas potencialidades interventivas, sua preparação para a realidade com a qual se depara cotidianamente no CAPS-AD e, principalmente, como isso afeta esses/as profissionais e também, os/as usuários/as dos serviços, que, muitas vezes, também são os/as trabalhadores/as da instituição.

Para traduzir o sentimento desta doutoranda, à luz do pensamento da professora Martinelli (2005), sobre a importância dessa pesquisa, é entendido que:

[...] Na verdade, partimos do que já conhecemos com vistas a um conhecimento mais pleno da realidade em análise, sabendo que tal conhecimento se constrói ao longo da pesquisa e só se revela na trajetória (MARTINELLI, 2005, p. 123).

O presente trabalho busca ampliar e contribuir com as discussões sobre a atuação profissional no CAPS-AD e na Rede de Atenção Psicossocial, frente às mudanças na política de saúde mental no Brasil decorrentes do desmonte das políticas públicas, no cenário de precarização do trabalho proporcionado pelo avanço do ideário neoliberal, sem, contudo, pretender esgotar o debate.

## **1. A POLÍTICA NEOLIBERAL E OS REFLEXOS NO MUNDO DO TRABALHO**

O presente capítulo aborda reflexões sobre o processo vivenciado pela sociedade brasileira a partir da leitura da política neoliberal e suas consequências para o mundo do trabalho. Procuramos evidenciar a trajetória dessa política nos marcos das atuais estratégias de reprodução capitalista, buscando desvelar a estrutura do sistema excludente que tem pautado os mecanismos de reprodução da ideologia e hegemonia burguesa. Esse sistema capitalista teve sua capilaridade no tecido social, na sua interlocução direta com a realidade social vivenciada pelos brasileiros que, na tentativa de garantir sua inserção no mundo do trabalho, apesar de suas transformações, buscam a sua sobrevivência, na luta de classes, oriunda dessa formação econômica e social.

Procuramos ainda problematizar a responsabilidade e ausência, muitas vezes, do Estado diante das mudanças que precisa concretizar, a fim de enfrentar a realidade social diante da exclusão do trabalhador, frente às transformações do mundo do trabalho.

### **1.1 Os sentidos do trabalho**

O homem precisa de trabalho para construir suas vidas e satisfazer suas necessidades pessoais e coletivas no contexto do capitalismo. O trabalho, além de servir para a sobrevivência do homem, é uma forma de expressão, uma maneira de se relacionar com o mundo, contribuir com ele e transformá-lo, seja para se reestruturar como ser social ou apenas conseguir meios para sobreviver. Os trabalhadores se inserem de maneira formal ou informal no mundo do trabalho e a partir dele é que entendemos nosso lugar na existência humana, nossa situação de classe social, assumimos nosso papel e nos tornamos úteis para a sociedade, enfim, entendemos a nossa utilidade como ser humano. O trabalho nos ajuda a definir quem somos!

Para Marx<sup>3</sup> (1985), o primeiro ato histórico dos seres humanos se refere à transformação da natureza, que, no início da humanidade, se lhes apresentava como uma força estranha e hostil. O trabalho, como categoria fundante do ser social (MARX, 1988) era a forma pela qual o homem se apropriava da natureza e a modificava, a fim de

---

<sup>3</sup>Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marx/1867/capital/livro1/cap05/01.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

obter a sua sobrevivência. Conforme o homem modificava a natureza por meio do trabalho, a humanizava e, ao mesmo tempo, se transformava a si próprio. A transformação da natureza, proporcionada pelo trabalho, pressupunha uma antecipação do resultado que se queria obter dos homens e mulheres que agiam sobre o meio ambiente. Em suas palavras, “o processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas [...]” (MARX, 1985a, p. 153). Para o autor, o trabalho faz parte da essência do homem, uma objetivação do seu ser, da sua essência, que exterioriza a sua humanidade e busca transformar a natureza do mundo a fim de satisfazer a sua necessidade humana. O que diferencia o homem do ser animal, segundo o autor, é a sua possibilidade de realizar esta transformação.

De acordo com Lukács (2013), o trabalho é a articulação entre teleologia (planejamento do produto a ser obtido através da ação sobre determinado objeto) e causalidade (condições históricas concretas em que o trabalho se dá). Foi através do pôr teleológico dos seres humanos sobre a natureza, com o trabalho, que homens e mulheres passaram a objetivar uma nova realidade, momento no qual a teleologia se torna causalidade posta.

Apontado pelo autor como um salto ontológico na existência humana, o trabalho faz com que as barreiras naturais sejam afastadas, possibilitando aos homens e às mulheres a superação de sua condição meramente biológica e, assim, o trabalho é, portanto, uma categoria social, por meio do qual os seres humanos constroem a sociabilidade.

No entanto, o desenvolvimento das teleologias primárias (trabalho produtivo, de intercâmbio com a natureza para satisfação de necessidades) e das teleologias secundárias (relacionadas às relações sociais, entre os homens, para a construção de estratégias de trabalho) proporcionou o avanço das forças produtivas, abrindo a possibilidade da instituição da propriedade privada e da exploração do homem pelo homem.

Marx e Engels (2008, p. 36) indicam que a história de todas as sociedades é também a “história da luta de classes”, ou seja, a exploração e a opressão existem desde tempos imemoriais.

[...] a sociedade burguesa moderna que surgiu das ruínas da sociedade feudal não aboliu os antagonismos de classe. Ela só fez estabelecer novas classes, novas condições de opressão, novas formas de luta no lugar das antigas. Nossa época, a época da burguesia, possui, contudo, esta característica diferente: ela simplificou os antagonismos de classe. A sociedade como um todo está cada vez mais se dividindo em dois campos hostis, em duas grandes classes que se enfrentam diretamente uma contra outra: a burguesia e o proletariado (MARX; ENGELS, 2008, p. 36-37).

O profissional redutor de danos entrevistado relatou uma fala de um dos usuários em situação de rua que aborda a importância do trabalho e o sentimento de exploração:

[...] a definição das pessoas que estavam em situação de rua [...] foi bem interessante. Primeiro eles disseram que o trabalho realmente traz dignidade. Percebi que pra eles o trabalho faz muita falta [...], tanto é que [...] a gente percebeu essa deficiência deles, essa falta que faz pra eles. Mas ao mesmo tempo eles também falam do trabalho ser uma coisa que é muito próximo da escravidão e de que nós vivemos num país, onde as pessoas não conseguem uma diferença por conta do trabalho, onde sabem que quanto mais uma pessoa trabalha mais dificuldades elas tem (R 01, 2018).

Dentro do sistema capitalista coexistem dois atores principais na relação de produção: os donos dos meios de produção e os sujeitos que vendem a sua força de trabalho e, com isso, passam a ser considerados trabalhadores assalariados. Essa força de trabalho é incorporada aos meios de produção. Marx (1985)<sup>4</sup> aponta que a mais valia é de grande interesse para o capital e é diferente de produzir valor:

Comparando o processo de produzir valor com o de produzir mais valia, veremos que o segundo só difere do primeiro por se prolongar além de certo ponto. O processo de produzir valor simplesmente dura até o ponto em que o valor da força de trabalho pago pelo capital é substituído por um equivalente. Ultrapassando esse ponto, o processo de produzir valor torna-se processo de produzir mais valia (valor excedente) (MARX, 1985. p. 13).

Para o autor, a riqueza de uma sociedade dominada pelo modo de produção capitalista aparece como uma imensa coleção de mercadorias; Marx (1985) aponta ainda a mercadoria como forma elementar da sociedade burguesa moderna. Para o autor, é fundamental entender o papel exercido pela mercadoria no sistema capitalista e seus reflexos no trabalhador, pois assim podemos definir qual é o caráter

---

<sup>4</sup> Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/vol1cap07.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

do trabalho neste sistema excludente, que cria um exército industrial de reserva para ficar à sua disposição e extrai do trabalhador a mais valia.

O trabalho pode ter o valor de uso e o de mercadoria: o primeiro se refere à satisfação das necessidades e o segundo tem valor de uso social embutido nele. Marx (1985) traz ainda a questão do valor no trabalho, que é o tempo despendido de trabalho socialmente necessário para que a mercadoria possa ser produzida e, a partir deste valor, o empregador possa trocá-la. Conforme mencionam Laurell e Noriega (1989, p. 105):

Para que se compreendam as características que assume o processo de trabalho no capitalismo, tem-se que lembrar que sua finalidade é a extração da mais-valia. É preciso, pois, remeter ao conceito de processo de produção, com suas duas facetas: o processo de valorização (de produção de mais-valia) e o processo de trabalho (de produção de bens).

Com o advento da sociedade capitalista, portanto, vemos a junção do trabalho produtor de valores de uso, por meio do intercâmbio humano com a natureza, ao trabalho abstrato, atividade assalariada e alienada pelo capital (LESSA, 2012). Isso não quer dizer que os trabalhadores não produzam ainda valores de uso, mas sim que o seu trabalho se dá em um contexto de alienação dos meios de trabalho, das decisões sobre as atividades e dos seus produtos (MARX, 2010).

Antunes (2010) recorre a Marx para se referir ao trabalho, dentro do sistema capitalista, como mercadoria ao invés de ser uma maneira de realização, sendo reduzido à única possibilidade do despossuído,

[...] degradado e aviltado. Torna-se estranhado. O que deveria se constituir na finalidade básica do ser social – a sua realização no e pelo trabalho – é pervertido e depauperado. O processo de trabalho se converte em meio de subsistência. A força de trabalho torna-se, com tudo, uma mercadoria, cuja finalidade vem a ser a produção de mercadorias. O que deveria ser a forma de realização do indivíduo reduz-se à única possibilidade do despossuído (ANTUNES, 2010, p. 126).

Sob o capitalismo, portanto, os homens passam a se desumanizar em sua atividade de trabalho, a qual deixa de ser um fim e passa a ser um meio para obtenção de um salário (dinheiro), correspondente monetário com o qual adquirirá bens para sua subsistência. Nessa direção, um psicólogo entrevistado afirma, em relação ao trabalho:

Olha trabalho [...] virou uma necessidade básica que não teria que ser, principalmente no que tem a ver com salário. Quando você fala em trabalho, você pensa em um meio de você ganhar a vida, certo? O salário mínimo pela Constituição, teria que suprir 10 coisas, né? [...] escola, saúde, segurança e não cobre nem essas três, né? Moradia. Um salário mínimo hoje, não paga nem um aluguel, nós temos grandes trabalhadores aqui que não conseguem pagar um aluguel que o salário não deixa, então a gente pensa muito em ligar o trabalho com o salário em si e o que você tem com isso, entendeu? (P1, 2018)

A luta dos trabalhadores pelo mundo permitiu uma série de conquistas, como a promulgação de direitos trabalhistas, a redução da carga horária de trabalho, o descanso remunerado etc. Contudo, o trabalho no capitalismo guarda consigo uma característica que estará presente em qualquer momento, qual seja, a de atividade moldada pela alienação.

Marx fala de alienação como estranhamento entre o trabalhador e o produto por ele produzido. O trabalhador não se reconhece como parte nesse processo, ele produz a riqueza para o capitalismo, mas não sabe qual o destino da mercadoria e só exige o seu salário como resultado de seus esforços. Esse trabalho alienado só gera frutos capazes de contribuir para o desenvolvimento do sistema capitalista, sendo que o trabalhador perde o controle e acesso sobre sua produção, passando a se assemelhar a uma máquina repetindo movimentos durante a realização de suas funções.

A efetivação do trabalho tanto aparece como desefetivação que o trabalhador é desefetivado até morrer de fome. A objetivação tanto aparece como perda do objeto que o trabalhador é despojado dos objetos mais necessários não somente à vida, mas também dos objetos do trabalho. Sim, o trabalho mesmo se torna objeto, do qual o trabalhador só pode se apossar com os maiores esforços e com as mais extraordinárias interrupções. A apropriação do objeto tanto aparece como estranhamento (*Entfremdung*) que, quanto mais objeto o trabalhador produz, tanto menos pode possuir e tanto mais fica sob o domínio do seu produto, do capital (MARX, 2004, p. 80-81).

## **1.2 Neoliberalismo e as relações de trabalho**

O sistema capitalista diversificou a organização da produção de mercadorias ao longo do tempo, quando se viu instado a lançar mão de dispositivos para manter as altas taxas de lucro para a burguesia.

O binômio fordismo/taylorismo foi o padrão de produção industrial dominante durante parte significativa do século XX. O processo de trabalho expresso no fordismo baseava-se na produção em massa de mercadorias, estruturada de maneira verticalizada e homogeneizada. Tal padrão produtivo era baseado no trabalho parcelado e fragmentado; as atividades dos operários se restringiam a ações repetitivas, cuja somatória resultava no produto de diversos trabalhos (trabalho coletivo), articulados por uma linha rígida de produção e interligados por uma esteira, a qual ditava o tempo e a velocidade para a realização da tarefa.

Conforme Antunes (1999), o operário, nesse contexto, torna-se apêndice da máquina-ferramenta, o que facilita a extração de seu sobre trabalho e, conseqüentemente de sua mais-valia. O fordismo foi elaborado pelo empresário do setor automobilístico Henry Ford no ano de 1914; por este motivo, tal padrão produtivo era amplamente utilizado na indústria de automóveis, mas seu *modus operandi* se expandiu para praticamente toda a indústria capitalista, reverberando até mesmo no setor de serviços.

O taylorismo, por sua vez, tinha como objetivo “a organização científica do trabalho”, pautada na separação entre elaboração e execução (ANTUNES, 1999), o que contribuiu para a supressão da dimensão intelectual do trabalho dos operários.

O taylorismo foi uma forma de gestão empresarial, criada por Frederick W. Taylor. O objetivo principal era tornar o trabalhador mais produtivo, porém não se desejava exaurir as capacidades físicas e mentais dos trabalhadores. O taylorismo objetivava incorporar o trabalhador à máquina, padronizando suas tarefas e separando o planejamento da execução (GOUNET, 1999, p. 18).

A linha de produção em série fordista, portanto, se mesclava com o cronômetro taylorista e, assim, aquele padrão de produção e esta forma de gestão empresarial eram complementares.

No âmbito da economia política do Pós-Segunda Guerra, na Europa, vivenciava-se o Estado de Bem-Estar Social, pautado em três elementos principais: produção industrial nos moldes fordistas; ideal de pleno emprego, com a inserção crescente de pessoas no mercado de trabalho; presença de monopólios e oligopólios na economia, que poderiam ser multi ou transnacionais, mas, ainda assim, eram regulados pelo Estado. O campo político-ideológico que embasava o Estado de Bem-Estar Social era a socialdemocracia a qual, por meio de reformas progressivas e pacíficas, tentava

humanizar o capitalismo rumo ao socialismo, segundo a Chauí (2011). O Estado, por sua vez, era o ente definidor das políticas sociais e econômicas, e exercia a função de mediar e regular o mercado.

Segundo está autora, o neoliberalismo surgiu, como economia política, em 1947, sendo um conceito elaborado por economistas, filósofos e cientistas políticos – que se reuniram naquele ano em Mont Saint Pelérin, na Suíça – contrários à noção de Estado de Bem-Estar Social surgida no Pós-Segunda Guerra. Seus pensadores mais proeminentes foram o austríaco Friedrich Hayek e o norte-americano Milton Friedman.

Como o Estado de Bem-Estar Social era fortalecido pela economia em expansão e por uma forte base sindical, os ideólogos do neoliberalismo precisaram esperar um pouco para que suas ideias de fato pudessem ser implementadas. No decorrer dos anos 1950 e 1960, o mesmo grupo de Mont Saint Pelérin se reuniu para criar um projeto político e econômico que criticava o Estado Providência, por regular o mercado e por ser muito oneroso, já que oferecia à população políticas sociais robustas nos campos da saúde, educação, direito do trabalho, dentre outros. Essa regulação do Estado, de acordo com o grupo, prejudicava a liberdade das pessoas e a competição entre elas, dois elementos fundamentais da propriedade privada.

Em 1973, todavia, ocorre uma crise estrutural do capitalismo, e os agentes do capital são obrigados a rever a organização da produção: o fordismo/taylorismo, então, começa a ser substituído pelo toyotismo, também chamado de “acumulação flexível”. Conforme Harvey (1992), esse padrão produtivo baseia-se na flexibilidade dos processos e mercados de trabalho, dos produtos e dos padrões de consumo. Ademais, essa nova organização não se deu apenas no mundo da produção, sendo engendrado pelas críticas ao modelo de Bem-Estar Social, sobretudo no caso da experiência europeia, ocorrendo, dessa forma, a imposição de um novo modelo político-ideológico de dominação, fortemente pautado na minimização do papel do Estado nas respostas às demandas sociais, e na desregulamentação das leis trabalhistas.

Segundo Druck (2007, p. 41), surge então o

[...] momento histórico, em que o trabalho assume uma determinada configuração que se tornou hegemônica em termos mundiais há, pelo menos, quatro décadas. É a era identificada como de uma mundialização inédita do capital, apoiada num projeto político e econômico de cunho neoliberal e que se concretizou essencialmente através de uma reestruturação intensa e longa da produção e do trabalho.

[...] a compreensão de que o sistema capitalista, em seu desenvolvimento histórico, sofreu transformações significativas – especialmente no campo do trabalho e das lutas dos trabalhadores – que redefiniram a sua configuração, mesmo que mantivessem sua essência como um sistema cujas relações sociais se assentam sobre o trabalho assalariado, ou seja, pela apropriação do trabalho pelo capital, através da compra e venda da força de trabalho no mercado, independentemente das formas de contrato existentes ou predominantes.

O neoliberalismo, portanto, pode ser definido como uma doutrina socioeconômica que surgiu após a Segunda Guerra Mundial nos países capitalistas centrais em oposição veemente ao Estado de Bem-Estar Social e a qualquer forma de intervenção do Estado no campo social. A obra *O Caminho da Servidão*, de Friedrich Hayek, escrita em 1944, é avaliada como um marco do movimento que considerava os mecanismos de regulação do mercado por parte do Estado como uma grave ameaça à liberdade política e econômica dos indivíduos devendo, portanto, ser combatidos a qualquer custo.

Esse movimento permaneceu no campo teórico durante 20 anos aproximadamente, pois nesse primeiro momento as condições econômicas e sociais não eram favoráveis à defesa do modelo de ataque aos sistemas de proteção social, pois o capitalismo atingia seu auge de crescimento econômico nas décadas de 1950 e 1960 do século XX.

Como já dito, foi apenas em meados de 1973, com a grande crise do capitalismo, responsável por uma grave recessão econômica e altas taxas inflacionárias, que as ideias trazidas pelo movimento neoliberal tiveram condições de se expandir, pois Hayek e os outros adeptos dessa doutrina atribuíram ao poder dos sindicatos e à pressão do movimento operário pelo aumento dos salários a responsabilidade pela crise econômica. Segundo os teóricos neoliberais, tais atores teriam destruído as condições necessárias para a acumulação capitalista, provocando aumento das taxas de inflação e, com isso, uma grande crise nas economias de mercado (ANDERSON, 1995).

Sob a lógica neoliberal, começou-se a defender que, para retomar as taxas de crescimento econômico, seria necessário manter um Estado forte no âmbito do controle sobre os trabalhadores e sobre a estabilidade monetária, restringindo a intervenção do Estado na economia e nos investimentos sociais. Para isso, foram adotadas uma série de reformas fiscais e de outras mudanças no âmbito da economia.

Essas transformações têm alcançado de maneira nefasta o homem e a natureza:

A sociedade contemporânea, particularmente nas últimas duas décadas, presenciou fortes transformações. O neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível, dotadas de forte caráter destrutivo, têm acarretado, entre tantos aspectos nefastos, um monumental desemprego, uma enorme precarização do trabalho e uma degradação crescente, na relação metabólica entre homem e natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias, que destrói o meio ambiente em escala globalizada (ANTUNES, 2010, p. 35).

Chauí (2011) sinaliza outras características perversas do sistema capitalista sob o neoliberalismo, tais como: centralidade do monetarismo e do capital financeiro, contribuindo para a desvalorização do trabalho produtivo; terceirização do trabalho, baseada na ampliação do setor de serviços e na descentralização das esferas e etapas da produção, caracterizada pela transferência de plantas produtivas de empresas criadas em países centrais para outros territórios, com pouca ou nenhuma regulamentação do trabalho; e a privatização estrutural dos serviços públicos, alinhada ao rechaço da presença do Estado nas políticas sociais e no mercado.

Os processos de reestruturação das formas de produzir e dos modos de organizar e gerir o trabalho passaram a vigorar de modo mais efetivo, no Brasil, a partir da década de 1990, no bojo das transformações do sistema capitalista desencadeadas no final do século XX. A classe trabalhadora sofre os impactos da reestruturação produtiva não apenas no ambiente de trabalho, mas em sua vida cotidiana.

Ainda que a precarização do trabalho tenha sido destacada como um dos principais problemas associados a tais processos, estes têm gerado alterações substantivas no mercado de trabalho e nas relações de trabalho, as quais, pela sua natureza múltipla, vêm tendo impactos diferenciados sobre a população trabalhadora, cuja análise requer que se leve em conta uma variedade de evidências, incluindo dimensões econômicas e sociais capazes de revelar situações relacionadas ao trabalho, mas que também interferem na qualidade de vida dos trabalhadores (DE TONI, 2007, p. 19).

No tocante a essa temática, em nossas entrevistas, as assistentes sociais mencionaram que o sistema neoliberal afeta o trabalhador, pois o Estado fica ausente, deixando para o setor privado suas responsabilidades, precarizando, assim, a vida em sociedade. Uma delas cita que essa situação é favorável para o empregador que conta com mão de obra disponível, componente inerente do modo de produção capitalista

[...]e qual que é a ideia no neoliberalismo é você tirar do Estado né, condições mínimas de vida, deixando aí pro privado tomar conta e aí o que isso acontece?! Paga-se, quem tem, quem não tem não paga, e quem não tem vai ter uma coisa cada vez mais precária (A 03, 2018).

Pessoas desorientadas é igual a mundo desorientado. Básico. aí facilita para o empregador. Sabe que tem 50 para a tua vaga. Tudo bem, né? Aí você vai trabalhar nas mínimas condições, porque, se você for embora, eu tenho mais 50 para entrevistar (A1, 2018).

Para discutir ainda as questões que envolvem o trabalho, Druck (2007) aponta que a classe trabalhadora, durante muitos anos, lutou para ter direitos e, além disso, tê-los garantidos. Entretanto, o que se observa há algum tempo, e que tem se agravado atualmente é o desmonte dos direitos dos trabalhadores.

[..] a Precarização Social do Trabalho, compreendida como um processo em que se instala – econômica, social e politicamente – uma institucionalização da flexibilização e da precarização moderna do trabalho, que renova e reconfigura a precarização histórica e estrutural do trabalho no Brasil, agora justificada pela necessidade de adaptação aos novos tempos globais [...]

O conteúdo dessa (nova) precarização está dado pela condição de instabilidade, de insegurança, de adaptabilidade e de fragmentação dos coletivos de trabalhadores e da destituição do conteúdo social do trabalho. Essa condição se torna central e hegemônica, contrapondo-se a outras formas de trabalho e de direitos sociais duramente conquistados em nosso país, que ainda permanecem e resistem (DRUCK, 2007, p. 19-20).

Concernente à precarização do trabalho na sociedade capitalista, os entrevistados verbalizaram que o objetivo é tirar cada vez mais o direito dos trabalhadores, com o Estado repassando para empresas privadas áreas que deveriam ser de reponsabilidade pública. Segundo os entrevistados, o trabalho tem um valor para cada indivíduo, mas não traz felicidade, por isso, o que faz sentido para continuar trabalhando é o salário, o dia do pagamento.

Eles querem de toda forma é tirar itens básicos, precarizar cada vez mais esses itens básicos e dar espaço para grandes empresas, pro empresariado, vender esses serviços. Primeiro que eu acho que educação e saúde [...] deveriam ser públicos 100%. Então assim, a gente vem num Estado Neoliberal totalmente [...] todas essas reformas. É clara essa política (AS03, 2018).

O trabalhador trabalha porque tem um valor na vida dele. Os meus valores são estar empregado, é estar trabalhando. Mas, dizer que isso me faz feliz é mentira, [...] só no dia do pagamento, entendeu? Aí o

trabalhador não trabalha contente e isso repercute no usuário, se eu ganho pouco, eu quero trabalhar o mínimo possível, eu quero aquele paciente facilzinho de levar, não ganho pra ficar me matando, entendeu? (P1, 2018).

Portanto, as condições precárias de trabalho e a baixa remuneração geram insatisfações que se refletem no atendimento e na prestação de serviços aos usuários. São contradições cotidianas, consequências das questões estruturais do desenho da política neoliberal.

### **1.3 A precarização do trabalho no contexto brasileiro**

No contexto de crise política e econômica no Brasil no século XXI, o trabalhador tem vivenciado diversas violações de direitos, tais como: exposição a horas exaustivas de trabalho, baixa remuneração, assédio moral, contratação por serviços terceirizados em condições indignas etc. Essas transformações no mundo do trabalho oprimem e submetem os trabalhadores a exploração, que não encontram alternativas no mercado de trabalho.

Cavalcante (2009) destaca que a precarização no trabalho

[...] diz respeito a uma mudança, para pior, na qualidade das condições de trabalho, evidenciada no capitalismo, com a passagem da forma de produção fordista para a produção flexível. Nesse sentido, o termo precarização se construiu a partir da realidade concreta das transformações contemporâneas no mundo do trabalho vivenciadas pelos trabalhadores, através das más condições de trabalho a que estavam submetidos, refletidas na ausência e/ou redução dos direitos trabalhistas, no desemprego que assola grande parte da população, na fragilidade dos vínculos de trabalho, enfim, de diferentes formas que negligenciam acentuatadamente a qualidade de vida do trabalhador (CAVALCANTE, 2009, p. 19).

Tomando como base a colocação do autor, salientamos a fala de uma de nossas entrevistadas, segundo a qual as empresas não investem na qualidade do trabalho para o funcionário, mas pensam apenas no lucro.

[...] Quando você fala em neoliberalismo, você tá dando [...] poder a quem? Com uma reforma trabalhista, você tem que negociar com quem? Com o patrão. Quando você fala em patrão, em iniciativa privada, você pensa em que? Lucro. E não em capital humano então [...] cada vez mais o seu serviço será precarizado, você será cada vez

mais explorado e isso interfere totalmente na saúde do trabalhador, então assim uma coisa totalmente ligada a outra. E o patrão ele tá preocupado com as condições mínimas pra você trabalhar, mas não pra você viver. [...] Não pra você ter um bem-estar, não pra você ter uma qualidade de vida, o que ele precisa é você bem, pra você gerar lucro pra empresa [...] e o neoliberalismo é isso, sabe?! Uma vez que você precariza, privatiza tudo e todos os tipos de serviço, você tá pensando também, [...] em um público, em uma empresa privada que visa lucro [...] vai fazer de tudo com o que a empresa lucre (AS03, 2018).

Observamos novas formas de trabalho a partir das mudanças estruturais do sistema capitalista, cujo objetivo é aumentar a competitividade das empresas através da flexibilização das relações de trabalho. São novas bases nas quais esse sistema atua, com novas formas de explorar a classe trabalhadora.

No contexto nacional, há de se salientar o que aponta Raichellis (2013, p. 617), sobre o fato de o “fordismo periférico” ser uma marca da implantação do capitalismo nacional, sempre apoiado em trabalhos precários e violação de direitos. Segundo a autora, no Brasil, mesmo antes da acumulação flexível, o mercado de trabalho já se caracterizava por diferenciações nos modelos de contratação dos trabalhadores, com desigualdades significativas entre o trabalho rural e o urbano, entre trabalhadores/as brancos/as e negros/as – devido à herança do seu passado escravagista –, e entre o Sul e o Norte, expondo algumas profissões e funções à falta de acesso aos direitos trabalhistas e à superexploração. Nesse sentido, o neoliberalismo apenas intensificou a precarização do trabalho no Brasil.

Notamos, a partir do que aborda Druck (2007), que a precarização social do trabalho é central no capitalismo flexível, significando também “entendê-la como uma estratégia de dominação”, em “que força e consentimento são os recursos que o capital se utiliza para viabilizar esse grau de acumulação sem limites materiais e morais”. A autora enfatiza ainda, em relação à questão:

A força se materializa principalmente na imposição de condições de trabalho e de emprego precárias frente à permanente ameaça de desemprego estrutural criado pelo capitalismo. Afinal, ter qualquer emprego é melhor do que não ter nenhum. Aplica-se aqui, de forma generalizada, o que Marx e Engels elaboraram acerca da função política principal do “exército industrial de reserva”, qual seja: a de criar uma profunda concorrência e divisão entre os próprios trabalhadores e, com isso, garantir uma quase absoluta submissão e subordinação do trabalho ao capital, como única via de sobrevivência para os trabalhadores (DRUCK, 2007, p. 41).

Sobre a ofensiva neoliberal, Barroco (2015, p. 626) indica, acerca das consequências para o trabalho e seu reflexo na sociedade, que a “acumulação capitalista e o neoliberalismo criaram as bases concretas para a reprodução social da barbárie manifesta em ideias, valores e comportamentos”.

Nesse sentido, a própria classe trabalhadora sofre uma alteração extremamente importante, pois passa-se a observar maior competitividade no interior da própria classe, devido ao receio do desemprego e às diferenciações na forma de contratação do trabalho. A maximização da competitividade faz aparecer um modelo de trabalho que prima pela excelência de um modelo dominante; procura reunir a perfeição e a superioridade; discrimina e exclui aqueles que demonstram suas fragilidades e limites humanos.

Observa-se que há uma grande ruptura com o padrão do pleno emprego, assim como da segurança do trabalho. Há uma crise na sociedade referente à questão salarial, desamparo e perda de direitos, fazendo os trabalhadores permanecerem em situação de vulnerabilidade. Como aponta Castel (1998), há uma desfiliação social:

[...] a precariedade do trabalho ou o desemprego e a fragilidade das redes relacionais, estão freqüentemente associadas e ampliam os riscos de queda da vulnerabilidade, para o que eu chamei de desfiliação, isto é, a conjunção perda de trabalho-isolamento relacional (CASTEL, 1997, p. 39).

Castel (1997) enfatiza que não tem como separar precariedade de vulnerabilidade, uma vez que está dentro dos processos econômicos e uma interfere na outra. A vulnerabilidade é notada na precarização das relações de trabalho e fragilização do direito do trabalhador, como se percebe, por exemplo, na diminuição dos tempos dos contratos, os quais eram preferencialmente indeterminados, e, atualmente, observamos muitos contratos temporários, desemprego, desvalorização do trabalhador que passa a ser apenas mais um e isso tem se agravado nos últimos 20 anos.

Segundo a entrevistada, AS02 (2018), o trabalho para ela é desenvolver algo “[...] útil para mim e para o outro, que faça sentido”. Relata, ainda, que o trabalho é mecanicista e sente como se o funcionário fosse apenas um número para as empresas. A empresa não se preocupa, como os técnicos, com a relação de vínculo estabelecida entre o profissional e o paciente. Ressalta ainda a entrevistada que mandam o funcionário embora sem pensar nas consequências para o serviço e para os usuários vinculados ao

técnico, em suas palavras: “[...] Trabalho é igual a linha de produção: quando ela para de desenvolver suas atividades sofre o dano, e assim é no serviço”. Salieta que percebe um desmonte do serviço e sem proposta futura.

De acordo com Castel (1997), o excluído passa a ser um desfilhado dos direitos, assim como dos processos de trabalho e não há lugar para ele na sociedade capitalista.

Do lado do trabalho, a vulnerabilidade parecia, [...] estabilizada pela generalização de uma situação salarial sólida possibilitada pelo crescimento econômico e o quase-pleno emprego. Essa situação degradou-se nos últimos vinte anos. Não se trata apenas do aumento do desemprego (cujos índices foram multiplicados por seis na França, durante esses anos, atingindo hoje mais de três milhões de desempregados), mas também, e talvez sobretudo, da precarização do trabalho (CASTEL, 1997, p. 36).

O autor aponta, ainda, as situações percebidas com o desligamento do trabalhador tanto em relação ao trabalho quanto à inserção relacional. Refere em relação a esses dois eixos três gradações: trabalho estável, trabalho precário e não-trabalho; inserção relacional forte, fragilidade relacional, isolamento social, bem como relata 03 zonas importantes para entendimento desta questão

Acoplando estas gradações duas a duas obtemos três zonas, ou seja, a zona de integração (trabalho estável e forte inserção relacional, que sempre estão juntos), a zona de vulnerabilidade (trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais) e a zona de marginalidade, que prefiro chamar de zona de desfiliação para marcar nitidamente a amplitude do duplo processo de desligamento: ausência de trabalho e isolamento relacional (CASTEL, 1997, p. 23).

Conforme Druck (2011), a hegemonia do setor financeiro, superior ao econômico, invade a vida social das pessoas, dando vazão a um novo mundo do trabalho e da vida. Para a autora, essas situações têm contribuído para que os trabalhadores se submetam a qualquer tipo e forma de empregabilidade

Trata-se de uma rapidez inédita, do tempo social, sustentado na volatilidade, efemeridade e descartabilidade sem limites de tudo o que se produz e, principalmente, dos que produzem [...]. O curto prazo – como elemento central dos investimentos financeiros – impõe processos ágeis de produção e de trabalho, e, para tal, é indispensável contar com trabalhadores que se submetam a quaisquer condições para atender ao novo ritmo e às rápidas mudanças (DRUCK, 2011, p. 42).

Druck (2007, p. 41) menciona que no século XXI se observa um “[...] novo espírito do capitalismo[...]”. Menciona a afirmação de Boltanski; Chiapello (2009, p. 19-61), segundo a qual o capital vai às últimas consequências, com o fim único de produzir mais dinheiro, por meio de maior exploração do trabalho, a fim de obter mais riquezas produzidas e lucro, não importando, portanto, as consequências para o trabalhador e as condições para desenvolver seu trabalho, assim como as condições de vida.

Os autores Druck e Franco (2009) apontam seis indicadores importantes para análise da situação da realidade no Brasil, quanto à situação da precarização do trabalho:

1. Mercado de trabalho heterogêneo e segmentado que manifesta uma vulnerabilidade estrutural, com formas de contratação precárias e sem proteção social do trabalho;
2. Intensificação do trabalho, o que se expressa com a imposição de metas inalcançáveis; aumento da jornada de trabalho; imposição do princípio da polivalência ao trabalhador, o que se expressa nas múltiplas funções a serem realizadas por ele, a partir de uma gestão de trabalho pautada pelo medo e pela discriminação da terceirização, e com o assédio moral como uma das formas de poder mais usadas no ambiente de trabalho, intensificando, assim, o cenário de violência e adoecimento mental do trabalhador.
3. Como as empresas querem ampliar seus lucros por meio de maior produtividade, e como a legislação trabalhista vem sofrendo retrocessos, muitas vezes não há treinamento dos trabalhadores, tampouco divulgação de informações importantes e necessárias quanto aos riscos no desempenho do trabalho, bem como estabelecimento e implantação de medidas de proteção coletivas visando garantir a segurança deste trabalhador. Em tais condições de trabalho, há aumento significativo de acidentes e doenças ocupacionais.
4. Perda da identidade coletiva dos trabalhadores e isolamento dos indivíduos. Falta de solidariedade de classe e competitividade em relação à empregabilidade.
5. Fragilização da organização dos trabalhadores: a pulverização de sindicatos e centrais sindicais, as quedas nas taxas de sindicalização e a “perplexidade ideológica” pós-ofensiva neoliberal são indicadores dessa perda. Cita-se, ainda, que a heterogeneidade, a concorrência e a divisão entre os trabalhadores são fatores que produzem imensas dificuldades nas suas formas de luta e

representação. Mas é importante saber que isso não significa literalmente que os trabalhadores não estejam oferecendo alguma forma de resistência.

6. Condenação e descarte do Direito do Trabalho: neste caso, “a fetichização do mercado<sup>5</sup> tem orquestrado e decretado uma “crise do Direito do Trabalho”. Ou seja, há um ataque às leis trabalhistas e sociais, a partir da defesa da flexibilização, como processo trazido pela modernidade nos tempos de globalização. A CLT é vista como objeto de crítica e disputa.

Nesta última década (2010-2019), o Brasil tem vivido uma crise econômica e política sem precedentes, sobretudo após o processo de *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT), iniciado com manifestações massivas em 2013 que culminou, em 2016, com o golpe parlamentar. O governo ilegítimo de Michel Temer piorou a vida dos trabalhadores, sobretudo na dos mais pobres. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no 1º trimestre de 2017, o desemprego cresceu, ficando em torno de 13,7%, atingindo 14,2 milhões de brasileiros.

Nessa direção nosso entrevistado redutor de danos 01 posiciona-se em relação ao trabalho no governo do presidente Temer afirmando ter sido um retrocesso, chegando ao ponto de comparar à época da escravidão, só punição e sofrimento para os escravos que não eram considerados como trabalhadores “[...] Eu acho que hoje [...] conseguiu fazer voltar a escravidão” (R 01, 2018).

Tolentino e Bastos (2017) citam a implantação de ajustes fiscais e a instauração de medidas regressivas nos direitos sociais – como a Reforma Trabalhista (Lei 13.467 de 13/07/2017) e a Lei de Terceirização (Lei nº 13.429 de 31/03/2017) –, como medidas com objetivo de flexibilizar ainda mais as relações de trabalho. Não se pode esquecer, também, a promulgação da chamada “PEC do fim do mundo”, Emenda Constitucional (EC) 95/16, que limitou por 20 anos os gastos públicos, piorando ainda mais o baixo investimento em políticas sociais e causando impacto direto no trabalho dos assistentes sociais em seus espaços socio-ocupacionais.

A crise econômica do capitalismo de 2008 teve desdobramentos políticos no Brasil que levaram a manifestações, a partir de 2013, com uma pauta de combate à corrupção. No entanto, segundo alguns estudiosos, eram capitaneadas pelos setores da

---

<sup>5</sup> Grifo dos autores. “A fetichização é usada no sentido marxista, quando o mercado e as mercadorias ‘assumem vida própria’, autonomizando-se em relação aos sujeitos sociais, e dessa forma, querem prescindir de qualquer limite à sua autonomia e liberdade, especialmente a liberdade de exploração do trabalho que, em tempos neoliberais, impõe a desregulamentação do estado e a retirada dos direitos”.

elite e dos partidos de direita e significaram uma perseguição ao PT e à esquerda, conforme aponta Souza (2019) “[...] o processo para retirar por meios não eleitorais o PT do poder”. Segundo o autor, a Lava Jato<sup>6</sup> foi instituída por “[...] dois tipos de interesse que se uniram. Primeiro, o interesse da elite brasileira em se livrar do PT e dos Estados Unidos, da CIA, de criminalizar as ações da Petrobras e da Odebrecht, visando enfraquecer o Brasil e sua inserção autônoma”.

Conforme Souza (2019), o PT trabalhou tendo como base o consenso entre as classes. Entretanto, segundo aponta em sua entrevista, a classe média e a burguesia se viram cada vez mais preocupadas com a ascensão dos pobres às “classes C e B”. Diante disso, enfatiza que:

[...] os maiores beneficiados com os anos do PT no poder foram os negros e os pobres e essa ascensão mexeu com as classes mais abastadas da sociedade. “O combate à corrupção apareceu como uma ‘capa de moralidade’ para as classes média e alta, racista e branca, impedir o acesso social”.

Entretanto, no período pós-impeachment, esse projeto de conciliação de classes se esgota. Em 2016 e 2017, o Brasil mudou o seu perfil de governar: o PT, mesmo com medidas que não abalasses as estruturas do capitalismo, promoveu o aumento da renda da população empobrecida – com aumento do salário mínimo; disponibilização de benefícios socioassistenciais de caráter pecuniário; formas facilitadoras de acesso ao Ensino Superior, como o Programa Universidade para Todos (PROUNI), o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), as cotas raciais etc. – e possibilitou maior visibilidade, dentro do governo, a assuntos relacionados aos direitos das mulheres e à população LGBTTQIA+<sup>7</sup>. O governo Temer, por outro lado, sequer escondia sua face

---

<sup>6</sup> A operação Lava Jato é a maior investigação de corrupção e lavagem de dinheiro que o Brasil já teve. Estima-se que o volume de recursos desviados dos cofres da Petrobras, maior estatal do país, esteja na casa de bilhões de reais. Soma-se a isso a expressão econômica e política dos suspeitos de participar do esquema de corrupção que envolve a companhia. No primeiro momento da investigação, desenvolvido a partir de março de 2014, perante a Justiça Federal em Curitiba, foram investigadas e processadas quatro organizações criminosas lideradas por doleiros, que são operadores do mercado paralelo de câmbio. Depois, o Ministério Público Federal recolheu provas de um imenso esquema criminoso de corrupção envolvendo a Petrobras. Nesse esquema, que dura pelo menos dez anos, grandes empreiteiras organizadas em cartel pagavam propina para altos executivos da estatal e outros agentes públicos. O valor da propina variava de 1% a 5% do montante total de contratos bilionários superfaturados. Esse suborno era distribuído por meio de operadores financeiros do esquema, incluindo doleiros investigados na primeira etapa. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/grandes-casos/caso-lava-jato/entenda-o-caso>>. Acesso em: 19 jul. 2019.

<sup>7</sup> Sigla que designa lésbicas, gays, bissexuais; transexuais, transgêneros e travestis; *queers* (termo que abrange pessoas que não estejam dentro do binarismo masculino/feminino e/ou da heterossexualidade);

conservadora e violadora de direitos humanos. As reformas trabalhistas e a regulamentação da terceirização, bem como a EC 95/16, que reduz os investimentos nos gastos públicos, foram sancionadas em seu governo ilegítimo.

Na vida cultural e política do País, percebemos a ascensão de uma extrema direita, dentre outras coisas, contrária, em sua maioria, aos direitos das mulheres, da população LGBTTQIA+, dos sem-terra e teto, dos pobres em geral, assim como apoiam o retorno da ditadura militar, sendo que alguns querem até mesmo a volta da monarquia. Cresce o ódio ao PT e às esquerdas, estimulado pela imprensa, por grupos e políticos que incitam a população contra os valores da democracia, por meio de “memes” de internet<sup>8</sup> e *fake news*<sup>9</sup>, nas quais afirmam a existência de uma ameaça comunista no Brasil e na América Latina. A sociedade precisa avançar, concordamos com Souza (2019), quando diz: “Nenhum país inteligente no mundo exclui milhões de pessoas – no caso do Brasil 70 milhões de pessoas - sem dar a elas nenhuma oportunidade”.

Para além de todo esse cenário retrógrado e de avanço dos ideais conservadores, Antunes (2018) chama a atenção para o fato de a reestruturação produtiva do capitalismo se dar de forma permanente; ou seja, ela teve início com a crise do capital em 1970, mas permanece reestruturando o mundo do trabalho, sobretudo no setor de serviços, sobremaneira afetado pelo avanço da tecnologia e da informatização propriamente. Nesta era digital, percebem-se ainda mais mudanças na classe trabalhadora, ampliadas a partir de diversas clivagens: é uma classe mais heterogênea, mais fragmentada e mais complexa, caminhando para o trabalho intermitente. Tem ocorrido, ainda, a corrosão da classe média, em que mesmo muitos profissionais liberais, como médicos, professores, dentre outros, sofrem um processo de assalariamento, ou seja, precisam vender sua força de trabalho em diversos espaços, nos quais disponibilizam os seus serviços.

A precarização se reatualiza em novas manifestações, por exemplo, com o avanço de aplicativos de celular, que se tornaram empresas globais e disponibilizam

---

intersexuais, assexuais e “+”, para designar todos/as aqueles/as que não se submetem aos padrões heteronormativos cisgêneros (cisgênero é a pessoa que se identifica com seu sexo biológico).

<sup>8</sup> Manifestação típica da internet do século XXI, em que fotos e mensagens curtas “viralizam” nas redes sociais. Quando usadas pela extrema direita para fazer críticas à política contemporânea, os “memes” se tornam uma antipolítica: enquanto a política é um complexo social que pressupõe a construção de argumentações sólidas, pautadas no conhecimento sobre determinado assunto, os “memes” são curtos, com mensagens diretas que não dão espaço para contestação.

<sup>9</sup> Na tradução livre “notícias falsas”, as *fake news* têm exatamente esta conotação: alardear informações falsas, principalmente pelas redes sociais, como se fossem notícias reais.

entrega de produtos ou prestação de serviços por meio de uma anexação informal de trabalhadores.

#### 1.4 Trabalho e Serviço Social

Esse cenário de ofensiva neoliberal, que flexibiliza e precariza o trabalho leva à perda de direitos, tem alcançado também o assistente social como pertencente à classe trabalhadora.

Atinge o assistente social no gerenciamento e formas de organização do seu trabalho, em sua intervenção social cotidiana. O profissional de Serviço Social [...] “vem sofrendo as consequências da precarização do trabalho, de forma dolorosa, intensa e solitária” (VICENTE, 2015, p. 564).

[...] o trabalho de assistentes sociais, como profissão inserida na divisão social, técnica (e sexual) do trabalho, sofre transformações em seu processamento, alterando significados e conteúdos, com consequências deletérias na vida e na saúde de profissionais, em virtude das exigências colocadas no cotidiano da profissão [...] (VICENTE, 2015, p. 563).

Vicente (2015, p. 568) entende que, para analisar a inserção do Serviço Social nos espaços de trabalho atuais, há de se pensar na profissão como partícipe da divisão social e técnica do trabalho, como uma [...] “especialização coletiva do trabalho”, assim como na [...] “(re) produção das relações sociais no capitalismo globalizado”.

Assim, precisamos revisitar a profissão, sua origem e seus objetivos no princípio de sua institucionalidade. Iamamoto e Carvalho (1982) afirmam que o surgimento da profissão esteve atrelado ao interesse das classes dominantes em enfrentar as expressões da Questão Social, através de ações assistenciais institucionalizadas e realizadas, normalmente, por mulheres católicas e de classe média ou alta.

De acordo com esses autores, a questão social refere-se às contradições inerentes ao antagonismo contido na relação capital *versus* trabalho (superexploração, empobrecimento dos trabalhadores etc.), mas também às resistências dos/as trabalhadores/as contra o capital. Nos anos 1930, quando o Serviço Social surgiu, o Brasil estava em um momento da acumulação capitalista de substituição das atividades agrárias e de exportação, centrando-se na expansão da industrialização nos grandes centros urbanos, com o decorrente aumento da urbanização.

Ainda de acordo com Iamamoto e Carvalho (1982), no Estado Novo (1937-1945), Getúlio Vargas instituiu legislações trabalhistas e possibilitou a emergência de uma série de instituições sociais de cunho paternalista/assistencialista, cujas ações envolviam um trabalho ideológico com os trabalhadores atendidos, com vistas à integração das classes antagônicas. O Serviço Social se institucionaliza, disposto ao imperativo do Estado que implementa políticas sociais para assistirem aos segmentos explorados, com vistas a amenizar os conflitos entre as duas classes sociais.

A profissão está conectada, ao surgimento dessas instituições sociais, previstas pelo Estado burguês, para o controle social sobre os trabalhadores. O trabalho dos Assistentes Sociais permitia, ainda nesse contexto, a operacionalização de serviços e benefícios relevantes para a reprodução da força de trabalho da “clientela” atendida. A aliança entre burguesia e Igreja Católica foi o fator que proporcionou a herança conservadora do Serviço Social. A intervenção profissional, principalmente sobre as famílias pauperizadas, era realizada por meio do controle ideológico de seus membros, a partir de ações educativas que os subordinavam às diretrizes da classe dominante.

Além desse fator, é importante ressaltar a característica feminina<sup>10</sup> da profissão. Para Cisne (2012), a profissão, desde os seus primórdios, era eminentemente feminina porque as ações realizadas pareciam-se com a extensão de suas atividades domésticas, mas no âmbito do trabalho externo ao lar. As características e estereótipos impostos socialmente às mulheres, como delicadeza, abnegação, vocação para servir, dentre outros, fizeram com que o Serviço Social surgisse como uma alternativa de trabalho adequada às qualidades femininas exigidas pela sociedade patriarcal:

Por meio destas características, tidas como naturalmente femininas, as(os) profissionais apresentam bases para alcançar os objetivos de uma profissão que emergiu da necessidade do capital em controlar os conflitos sociais, ou seja, nada melhor que a “docilidade, a meiguice, a compaixão e o dom de comunicação, convencimento e acolhimento” – conferidos historicamente às mulheres através da educação – para envolver a classe trabalhadora e atenuar os conflitos sociais (CISNE, 2012. p. 47).

---

<sup>10</sup> Disponível pesquisa da saúde que aponta que em relação ao sexo, prevalece o feminino. O mesmo apontado na pesquisa do CFESS (2005), sendo que 93,41% são do sexo feminino, 3,17 masculino e 3,41 não responderam a pergunta. Distribuição em números relativos por sexo, das/os Assistentes Sociais pesquisados/as (São Paulo, 2010). Disponível em: <[http://cress-sp.org.br/wp-content/uploads/2016/01/pesquisa\\_saude-1.pdf](http://cress-sp.org.br/wp-content/uploads/2016/01/pesquisa_saude-1.pdf)>. Acesso em: 11 jul. 2019.

Conforme Heckert (1991), a divisão (socio) sexual do trabalho colabora para a existência de determinados “guetos” profissionais tipicamente femininos, diante disso, “a baixa remuneração e o desprestígio social são duas consequências da concentração feminina em determinadas carreiras” (HeckerT, 1991, p. 60). O Serviço Social, bem como as demais carreiras consideradas “femininas”, traz em seu perfil aspectos em comum, quais sejam: desvalorização, caráter de complementariedade e baixa remuneração.

Barroco (2010) explicita que as mediações éticas nas quais a profissão baseava-se, em sua origem, relacionavam-se ao tratamento moralista dado à questão social. Para tanto, a base da formação profissional estava no neotomismo<sup>11</sup> e no positivismo<sup>12</sup>, duas vertentes do pensamento adotado pela burguesia, que se expressavam nos códigos profissionais da época. Para Barroco (2010), as/os Assistentes Sociais reiteravam ideias e práticas que reafirmavam a

[...] repetição acrítica dos valores, a assimilação rígida dos preconceitos e modos de comportamento, o pensamento ultrageneralizador, o preconceito, o conformismo, a discriminação, tendo em vista a não aceitação do que não se adéqua aos padrões de comportamento estereotipados como “corretos” (BARROCO, 2010, p. 74).

No desenrolar histórico da profissão, buscou-se romper com o conservadorismo, quando a profissão passou por sua “reconceituação”, impulsionada por um movimento de profissionais sul-americanos. A décadas de 1970 e 1980 foram de efervescência das lutas sociais, representadas pelos movimentos estudantis e de trabalhadores, mas também pela segunda onda do feminismo, as mobilizações contra a guerra do Vietnã, dentre outras, sobretudo no exterior.

---

<sup>11</sup> “Neotomismo é uma corrente filosófica surgida no século XIX com o objetivo de reviver e atualizar a filosofia e a teologia de santo Tomás de Aquino -- o tomismo -- a fim de atender aos problemas contemporâneos. Baseia-se, como o tomismo, na filosofia aristotélica para esclarecer e justificar racionalmente a revelação divina do cristianismo”. Disponível em: <http://www.estudantede filosofia.com.br/doutrinas/neotomismo.php> . Acesso em: 16 jul. 2019.

<sup>12</sup> “O positivismo foi uma corrente teórica criada pelo filósofo francês Auguste Comte (1798-1857) que defendia que a regra para o progresso social seriam a disciplina e a ordem, o que influenciou a teoria moral utilitarista de John Stuart Mill (1806-1873). Stuart Mill reformulou o primeiro utilitarismo fundado por seu professor, o filósofo e jurista Jerehmy Bentham. No Brasil, o positivismo político de Comte, renovado pela carga moral utilitarista, influenciou a política praticada nos primeiros anos da Primeira República (1889-1930), devido às referências positivistas trazidas pelos militares e pelo primeiro presidente, o marechal Manuel Deodoro da Fonseca”. Disponível: <<https://www.historiadomundo.com.br/idade-contemporanea/positivismo.htm>> . Acesso em: 16 jul. 2019.

Nesse período, no Brasil, vivenciava-se a ditadura militar e o avanço da política econômica de modernização conservadora, com industrialização pesada. Esse novo cenário abriu novos postos no mercado de trabalho aos assistentes sociais, seja pela via estatal, seja em empresas. Ademais, os processos migratórios aumentaram a população urbana e a crescente pauperização dos trabalhadores, decorrentes do desenvolvimento voltado para a valorização do grande capital, fizeram surgir instituições filantrópicas, que requisitavam a inserção profissional. Esse novo cenário de inserção no mercado de trabalho capitalista e a entrada da formação profissional no âmbito acadêmico possibilitaram a laicização da profissão e a fundação da necessidade de o trabalho profissional constituir-se em procedimentos racionais (NETTO, 2011).

De acordo com Vieira (1985), a renovação do Serviço Social (após 1964 até meados da década de 1980) implicou a constituição de um pluralismo profissional ideológico, político e teórico, a partir da rejeição ao monolitismo ideal das concepções e práticas conservadoras outrora utilizadas. As instituições representativas da profissão não passaram imunes a esse movimento. Netto (2011) expõe que a reconceituação do Serviço Social, nesse período, envolveu um complicado processo de rompimentos que se cruzavam e se sobrepunham a continuidades e reiteraões, provocando uma tensão de vetores de mutações e permanências.

Uma parte dos profissionais percebia que as ações pautadas na perspectiva conservadora já não respondiam às demandas da profissão em seus ambientes de trabalho e menos ainda aos interesses da população atendida, a saber, os diversos segmentos da classe trabalhadora. Netto (2011) percebe o movimento de reconceituação como parte intrínseca do processo internacional de erosão do Serviço Social tradicional, “que se inscreve na dinâmica do rompimento das amarras imperialistas, de luta pela libertação nacional e de transformação da estrutura capitalista excludente, concentradora, exploradora” (FALEIROS, 1987, p. 51).

A reconceituação, como exposto, foi heterogênea dentro mesmo da profissão, como exposto acima. Netto (2011) identifica três tendências no processo brasileiro: o da “perspectiva modernizadora”, na qual havia um esforço de adequar tecnicamente a profissão para responder às demandas do desenvolvimento capitalista da época; o da “reatualização do conservadorismo”, que, nos anos 1970, questionava a perspectiva modernizadora, com profissionais ainda presos ao tradicionalismo e contra a laicização; por fim, o da “intenção de ruptura”, que visava romper tanto com o conservadorismo na profissão, como com a toada tecnicista da perspectiva modernizadora, aproximando o

Serviço Social com o marxismo e levando ao embasamento do projeto ético-político hegemônico da profissão nos dias atuais.

O grupo que visava romper com o Serviço Social conservador teve maior espraiamento a partir da crise da ditadura militar e da abertura democrática, ou seja, a partir do final dos anos 1970. No âmbito político-organizativo, o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, o denominado “Congresso da Virada” (1979)<sup>13</sup>, foi um marco para a derrocada da direção conservadora das entidades da categoria – à época, Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) e Conselho Regional de Assistentes Sociais (CRAS)<sup>14</sup> – e para a inserção de profissionais ligados a sindicatos combativos e a movimentos sociais na organização da categoria (ABRAMIDES; CABRAL, 2009). As análises críticas realizadas por esse segmento começaram com uma aproximação eclética com o marxismo, viabilizada através da militância política partidária, sendo que o aprofundamento nos escritos marxianos e na tradição marxista ganha força mesmo no interior da formação dos quadros profissionais a partir da segunda metade dos anos 1980, atingindo as entidades representativas da profissão.

Para Barroco (2010), o Congresso da Virada teve impactos no campo da ética profissional, sendo um evento a partir do qual os valores ético-políticos inscritos no projeto de ruptura ganharam materialidade. Em 1986, o Código de Ética do Serviço Social foi reelaborado, para garantir nova moralidade profissional, já com um nítido posicionamento da categoria a favor dos trabalhadores e da construção de uma ordem social diferente.

Todavia, o amadurecimento de um projeto de profissão direcionado a uma nova sociedade e à defesa intransigente dos Direitos Humanos e da democracia acontece com o Código de Ética do Serviço Social de 1993, expressão normativa do nosso projeto ético-político atual. Porém, os reflexos da reconceituação não estão presentes apenas no Código de Ética do Serviço Social de 1993, como normatização ética da prática profissional. Sant’ana (2000) expressa que a dimensão política dos projetos profissionais se vincula ao fato de estarem relacionados a projetos societários maiores.

---

<sup>13</sup> [...] inserção dos assistentes sociais no processo de lutas sociais, como trabalhadores que de forma coletiva rompem com o conservadorismo ao definirem a direção social da profissão voltada aos interesses imediatos e históricos da classe trabalhadora. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282017000100181&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000100181&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 22 jul. 2019.

<sup>14</sup> Os conselhos regionais e federal da profissão passam a se chamar CRESS (Conselho Regional de Serviço Social) e CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) respectivamente, em 1993, conforme alteração expressa na Lei 8.662, de 07 de junho de 1993, que se refere à regulamentação da profissão de assistente social.

Desde 1986 o projeto profissional do Serviço Social, posiciona-se a favor de uma nova ordem social sem dominação e exploração de classe, gênero ou raça/etnia.

O Código de Ética do Serviço Social de 1993, Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) 273 de 13 de março, indica princípios éticos norteadores do trabalho do assistente social com a população usuária, com os/as demais profissionais com quem trabalha e com as instituições onde estão inseridos. Prevê, ainda, os direitos e as responsabilidades dos assistentes sociais, bem como as penalidades, caso tais normas e princípios preconizados sejam violados pelos profissionais, e os processos éticos implícitos ao seu cumprimento.

Como exposto, ocorre um redirecionamento ético e político da profissão, voltado à defesa dos Direitos Humanos das classes populares. Segundo Martinelli,

O objetivo da prática social transportava-se, assim, para uma outra dimensão onde a busca fundamental passava a ser a produção de novas relações sociais, a superação da sociedade capitalista. Sua legitimidade decorria de seu caráter mediador no processo de transformação da realidade, de busca de novas totalizações sociais. Uma nova dinâmica se colocava para o exercício profissional, baseando-se no movimento e não na estagnação, na ação coletiva e não na particular, na produção do novo e não na sacralização do instituído. (...)Na verdade, ao assumir como seu fim último a superação da sociedade capitalista, a profissão está assumindo sua própria superação em termos da condicionalidade material que hoje peculiariza sua prática MARTINELLI (1997, p. 151).

Embora a profissão tenha amadurecido em todas as suas dimensões – ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica – os assistentes sociais se deparam com uma realidade totalmente adversa em seus espaços socio-ocupacionais, com o retrocesso nas políticas públicas sociais, cortes de recursos e falta de investimentos estatais, precarização e terceirização dos serviços públicos por meio da parceria com Organizações Sociais e reavivamento de valores conservadores.

Embora não se tenha uma pesquisa atualizada do perfil dos assistentes sociais<sup>15</sup>, o CFESS publicou um documento com dados sobre este tema em 2005, no qual aferiu que 78,16% dos assistentes sociais que participaram da pesquisa, realizada pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e pelos CRESS dos 24 estados, trabalhavam

---

<sup>15</sup> O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), a partir de 2016, começou a colher informações atualizadas sobre o perfil dos profissionais em todo o Brasil, por meio da “Campanha Nacional de Recadastramento Obrigatório – Viva a Sua Identidade”. Todavia, a coleta de dados ainda está em curso, não havendo análise concluída por ora.

no poder público, nos âmbitos federal, estadual e municipal, com uma predominância desta última esfera<sup>16</sup>.

A condição de assalariado dos assistentes sociais faz com que estejam submetidos aos mesmos prejuízos decorrentes da precarização do trabalho que acometem os demais trabalhadores, a saber, precarização das formas de contratação, insegurança no emprego, diminuição dos salários, intensificação do ritmo e do conteúdo do trabalho, cobrança por resultados imediatos e pelo aumento da produtividade, assim como o imediatismo e a tecnologia avançada que substitui muitos trabalhadores por computadores.

Iamamoto (2015, p. 13) salienta e nos faz pensar o seguinte:

Sendo o assistente social um trabalhador assalariado, vende sua força de trabalho especializada aos empregadores, em troca de um equivalente expresso na forma monetária, expresso no preço de sua força de trabalho, o salário ou proventos. É preciso lembrar que, no circuito do valor, o produto que todo assalariado produz para si é o equivalente aos seus meios de vida: o valor de troca de sua força de trabalho expresso no dinheiro, forma de equivalente geral, no qual se manifesta o valor de todas as demais mercadorias de qualidades diferentes, permitindo o seu intercâmbio.

Nessa direção, as entrevistadas sinalizam, em relação à venda da sua força de trabalho e a desproteção a que estão submetidas, não só elas, mas toda a classe trabalhadora, assim como o medo e insegurança quanto ao que esperar como retorno do sistema capitalista vigente. Comentam ainda, que o imediatismo e o individualismo fazem parte desta sociedade de consumo<sup>17</sup>, na qual, segundo afirma Retondar (2008, p. 138), uma necessidade satisfeita gera uma outra para se satisfazer, corroborando o que é dito pelas entrevistadas:

Então, é como a gente fala, trabalho é uma relação né, uma relação tanto de um lado quanto do outro, então não é só. Eu vendo minha mão de obra pra alguém, então assim, existe uma relação ali né, de

---

<sup>16</sup> A coleta e a sistematização dos dados se deram por amostragem, sendo que a coleta de informações ocorreu com a resposta de questionários por assistentes sociais inscritos no CRESS de seu estado e com registro ativo, que participavam de eventos comemorativos da profissão, em maio de 2004. O recolhimento dos questionários ficou a cargo dos CRESS em cada estado e foram remetidos à coordenação da pesquisa, na UFAL, sendo que apenas o estado do Acre não os enviou.

<sup>17</sup> Caracteriza-se, antes de tudo, pelo desejo socialmente expandido da aquisição “do supérfluo”, do excedente, do luxo. Do mesmo modo, se estrutura pela marca da insaciabilidade, da constante insatisfação, onde uma necessidade preliminarmente satisfeita gera quase automaticamente outra necessidade, num ciclo que não se esgota, num continuum onde o final do ato consumista é o próprio desejo de consumo (RETONDAR, 2008, p. 138).

forças, não sei se de forças, mas é de conveniências e tal. Hoje eu acho muito difícil a questão do trabalho[...] a gente hoje está muito desprotegido como trabalhador, com tantas mudanças que vem ocorrendo no país sobretudo nos últimos um ano, um ano e pouco, quase dois anos, e a gente está começando a ficar cada vez mais inseguro né. Essa relação de trabalhar, essa questão do trabalho, [...] a gente fica inseguro mesmo, ela traz muita insegurança né, porquê, hoje você é contratado por exemplo, pra fazer isso, isso e isso, de repente as coisas vão mudando, vão tomando outras, é outras proporções que quando você vê, você já está fazendo coisas que não foi o combinado né, que a gente tem um contrato e tudo mais (AS03, 2018).

E eu acho que hoje a gente está vivendo muito um tempo do imediatismo e do individualismo. [...] Olha, hoje a gente está vivendo uma situação caótica. Eu vejo o comércio fechando quase todo dia. Não tem uma família que não tenha ninguém desempregado. Todo mundo olha com aquele olhar assim “será que amanhã vai estar melhor?” Em termos de trabalho hoje estamos passando por uma situação muito delicada, em que o ser humano começa a se sentir pequeno. É muito difícil para um pai de família ficar sem trabalhar. Então a situação de trabalho hoje está muito difícil, eu acho. Bastante difícil. Eu vejo muita gente desempregada. Quando eu passo e vejo um comércio fechado, eu fico pensando... o que significa, pra quantas famílias essa porta fechada. E, assim... eu vejo também muita crueldade (AS01, 2018).

Raichellis (2011) aponta para dois significativos desdobramentos do período capitalista neoliberal e de reestruturação produtiva para os assistentes sociais, a saber, a terceirização e a informatização do trabalho. Referente à terceirização, muitos assistentes sociais atualmente trabalham em Organizações Sociais que são contratadas por meio de convênios pelos municípios. Ademais, mesmo no interior dos serviços de execução pública direta, há contratação de profissionais por vias diferentes da estatutária, como com registro na Carteira de Trabalho ou, simplesmente, terceirizados.

Citando Druck (2009), Raichellis (2011) menciona que o prejuízo fundante, decorrente da terceirização no âmbito do trabalho dos assistentes sociais, relaciona-se à separação/divisão entre terceirizados e efetivos, decorrente de formas variadas de contratação, gerando uma fragmentação entre os trabalhadores por serem contratados de formas distintas e com diferentes salários, muitas vezes na mesma equipe, impactando negativamente sua organização coletiva.

Raichellis (2011, p. 432) aponta como efeitos da terceirização do trabalho social:

- a) Desconfigura o significado e a amplitude do trabalho técnico realizado pelos assistentes sociais e demais trabalhadores sociais;
- b) Desloca as relações entre a população, suas formas de representação e

a gestão governamental, pela intermediação de empresas e organizações contratadas; c) Subordina as ações desenvolvidas a prazos contratuais e aos recursos financeiros definidos, implicando descontinuidades, rompimento de vínculos com usuários, descrédito da população para com as ações públicas; d) Realiza uma cisão entre prestação de serviço e direito, pois o que preside o trabalho não é a lógica pública, obscurecendo-se a responsabilidade do Estado perante seus cidadãos, comprimindo ainda mais as possibilidades de inscrever as ações públicas no campo do direito. (RAICHELLIS, 2011, p. 432).

Outra característica da gestão pública tem sido a incorporação da “cultura do gerencialismo” da empresa privada no setor público, impactando negativamente a criatividade no trabalho e um desgaste devido às atividades mecânicas, repetitivas e realizadas com parca reflexão. Nesse mesmo sentido, Fávero (1995) contribui explicitando o fazer do assistente social e seus enfrentamentos diários:

Lidando frequentemente com situações emergenciais que exigem a prontidão da ação, contando com escassos recursos alternativos a intervenção legal e coercitiva, com poucos espaços para reflexões críticas sobre suas ações, o assistente social tem suas práticas muitas vezes rotinizada, impregnada de espontaneísmo, (...). Essa realidade contribui para a neutralização ou banalização da pobreza e termina se sobrepondo a coletivização de práticas individuais que se pautam num saber crítico e em posturas comprometidas com mudanças na realidade (FÁVERO, 1995, p. 10).

No tocante à crescente informatização do trabalho dos assistentes sociais, Raichellis (2011) chama a atenção para:

São muitas as pesquisas e estudos que vêm constatando o quanto as tecnologias de informação intensificam os processos de trabalho, produzem um efeito mais controlador sobre o trabalho, organizam e encadeiam as tarefas de modo que desapareçam os tempos mortos, quantificam as tarefas realizadas e permitem a ampliação da avaliação fiscalizatória do desempenho do trabalhador (RAICHELLIS, 2011, p. 433).

A autora ainda salienta que os assistentes sociais têm convivido com um duplo processo contraditório no trabalho: primeiro, o prazer em atuar comprometidos com aqueles cujos direitos foram e são violados; segundo o desalento ante à impotência por não ter sob seu domínio os meios e recursos para enfrentar as causas estruturais que produzem a desigualdade social e a pobreza. Tal duplo processo relaciona-se com a reflexão de Yazbek (2014, p. 678) a respeito de “[...] alguns dilemas, desafios e

tendências do trabalho do assistente social engendradas no contexto do atual regime de acumulação, com seus impactos sobre a questão social e com seus enormes custos sociais especialmente sobre o trabalho”.

Citando Franco, Druck e Seligman-Silva (2010), Raichellis (2011) ainda menciona que trabalhadores impedidos de realizar na prática a sua ética profissional adoecem, em uma dinâmica institucional que provoca desgaste e adoecimento físico e emocional. Os entrevistados se manifestam com relação ao que entende sobre trabalho, afirmando-o como necessário, fundamental, prazeroso e que traz realização. Mas enfatizam que é preciso tomar cuidado com ele, pois pode afetar a saúde do trabalhador. Ressaltam que no trabalho é onde se passa mais tempo e a carga de trabalho e as pressões são grandes, podendo adoecer quem cuida dos usuários dentro dos serviços, no caso da RAPS-Rede de Atenção Psicossocial.

[...] assim embora fosse ótimos os benefícios, a carga de trabalho e a pressão no trabalho que você tinha era muito grande, aponto de pessoas adoecerem mesmo, ganhando muito bem [...] mas, é aí que tá o negócio, adianta você ganhar bem, adianta você ter vários benefícios, se o seu trabalho no seu dia a dia que é o lugar que você mais passa tempo, te consome de uma forma que depois você só vai ter que ir mesmo[...] (AS03, 2018).

Eu defino como realização, como pessoa, como dinheiro, como paixão absoluta, tesão, trabalho para mim é isso, mas precisa ser dosada, você pode ver a gente tem poucos cuidados em relação a isso. Não tem supervisão institucional, não tem capacitação, a gente que vai atrás de informação. Então a gente que precisa cuidar da nossa saúde e a partir do momento que fiz, que descobri o nível de irritabilidade maior do que poderia manifestar e imediatamente sem me consultar com psiquiatra entrei no antidepressivo me afastaram uma semana para introdução da medicação, eu quase fiquei louca, porque uma psicóloga que cuidada dos outros, constar que está com depressão. Eu estou me tratando e faço terapia como fiz todos os anos da minha vida desde que eu era estagiária. Então a gente tem que cuidar da nossa saúde, caso contrário ficamos doente, além do que você tem suas próprias questões, trabalho e realizações (P02, 2018).

Como maneira de enfrentar tal situação, Raichellis (2011, p. 435) aponta para a necessidade da luta coletiva dos assistentes sociais em diversos espaços de organização dos trabalhadores, que possam se fortalecer na resistência às diversas maneiras de o capital subjugar-los. É fundamental resistir ao mero “produtivismo quantitativo”, aferido pelo número de atendimentos, reuniões e visitas, sem a clareza sobre a direção social empreendida pelo trabalho profissional. Daí, também, a necessidade de se lutar pela

qualificação continuada dos assistentes sociais, pois, quanto mais críticos se tornam, mais fortalecidos para os embates cotidianos e para as lutas coletivas eles estarão.

A psicóloga entrevistada refere-se a essa questão ao falar sobre como o dia a dia vai sendo consumido pela pressa e por tarefas cotidianas, quando é preciso dar conta de muitas funções dentro do CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas. Menciona sobre uma lei de incentivo ao treinamento e formação continuada direcionado aos trabalhadores, com dedução fiscal para as empresas. Ressalta a importância de investir no funcionário, pois há um desgaste do trabalhador, que precisa ter muitas utilidades dentro dos serviços:

Chego do trabalho saio falando oi para todo mundo, [...] depois vou fazer meus grupos, avaliações dos pacientes, atendimento, às vezes vou fazer intervenções em casos pontuais, vou fazer visita domiciliar, participar de reuniões, aí pega (P02, 2018).

[...] Então o que eu vivi nas décadas de 80 e 90 para o que se vê hoje tenho de caminho muito grande para a qualidade do Trabalhador. Por exemplo, existia uma lei chamada de número Lei Nº 6297 que era a lei de incentivo ao treinamento; a empresa tinha uma dedução no imposto de renda [...] à medida que propiciava o treinamento para os seus funcionários na qualificação constante. [...] eu vivi essa queda da lei [...] (P02, 2018).

Pensando ainda nas questões relacionadas ao trabalho, percebe-se que a política neoliberal, representante de um conjunto de ideias e proposituras políticas e econômicas capitalistas, visando o Estado Mínimo, com grande incentivo e liberdade ao comércio, com menos direito ao trabalhador, alcança o assistente social como integrante da classe trabalhadora e conforme aponta Mészáros (2017)<sup>18</sup>, “a maneira como o sistema capitalista opera hoje, sob o domínio do capital financeiro destrutivo e com apoio de poderosos governos, está nos levando à destruição. Temos que nos opor fundamentalmente a isso”.

Os entrevistados mencionam em suas falas a dificuldade da instabilidade e da insegurança vivenciadas pela classe trabalhadora. Segundo eles, apesar de muitos terem acesso a bens e serviço e, por esse motivo, acreditarem fazer parte da elite, isso não os torna parte dela. Uma falsa sensação de pertencimento que alcança muitos. Dizem ainda, que o trabalho desumanizou o trabalhador:

---

<sup>18</sup> István Mészáros pensador húngaro e professor emérito da universidade de Sussex, na Inglaterra. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2017/10/02/istvan-meszaros-capitalismo-ameaca-o-futuro-da-humanidade/>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

Muito difícil, muito instável, muita insegurança, então assim só que eu acho que o trabalhador ele precisa tomar consciência disso, acho que as coisas estão caminhando, tão indo ladeira abaixo e você tá sentada atrás da sua mesa achando que não vai, não vai impactar em você. Eu falo isso em relação a todos os trabalhadores, sabe? Eu acho que o problema do Brasil hoje, eu acho que, não só o problema do Brasil, mas em relação a muitas pessoas, elas não tem consciência a que classe elas pertencem, elas não sabem que elas pertencem a classe trabalhadora, não é o fato dela ter um carro não é o fato dela ter um emprego, não é o fato dela ter uma casa, que isso a torna membro da elite, sabe?! (AS02, 2018).

[...] infelizmente [...] o trabalho perdeu muito as coisas no meio do caminho e que eu não estou falando aqui com nenhum julgamento porque não me compete. [...] O trabalhador perdeu a questão da humanização que existia, mas no passado [...] (P02, 2018).

Portanto, esse modo de produção capitalista tem como objetivo a acumulação do capital, através da exploração da classe trabalhadora, e a produção de riquezas, às quais a maioria a população não terá acesso, restando-lhe o mínimo possível dos bens e serviços.

Reflete uma assistente social entrevistada, acerca da necessidade de percebermos e entendermos a que classe pertencemos, a classe trabalhadora, a qual vem sendo aviltada por esse sistema capitalista excludente cujo objetivo é garantir o mínimo social, com presença ínfima do Estado.

Nós somos trabalhadores e não é a pessoa que ganha sei lá, dez, mais de dez salários mínimos, que ela saiu da classe trabalhadora. Ela continua sendo, só que ela não tá percebendo isso. Então na atualidade eu acho que as pessoas precisam acordar e saber a que classe elas pertencem, que é de trabalhador (AS02, 2018).

Esta é uma luta de todos os trabalhadores, contra pobreza, exclusão, desfiliação, desemprego, condições insalubres, na busca por uma sociedade mais justa, igualitária e equânime. Nessa direção os assistentes sociais têm buscado contribuir, em sua intervenção social, para a garantia de direitos dos trabalhadores e, no caso do CAPS-AD, dos direitos dos usuários da saúde mental, que durante muito tempo, desde a implantação dos manicômios e hospitais psiquiátricos, vêm sendo afligidos e tratados por esta sociedade, regida em sua maioria pelo sistema capitalista, como pessoas à margem social e sem direitos como cidadão.

Pensar nos avanços das legislações referentes à saúde mental hoje é fundamental, a fim de continuar a luta antimanicomial e a sustentação do pilar do direito ao cuidado da saúde das pessoas usuárias da saúde mental na sociedade e não fora dela como era feito dentro de manicômios.

Nesse capítulo, apresentamos as bases conceituais acerca do sistema neoliberal e suas mudanças no mundo da produção e do trabalho, as quais repercutem de forma direta nas condições de trabalho e vida do trabalhador. Enfim, com relação à flexibilização e precarização das relações de trabalho, percebe-se que o assistente social como os outros profissionais da RAPS, podem adoecer se não forem cuidados pela gestão, assim como inseridos em formação continuada, visando o seu fortalecimento profissional e obtenção de instrumentos técnicos para serem utilizados no cotidiano do trabalho.

## 2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: CONTEXTO HISTÓRICO

A sociedade brasileira tem passado por diversas transformações nos últimos séculos, tanto na esfera econômica, social, saúde, educação, cultural, política, e isso tem afetado a vida das pessoas, tanto de maneira positiva quanto negativa. A saúde é uma das áreas que tem sido mais atingida. A saúde física é a maior preocupação das pessoas, pouco se pensa na saúde mental, esquecendo que mente e corpo andam juntos. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é conceituada como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de uma doença ou enfermidade”.

Este capítulo versará sobre da história da saúde mental no Brasil, as suas formas iniciais de organização do cuidado das pessoas com transtornos mentais dentro dos muros hospitalares, asilares manicomial, onde eram colocados os ditos “loucos”, desajustados, as prostitutas, as mães solteiras, os ladrões, até a sua conformação enquanto política de saúde mental.

### 2.1 A história da Loucura: do chamado louco ao trânsito para cidadão

*O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção (Franco Basaglia)*

*E não podemos admitir que se impeça o livre desenvolvimento de um delírio, tão legítimo e lógico como qualquer outra série de idéias e atos humanos (Antonin Artaud)*

*Os doentes mentais são como beija-flores. Nunca pousam. Estão sempre a dois metros do chão<sup>19</sup> (Bispo do Rosário)*

---

<sup>19</sup>Disponível

<<http://www.ccms.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/reformapsiquiatrica.html>>. Acesso: 23 abr. 2019.

Figura 1 – Missão da Sociedade em relação a usuários da saúde mental



Fonte: Brasil de Fato-Uma Visão Popular do Brasil e do Mundo (2017).

Ao longo da história, nem sempre a loucura foi compreendida como doença mental. Segundo Foucault (1996), o conceito de loucura começou a se estruturar a partir do estabelecimento de uma distância entre a razão e a não razão. No final do século XVIII e início do século XIX, houve a criação da primeira instituição exclusiva para loucos.

A ação de atendimento e cuidado direcionada a essa parcela da sociedade era exercida pelos manicômios. Instituições fechadas para garantir o isolamento dos ditos “loucos”, os quais eram colocados nos hospícios e tratados à base de medicação e, em alguns casos, eletrochoque e outras formas de tortura. Ficavam com camisas de forças, jogados nos pátios ou camas dos manicômios de internação, sofrendo vários tipos de maus-tratos, além de ações punitivas com suposto “intuito educativo”.

No Brasil, no século XIX foi fundado no Rio de Janeiro o Hospício Dom Pedro II, inaugurado em 1852, um grande manicômio que manteve a tradição asilar de abrigar desviantes de todos os tipos, submetidos a diversas intervenções e arbitrariedades. Assim, o processo de institucionalização da loucura foi regido pelo discurso público da legitimidade e necessidade de exclusão das pessoas que perturbavam a ordem em locais específicos (BORBA et al., 2015, p. 89).

A prática de retirar as pessoas com “problemas mentais” do convívio social e colocá-las escondidas do olhar da sociedade sempre existiu. Nesses locais fechados eram colocados os ditos loucos, libertinos, prostitutas, vagabundos, ladrões, usuários de drogas, portadores de doenças venéreas, mães solteiras, enfim, todos/as aqueles/as considerados/as um problema para a ordem e organização social. O objetivo era deixá-los esquecidos nesses espaços, uma vez que já eram considerados miseráveis, à margem da sociedade, sem valor social e nem contribuía para produção de bens e serviços, ao contrário, alguns eram pedintes ou perambulava pelas ruas.

A história conta que esses manicômios tiravam o que tinha de humanidade nas pessoas, assim como os serviços manicomiais ignoravam o fato de estarem tratando de pessoas com história, família e direitos que foram esquecidos. Esses serviços psiquiátricos têm como características: a internação e o isolamento com a justificativa de tratamento. Respondia mais a uma questão social e econômica, do que de saúde, pois os internos eram reflexos da modernidade e do sistema capitalista excludente. Portanto, esses serviços psiquiátricos, no caso os manicômios<sup>20</sup>, conforme podemos ver abaixo, são mais comparáveis a uma prisão do que a um espaço para cuidados efetivos dessas pessoas:

Em meados do século XVIII surgem os manicômios para responder às exigências da modernidade como instituição específica para isolar mendigos, prostitutas, vagabundos, e loucos da sociedade. Isso ocorreu em conformidade aos objetivos da revolução industrial, da ascensão da classe burguesa e da incompatibilidade entre a razão e a loucura difundida pelo pensamento racionalista moderno (BORBA et al., 2015, p. 88).

A ação da Psiquiatria era moral e social, voltada para a normatização do louco, concebido como capaz de se recuperar, iniciando o processo da medicalização. O tratamento das pessoas com sofrimento mental ocorreu a partir de uma liberdade vigiada e no isolamento, fundamental para o surgimento da Psiquiatria.

---

<sup>20</sup> Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a15.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2019.

Figura 2 – Braços presos, boca livre para lutar.



Fonte: Mundo da Psicologia<sup>21</sup>.

Com o isolamento, as pessoas com sofrimento mental eram totalmente excluídas da sociedade, do acesso a direitos, a bens e ao consumo. Para a sociedade capitalista, essas pessoas que não consumiam nem produziam, eram mais um problema a ser contido, controlado e afastado do convívio social. Infelizmente essa visão sobre os usuários da saúde mental perdura até os dias de hoje.

Entre as intervenções propostas estavam a normatização do comportamento, o controle do tempo, a rigidez de regras, o isolamento social e conseqüente perda da identidade e referência das pessoas segregadas. Essas práticas visavam reprogramar a existência dos sujeitos atendendo as exigências da ordem e da disciplina (BORBA et al., 2015, p. 88).

---

<sup>21</sup> Disponível em: <<http://mundodapsi.com/reforma-psiquiatica-brasil/>>. Acesso em: 25 jul.2019.

Figura 3 – Se fosse eu?



Fonte: R7-Hora 7<sup>22</sup>

Segundo a Psiquiatria clássica, os sintomas representam um distúrbio orgânico, ou seja, a doença mental seria igual à doença cerebral e sua origem seria de causa endógena, dentro do organismo, referente a alguma lesão de natureza anatômica ou distúrbio fisiológico cerebral, nesse contexto, o médico exerce o papel fundamental. A loucura como doença e o surgimento da psiquiatria como especialidade médica é recente na história – aproximadamente 200 anos. O tratamento da pessoa em sofrimento psíquico grave ao longo dos tempos foi baseado na exclusão, reclusão e, posteriormente, no asilamento. Portanto, deve-se ter em mente que a Psiquiatria surgiu e foi então instituída como aparato social encarregado de responder ao problema da loucura naquele momento histórico (FOUCAULT, 1996).

No Brasil durante o Império (1941), na cidade do Rio de Janeiro, foi criado o primeiro serviço psiquiátrico, chamado Hospício Dom Pedro II. Esse espaço de afastamento social e familiar, o asilamento, assim como se esperava do tratamento psiquiátrico na época, se constituiu um grande violador de Direitos Humanos e de tortura. Os pacientes eram tratados de forma desrespeitosa, desumana, cruel, permanecendo neste local como amontoado de pessoas, uma superlotação sem nenhuma fiscalização por parte de quem deveria proteger estes sujeitos cujos direitos foram violados. Este serviço psiquiátrico perdurou por muitos anos.

---

<sup>22</sup> Disponível em: <<https://noticias.r7.com/hora-7/fotos/terror-fotos-de-manicomios-de-verdade-parecem-ter-saído-de-filmes-16062018#!/foto/1>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

O modelo de assistência psiquiátrica predominante no Brasil, estabelecido pela Constituição de 1934, propôs a hospitalização e o asilamento dessas pessoas, com o objetivo de atender, sobretudo, à segurança da ordem e da moral pública. Substituir uma Psiquiatria centrada no hospital por uma Psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou de base “territorial” se tornaria uma difícil tarefa da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1994).

Diante desse contexto, ocorreu um fato de grande importância para a história da Psiquiatria: a promulgação, na Itália, da Lei 180, conhecida como “Lei Basaglia” de 1978. A mundialmente pioneira Lei 180, dentre outros elementos, proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos e prevê a extinção progressiva dos já instalados bem como sua substituição por serviços comunitários. Essa lei veio coroar, no campo legal, as experiências assistenciais em Saúde Mental, em processo de desenvolvimento há alguns anos, capitaneadas pelo psiquiatra veneziano Franco Basaglia<sup>23</sup>, essas experiências faziam parte dos debates da denominada Psiquiatria Democrática Italiana (BASÁGLIA, 2005).

A partir de Basaglia, as críticas às condições sub-humanas às quais eram submetidos os internos em hospitais psiquiátricos tomaram a forma de uma contundente reprovação aos próprios fundamentos da psiquiatria, que justificariam a radical assimetria – fonte de todos os abusos – entre o poder do médico e o do paciente (BASÁGLIA, 2005).

Basaglia propõe a substituição do conceito “doença mental” pelo conceito “existência de sofrimento”. Ele lutou por uma modificação do olhar que se tinha sobre a loucura, para que ela pudesse ser vista como sofrimento existencial e social (BASÁGLIA, 2005).

---

<sup>23</sup> “Franco Basaglia foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos em Gorizia. Porém, à medida que se defrontava com a miséria humana criada pelas condições do hospital, percebia que uma simples humanização deste não seria suficiente mas, transformações profundas tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto nas relações entre a sociedade e a loucura. Basaglia criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. A partir de 1970, quando foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, iniciou o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico. Em Trieste ele promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de ‘grupos-apartamento’) para os loucos.”. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/e-psico/etica/temas\\_atuais/luta-antimanicomial-franco.html](http://www.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/luta-antimanicomial-franco.html) Acesso em: 12 jul. 2019. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/e-psico/etica/temas\\_atuais/luta-antimanicomial-franco.html](http://www.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/luta-antimanicomial-franco.html). Acesso em: 12 jul. 2019.

## 2.2 Primeiros passos em direção à Reforma Psiquiátrica: por uma sociedade sem Manicômios

O movimento social surgido com Baságlia e seus colaboradores, decorrente de suas experiências práticas de desinstitucionalização seria denominado de Psiquiatria Democrática. Outro movimento importante relacionado à Saúde Mental ocorreu em 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgaram um documento intitulado *A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental*, conhecido como a Declaração de Caracas (OPAS, 1990).

A Declaração de Caracas foi proclamada em novembro de 1990, na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), convocada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1990). Essa conferência, cuja influência ideológica se estendeu por toda a América Latina e Caribe, asseverou: “A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva”.

A Declaração de Caracas forneceu a justificativa ideológica e suas recomendações estimularam a discussão de alternativas técnicas no cuidado ao doente mental. Na realidade, a declaração aglutinou e deu força, organicidade e sustentação institucional, sob a chancela das organizações internacionais, aos movimentos reformistas do continente.

No campo da saúde, importantes transformações ocorreram no Brasil e no mundo, entretanto, iniciaremos discorrendo da Reforma Sanitária, a qual ocorreu entre os anos de 1970 e 1980, durante a Ditadura Militar (1964-1985), período marcado pelo cerceamento de direitos civis, sociais e políticos, pois o país estava sob a égide e a forte mão do militarismo.

Durante a organização da Reforma Sanitária, os movimentos sociais, conforme apontado por Campos (1992), lutavam por ampliação e garantia de direitos sociais, após um longo momento silêncio devido à ditadura militar:

A luta por melhores condições de saúde ao longo do século XX, passou a fazer parte da pauta de “demandas” dos movimentos sociais de vários países industrializados. O sindicalismo, os partidos políticos e diversas modalidades de associações tem colocado na ordem do dia a luta pelo acesso universal aos serviços (CAMPOS, 1992, p. 27).

Os movimentos sociais em 1978 reemergiram, conforme aponta Vasconcelos (2000, p. 22), após um período de repressão militar que “[...] impossibilitava a expressão política da sociedade”. Passaram então a questionar o modo de produção e reprodução capitalista. A luta dos trabalhadores, cujos direitos eram violados dentro de um sistema excludente cuja riqueza socialmente produzida ficava nas mãos de uma minoria. Esse movimento dos trabalhadores foi um forte aliado na luta pela Reforma Sanitária.

O capitalismo em crise desencadeia uma reestruturação produtiva principalmente no mundo do trabalho. Os trabalhadores, além dos movimentos sociais, foram incorporados à luta para ampliação da saúde para todos, uma participação importante nessa luta que buscava “[...] modelo sanitário de um sistema regionalizado, integrado e hierarquizado de saúde, que no início dos anos 80 iria configurar o que foi chamado de “Ações Integradas de Saúde” (VASCONCELOS, 2000, p. 25).

Em 1978, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental passou a questionar as “[...] políticas de assistência psiquiátricas vigentes na época” bem como as formas de atenção dispensadas aos pacientes psiquiátricos.

A Reforma Sanitária, na luta pelo direito à saúde para todos, vai de encontro aos interesses do capitalismo e à mercantilização da saúde no Brasil, além de ter precedido a Reforma Psiquiátrica:

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Uma importante atuação do Movimento dos trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), no período entre 1978-1982, momento em que profissionais de diversas áreas se uniram objetivando organizar na cidade de São Paulo, o Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, com vistas a conclamar uma sociedade sem manicômios. O Encontro contribuiu para que fosse fixado o dia da luta antimanicomial. Esse importante movimento contou também com a participação da sociedade brasileira

no que ficou conhecido como “Alisamento Genocida e a Mercantilização da loucura”<sup>24</sup>, que ocorria dentro das instituições asilares e hospitais psiquiátricos, onde havia práticas violadoras dos direitos dos “pacientes psiquiátricos”, nesse momento o que se procurava era: “[...] denunciar os maus-tratos realizados nas instituições destinadas a internação psiquiátrica, como também buscava-se humanizar estes ambientes hospitalares” (VASCONCELOS et al., 2002, p. 24).

Iniciou-se uma articulação no Brasil na busca por uma sociedade sem manicômio, utilizando a Itália como norte, onde Franco Basaglia foi uma pessoa que representou um marco para o fechamento dos hospitais psiquiátricos e forneceu as bases para estruturar a Reforma Psiquiátrica. Basaglia foi, portanto, uma grande influência no Brasil para esta reforma. Este autor cita ainda que o movimento mobilizou a “opinião pública e da imprensa” e foi “[...]externo ao aparelho do Estado”.

O Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, em sua luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, tinha como principais objetivos conforme Vasconcelos (2000):

- não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível e/ou necessário;
- regionalização das ações de saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em área geográfica de referência;
- controle das internações da rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados via centralização das emissões de AIH nos serviços de emergência do setor público;
- expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;
- humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2000, p. 24-25).

Salienta-se que a Reforma Sanitária foi anterior à Reforma Psiquiátrica e tem um papel fundamental para a saúde no Brasil. Entretanto, não podemos deixar de perceber o grande valor da Reforma Psiquiátrica para o país, marcando um momento histórico importante para a saúde mental no Brasil, a qual passa a acompanhar o processo que já acontecia no mundo, como na Itália, já discutida acima. A Reforma Psiquiátrica foi um

---

<sup>24</sup> Buscava-se denunciar os maus-tratos realizados nas instituições destinadas à internação psiquiátrica, como também humanizar esses ambientes hospitalares. Disponível em: <[https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/15056/15056\\_1.PDF](https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/15056/15056_1.PDF)>. Acesso em: 12 mar. 2018.

processo que envolveu trabalhadores, movimentos sociais, estudiosos e pensadores da área, nesta nova forma de olhar as pessoas com transtornos mentais. Sua história é marcada por muita luta para a superação do modelo asilar violento, opressor e acima de tudo desumano.

Esse momento de luta da história da saúde mental precisa ser visto e entendido pela sociedade, como um passo importante para os usuários da saúde mental e isso vai além do estabelecimento de um rol de leis voltadas para a saúde. Representam a transformação de um modelo de saúde opressor em um voltado para os direitos e cuidados humanizados para as pessoas com sofrimento mental. É movimento grande de mudança, um processo ético, político, amplo e complexo que envolve parcela de uma sociedade, para mudança inscrita também em contexto internacional na busca pela superação da violência do modelo asilar.

Segundo Amarante (1994), essa reforma é um processo que surge no Brasil principalmente a partir do momento da redemocratização, em fins da década de 1970, fundada não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas e na desenvoltura de toda a movimentação político-social que caracteriza essa mesma circunstância de redemocratização.

A Reforma na assistência à saúde mental brasileira, diante da influência de Baságli, conta ainda com a importante mobilização de usuários e familiares, juntamente com o Movimento dos Trabalhadores da Saúde. O movimento foi impulsionado pela centralidade do tema dos Direitos Humanos no combate à Ditadura Militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial (AMARANTE, 1994).

A atenção à saúde mental realizada no território pode levar à radicalização dos princípios da reforma psiquiátrica, permitindo a ativação de diversos recursos comunitários e familiares, em contraponto à lógica de isolamento inerente ao modelo manicomial (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

As concepções e práticas de saúde, segundo o novo paradigma da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, não comportam mais o olhar fragmentado do sujeito, o qual visualiza apenas a doença. “A força deste paradigma está no encontro com as pessoas que fazem o lugar, a fim de construir algo por meio de um diálogo verdadeiro” (MÉCIA et al., 2005, p.2).

Esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

[...] que significou abraçar a bandeira da eliminação progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros tipos de equipamentos comunitários, territorialmente circunscritos e voltados para a inserção social dos usuários, como passam a ser chamados os “doentes mentais”, no contexto de recuperação de sua cidadania, identidade e condições de sujeitos (PASSOS, 2009a, p. 159).

Vasconcelos (2000) traz reflexões sobre a emergência da luta antimanicomial e a necessidade de mudança do modelo assistencial destinado ao paciente da saúde mental com vistas à atenção mais humanizada e centrada na atenção psicossocial, integral e baseada nos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A Lei nº 20.216 de 6 de abril de 2001, Lei Paulo Delgado, aponta que é vedada a internação de pessoas com transtornos mentais em instituições que tenham características asilares conforme o Artigo 3 parágrafo 3, ressaltando que só poderão permanecer em unidades que

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Retomando a história da psiquiatria no Brasil, as primeiras experiências ocorreram em Santos (SP), em 1989, com o Núcleo de Atenção Psicossocial e a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira no CAPS-Itapeva<sup>25</sup> (SP), em 1986, a partir do novo modelo psicossocial em saúde mental. Esse modelo, o qual visava cuidados para pessoas com transtornos mentais a partir de práticas de atenção à saúde mental extra hospitalar, tinha como base a experiência de Trieste na Itália, ou seja, tinha como objetivo, dentre outros, acabar com práticas asilares e manicomiais geradoras de violência institucional. Portanto, pretendia-se com

---

<sup>25</sup> A sua criação fez parte de intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no País e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/52433-ms-participa-de-celebracao-dos-30-anos-do-pri-meiro-caps-em-sao-paulo>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

esse novo modelo desenvolver formas de atendimento que garantissem o direito destas pessoas, sem perder de vista a noção de que são sujeitos de direitos, cidadãos, conforme a Constituição Federal de 1988. Uma proposta<sup>26</sup> nova para a sociedade encarar, vivenciar e respeitar a loucura.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica não foi uma unanimidade em sua época e nem na atualidade, pois mexe com interesses econômicos e políticos fortes, principalmente nos mercados de serviços. Muito se lucrava com a loucura e ainda na atualidade, com as clínicas de recuperação para usuários de drogas.

A implantação da Reforma Psiquiátrica foi um desafio, houve muitos avanços e retrocessos, pois afetou vários setores da sociedade e do mercado. Era uma mudança de pensamento, práticas, valores, conceitos pré-estabelecidos e firmados por muitos anos, em relação aos usuários da saúde mental. Uma mudança cultural e social e é no cotidiano que ela se dá até os dias atuais. Uma luta que ainda não acabou. Uma mudança nos hospitais, nas indústrias farmacêuticas, nas famílias, no trabalho, nos serviços de saúde, dentre outros.

A Reforma Psiquiátrica baseia-se também nos apontamentos da Constituição Federal de 1988<sup>27</sup> e do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal afirma a responsabilidade do Estado em cuidar da saúde de todas as pessoas, assim como propiciar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

---

<sup>26</sup>Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 13 jul. 2019.

<sup>27</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 02 mai. 2019.

A implantação do Sistema Único de Saúde-SUS<sup>28</sup> representou um grande avanço para a sociedade brasileira em termos de saúde pública no Brasil, pois o Estado assume a perspectiva de cuidado e atenção a população com ampla responsabilidade, garantindo a todos o acesso igualitário e gratuito a toda a população. Suas diretrizes e princípios encontram-se preconizados na Constituição Federal de 1988 e nesta lei.

Na lei do SUS (LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990), o artigo 2º menciona que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Assim garante atendimento e cuidados de saúde gratuitos a população brasileira. São objetivos do SUS:

- I – A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III – A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

O SUS tem ampliado o cuidado no campo da atenção psicossocial para pessoas que têm problemas com uso de álcool e outras drogas. O cuidado deste usuário é pensado em rede, que se inspira nos princípios e diretrizes do SUS e nas políticas de saúde mental e atenção psicossocial. O foco principal deste modelo de cuidado é a liberdade, suas prioridades são: a garantia de não violação dos Direitos Humanos, a não criminalização dos usuários e o estímulo à participação social.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil trouxe novas formas de cuidado e de lidar com pessoas com problemas relacionados à saúde mental, assim como os usuários de álcool e outras drogas. A reforma é um novo olhar sobre a saúde mental, com vistas a romper com um modelo biomédico de medicalização, o qual trata os usuários de forma desumana e desrespeitosa como coisas e não cidadãos de direitos.

Este novo modelo de atuação da saúde mental proposto através da Reforma Psiquiátrica inicialmente, posteriormente reforçado pela criação e implantação da

---

<sup>28</sup> Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 02 mai. 2019.

RAPS tem como base o SUS, que é universal e igualitário, objetiva propiciar atendimento e cuidado integral às pessoas com sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas. Muito distante, portanto, da lógica dos hospitais psiquiátricos. A RAPS busca ampliar o olhar para o sujeito, não esquecendo de percebê-lo dentro de um contexto econômico, social, político, conhecendo suas necessidades quanto à moradia, trabalho, renda, assistência social, dentre outros (BRASIL, 2005).

### **2.3 Política Nacional de Saúde Mental e outros marcos legais**

Um dos grandes desafios para a Política Nacional de Saúde Mental voltada para os usuários de álcool e outras drogas no Brasil é a “estruturação dos serviços e a implementação de estratégias de atenção psicossocial em redes integradas e regionalizadas de saúde, envolvendo os territórios das capitais e municípios do interior”<sup>29</sup> (MACEDO et al., 2017, p. 157).

A Política Nacional de outras Drogas traz estratégias e diretrizes para organizar a saúde mental no Brasil:

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas).

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas. Esta Política busca promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais tem sido um processo contínuo. Nesse cenário, após meses de debate, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne o Ministério da Saúde e representantes estados (CONASS) e municípios

---

<sup>29</sup> Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00155.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

(CONASEMS), anunciou medidas para fortalecer esse atendimento no SUS, promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017), com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada. A iniciativa enfrenta os desafios e problemas já conhecidos. O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS (BRASIL, 2018).

Diante do processo de desinstitucionalização dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, os quais já não possuíam qualquer vínculo familiar, uma vez que muitos foram abandonados em instituições asilares, um problema a ser pensado, diante da lógica de cuidado territorial, é a questão da moradia. Para tanto, o Ministério da Saúde criou os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência, de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No Brasil, a primeira iniciativa para cuidado dos usuários de substâncias psicoativas foi a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001<sup>30</sup>, a qual trata do cuidado aos usuários da saúde mental, a proteção a esses sujeitos e os direitos das pessoas que apresentam transtornos mentais. Essa Lei foi proposta em 1989 pelo Deputado Paulo Delgado (levou 10 anos para ser aprovada) com o intuito de defender e proteger o direito das pessoas com transtornos mentais e está direcionada também para rever o modelo de assistência à saúde mental.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de ‘evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

---

<sup>30</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 02 mai. 2019.

- V – Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil trouxe em seu bojo algumas legislações que procuravam subsidiar e ajudar a garantir atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

Em 14 de outubro de 2004, foi criada a portaria nº 2.197/GM, a qual, dentre as providências tomadas, buscou redefinir e ampliar a atenção aos usuários de substâncias psicoativa no âmbito do SUS (BRASIL, 2004). Em seu artigo 1 institui: “Instruir, no âmbito do SUS, O Programa de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”. Com isso, há a inserção da questão relacionada ao uso de substâncias psicoativas por usuários na agenda pública, assim como a responsabilização do SUS pelo atendimento e cuidado a ele dispensado.

Com advento da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, a qual estabelece o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e as medidas para prevenção ao uso indevido de drogas, assim como atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelece, ainda, normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Esse é um importante momento de mudanças na atenção a quem faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

A Lei ressalta, no art. 01, parágrafo único, quem são esses usuários: “[...] consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”.

No que tange ao SISNAD<sup>31</sup>, o artigo 3º cita sua finalidade de articulação, integração, organização, assim como coordenação de atividades que tenham relação com articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, “[...] a atenção e a reinserção social de usuários e

---

<sup>31</sup> Disponível em; <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.840-de-5-de-junho-de-2019-155977997>>. Acesso em: 04 mai. 2019.

dependentes de drogas e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas”.

Outra Legislação importante para o movimento da Reforma Psiquiátrica foi a Portaria N 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que instituiu a RAPS.

De acordo com Alves (2009), os tratamentos e cuidados com usuários de drogas eram realizados, a princípio, por instituições não governamentais (comunidade terapêutica e grupos de autoajuda e ajuda mútua. Ainda segundo Alves (2009), no que se refere que os CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades especializadas, a partir da Portaria citada, devem ter como principais características a oferta, aos usuários de drogas e a seus familiares: de acolhimento integral, atenção integral (práticas terapêuticas e preventivas – de promoção de saúde – educativa de reabilitação psicossocial) e estímulo à sua integração; inserção comunitária de práticas e serviços no território; adoção da redução de danos como estratégia, dentre outras.

Cabe salientar que esta política objetiva com a implantação do serviço de base comunitária, o CAPS-AD, a articulação da rede de atenção a usuários de drogas, com a finalidade da assistência integral dos usuários e atendimento da sua família. O CAPS<sup>32</sup> tem, portanto, uma função importante de matricialmente no território.

[...] um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p.13).

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados pela atenção a problemas de saúde.

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. A equipe

---

<sup>32</sup> Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2019.

ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 399-407).

O trabalho realizado em parceria entre CAPS e as equipes de Saúde da Família consiste na responsabilidade compartilhada no cuidado dos casos de saúde mental da região, cujo objetivo é proporcionar um atendimento mais singularizado, para que o usuário possa ser acompanhado de forma integral.

Conforme preconiza o SUS, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia, a partir das singularidades dos atendidos, das especificidades que trazem consigo, da região onde vivem, pois, o trabalho é longitudinal. Esse cuidado à saúde das pessoas deve acontecer ao longo do tempo, independentemente da demanda apresentada, produzida através dos encontros entre o atendido e o profissional. Esses encontros oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território.

Outro ponto importante no trabalho psicossocial em saúde é a articulação entre os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), nas quais o serviço é desenvolvido por uma equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo: a promoção, a proteção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos, com o objetivo de desenvolver a atenção integral capaz de impactar a situação de saúde e autonomia das pessoas bem como os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A função primordial da UBS é ser um ponto de atenção para desenvolver ações necessárias com os demais pontos da rede.

O Ministério da Saúde prevê que as UBS cumpram também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental. Os profissionais de saúde realizam diariamente, por meio de intervenções e ações próprias do processo de trabalho das equipes, atitudes que possibilitam suporte emocional às pessoas em situação de sofrimento mental e problemas com uso de álcool e outras drogas, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Inclusive ajudando a detectar situações de vulnerabilidade no território que poderão agravar as questões sociais e de saúde dos usuários, ou mesmo dar suporte ao CAPS na construção de propostas de cuidado, inseridas no Projeto Terapêutico do usuário.

A Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003, institui a atenção dos usuários de drogas e a utilização da estratégia de redução de

danos, junto com as legislações em tela, aborda de forma fundamental essa questão tão emblemática e sempre negligenciada socialmente. A política trata-se de um marco na ampliação do modelo de atenção à saúde integral dos usuários de álcool e outras drogas, promovendo a saúde, com o objetivo de reduzir danos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, possibilitando assim, um olhar e cuidado mais qualificado.

Com relação ao usuário de álcool e outras drogas, o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o qual estabelece a prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários, bem como o enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas consideradas ilícitas. O decreto tem como fundamento,

[...] a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, esporte, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

A articulação entre os serviços de saúde mental e a Atenção Básica deve ter como princípios a noção de território, a organização de uma rede de saúde mental, intersetorialidade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção de uma autonomia possível ao usuário e familiares (BRASIL, 2011).

Esta posição da rede faz com que este sujeito de direitos possa ser atendido em todas as suas necessidades nas áreas de educação, justiça, esporte, cultura e lazer, justiça. Trabalho e renda, porém segundo a assistente social entrevistada, em relação ao trabalho em rede, ela menciona “[...] que a rede não se sente responsável e nem corresponsável por este usuário de drogas que realiza tratamento no CAPS-AD” (AS01, 2018), conforme ela afirma a rede não entende quem tem a reponsabilidade pelo cuidado com os usuários de álcool e outras drogas, permanecendo este cuidado isolado no serviço de saúde mental sem o apoio do território.

No que se refere ao tratamento dos usuários de substâncias psicoativas, essa mesma Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS dá ênfase ao tratamento em Comunidades Terapêuticas, em detrimento das estratégias de redução de danos

conforme também aponta o DECRETO Nº 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019<sup>33</sup> em um dos objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

[...] Promover a estratégia de busca de abstinência de drogas lícitas e ilícitas como um dos fatores de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde decorrentes do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas.

É importante pensar nas mudanças trazidas por esta Nota Técnica e este Decreto, pois através dos investimentos que serão feitos nas Comunidades Terapêuticas, levando-se ainda em consideração, que a maioria está ligada a organizações religiosas e a instituições privadas, terão portanto, um trabalho enviesado pelo aspecto religioso e não seria pautado em preceitos técnico e científicos, como o CAPS-AD trabalha. Além disso, traz também uma lógica da internação em Hospitais Psiquiátricos, tão combatida pela Luta Antimanicomial conforme DECRETO Nº 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019

Promover e garantir a articulação e a integração das intervenções para tratamento, recuperação, reinserção social, por meio das Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas, Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos, Hospitais-Dia, Serviços de Emergências, Corpo de Bombeiros, Clínicas Especializadas, Casas de Apoio e Convivência, Moradias Assistidas, Grupos de Apoio e Mútua Ajuda, com o Sisnad, o SUS, o SUAS, o Susp e outros sistemas relacionados para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição de recursos técnicos e financeiros por parte do Estado, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Uma Nota Técnica<sup>34</sup> feita pela ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva- tem posicionamento contrário as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, concerne à Nota Técnica<sup>35</sup> nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, Ela cita:

Em primeiro lugar, não se trata de uma “Nova” Reforma Psiquiátrica, mas de uma Contra-Reforma Psiquiátrica, ou seja um retrocesso, uma vez que a principal instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial é recolocada na rede de atenção, a saber, o hospital psiquiátrico ou a “comunidade terapêutica”, instituição manicomial

<sup>33</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)>. Acesso em: 15 jul. 2017.

<sup>34</sup> Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudan-cas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

<sup>35</sup> Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2019.

correspondente no atendimento a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas.

Essa nota técnica menciona que, no Decreto de 2002, a proposta era o atendimento no território nos serviços de base comunitária como CAPS, onde o sujeito pudesse estar próximo da família e da sua comunidade. Ressalta que a RAPS dá conta das demandas da saúde mental e oferta um cuidado diferenciado do que era realizado nos manicômios e Hospitais Psiquiátricos. Referem que esta territorialidade permite a este sujeito “só assim é possível reabilitar e ressocializar pessoas, ou, eventualmente, impedi-las de serem dessocializadas, estigmatizadas ou excluídas.” Manifesta-se ainda em relação a técnicas como eletroconvulsoterapia (ECT), como técnica ainda divergente [...] é objeto de um debate científico, bioético e judicial acirrado em relação a sua eficácia clínica e potencial iatrogênico (READ ET AL, 2019; BREGGIN, 2008).

Conforme França (2017), no que se refere à saúde mental no Brasil, houve um retrocesso de 30 anos no tempo. Segundo o autor, a nova política do governo de investir em manicômios para tratamento e cuidado de pessoas com transtornos mentais fortalece a mercantilização e não responsabilidade do Estado, no entanto, conforme a Constituição Federal de 1988 a saúde é direito de todos e dever do Estado. Isso fica evidente no discurso deste representante da Luta Antimanicomial:

Além disso, os serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e outros espaços da Raps tenderão a se enfraquecer, coagidos pela pressão para internações psiquiátricas. Exemplo disso é o valor dos recursos financeiros destinados aos espaços fechados: 140 milhões de reais para hospitais psiquiátricos e outros 120 milhões para comunidades terapêuticas (BLOG Com a Palavra, 2017).

Diante do exposto, é preciso ressaltar que estamos em um momento contraditório, no qual a assistência à saúde ampliou a sua abrangência e proximidade com a população atendida, através do trabalho das equipes na lógica territorial, e por outro, avançam concepções conservadoras e neoliberais. Dessa forma, faz-se necessário lidar com o enfrentamento dessas questões sociais na esfera das políticas públicas, pensando na importância das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública, porém, para seu enfrentamento, é necessária política pública e intervenção intersetorial.

## **2.4 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): nova forma de cuidado aos usuários da saúde mental**

A RAPS surge a partir das demandas apresentadas pelo processo iniciado pela Reforma Psiquiátrica e tem papel fundamental na atenção psicossocial das pessoas com sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas, além do fato de propiciar assistência diferente daquela ofertada pelas instituições asilares anteriores à Reforma. Porém, colocar toda responsabilidade para dar certo em cima desta proposta pode incorrer em riscos se não houver investimentos nesta rede de atenção.

[...] no Brasil, nos últimos anos, apesar de alguns poucos avanços setoriais, como na distribuição de renda e diminuição da pobreza, se mantém os traços estruturais que provocam a privatização, a focalização e o sub-financiamento das políticas sociais; a precarização dos vínculos de trabalho tanto no setor público quanto privado; a desigualdade social; o desemprego elevado; e o abuso de drogas e a violência, com suas fortes implicações no campo da saúde mental (VASCONCELOS, 2010, p. 02).

[...] As enormes dificuldades que temos enfrentado na luta pela reforma psiquiátrica e pela reforma sanitária no Brasil significam na verdade um desafio com dimensões muito mais amplas: o processo de universalização das políticas sociais em contexto periférico ou semi-periférico, como no Brasil, vem se dando em plena crise das políticas de bem estar social no plano mundial, ou seja, sob a hegemonia e expansão de um longo ciclo histórico de políticas neoliberais, com desemprego estrutural, precarização das políticas sociais públicas, desfiliação e desassistência. Em paralelo, estas políticas incluem estratégias claras de repressão, desmobilização ou cooptação dos movimentos sociais populares (VASCONCELOS, 2010, p. 02).

Por outro lado, a estrutura proposta para a RAPS possibilita um atendimento com foco na pessoa com sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas, na família e na participação deste usuário na sociedade, na busca de autonomia, exercício da cidadania e direitos a cuidados em rede para a saúde das pessoas com sofrimento psíquico e/ou que fazem uso de álcool e outras drogas.

A RAPS fundamenta-se nos princípios da autonomia, respeito aos direitos humanos e o exercício da cidadania; busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado; desfazer estigmas e preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, com continuidade do cuidado; desenvolver ações de educação permanente;

ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (Brasil, 2011c).

Em termos organizativos, o ordenamento da Atenção Psicossocial em cada Região de Saúde deve estruturar-se em diferentes pontos da rede SUS: (1) atenção primária; (2) atenção psicossocial especializada; (3) atenção à urgência e emergência; (4) atenção residencial de caráter transitório; (5) atenção hospitalar; (6) estratégia de desinstitucionalização; (7) reabilitação psicossocial (MACEDO et al., 2017, p. 157).

Diante do que a RAPS propõe, cabe destacar na PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, o artigo 3º que menciona os objetivos dessa rede:

- I – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II – Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III – Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Tendo em vista tais objetivos mencionados, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, portanto, se constitui pelos seguintes pontos de atenção:

- 1) **Atenção básica em saúde:** Unidade Básica de Saúde e equipe de atenção básica para populações específicas, Equipe de Consultório na Rua; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência;
- 2) **Atenção Psicossocial especializada:** Centros de Atenção Psicossocial, nas diversas modalidades;
- 3) **Atenção de urgência e emergência:** SAMU; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- 4) **Atenção residencial de caráter transitório:** Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- 5) **Atenção hospitalar:** enfermaria especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- 6) **Estratégias de desinstitucionalização:** Serviços Residenciais Terapêuticos;
- 7) **Reabilitação psicossocial.**

Um outro ponto importante desta rede conforme a PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 é a descrição de funcionamento e organização dos

CAPS's<sup>36</sup>, que são pontos de atenção especializada, assim como articulação no território do atendimento aos usuários conforme artigo 4 parágrafo 4º são

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

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

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

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

**CAPS-AD III:** atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

**CAPS i:** atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011)

Diante desta lógica de trabalho psicossocial proposta, a rede que compõe a RAPS é constituída de forma intersetorial para que possa fornecer o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social e contando com serviços das Secretarias das áreas da: Educação, Justiça, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Cultura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.

---

<sup>36</sup> Disponível em: <file:///E:/0000.orienta%C3%A7%C3%A3o/texto%20para%20caps/portaria%203%20088.html>. Acesso em: 04 mai. 2018.

Com esta proposta de atenção aos usuários da saúde mental, a RAPS descreve que as internações devem ser em Hospitais Gerais e com duração curta, com a família e/ou rede de suporte deste usuário envolvida no tratamento, assim como outros equipamentos do território e após isso direcionados aos serviços de base comunitária (BRASIL, 2001). A autora Pitta (2011) reforça discorrendo que a internação não seja de longa duração e que não tiveram resultado nos serviços da RAPS com garantia de equidade de acesso, direitos de cidadania e acesso às políticas de pública de saúde, dentre outras. Ou seja, está legislação institui que os usuários de saúde mental sejam assistidos e cuidados de forma humanizada, com base nos direitos humanos, com proposta de desinstitucionalização de quem ainda permanece institucionalizado, assim como evitar internações prolongadas e em definitivo.

#### **2.4.1 CAPS-AD e os Consultórios na Rua**

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) surgiram em 2002 destinados aos usuários de álcool e outras drogas de forma prejudicial. Este serviço oferece atendimento a partir de um planejamento terapêutico individualizado e de evolução contínua, com trabalho em rede e parcerias de serviços comunitários (LANCETTI, 2015). Esse serviço tem como objetivo acolher, prestar atendimento integral, oferecer acompanhamento às pessoas com transtornos mentais, propiciar sua reinserção social, integração familiar e o fortalecimento da autonomia. É considerado o mais importante dispositivo para a concretização do projeto da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2011; LANCETTI, 2015).

O CAPS faz parte da RAPS e funciona como serviço gratuito que tem como uma de suas atribuições trabalhar a autonomia, reinserção familiar e comunitária, cidadania e cuidados com a saúde integral do sujeito. Um olhar diferenciado, com respeito e enxergando-os como cidadãos de direitos, não apenas como alvos da ação do Estado.

A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001, p. 12).

Importante explicitar o conceito de drogas<sup>37</sup>: são substâncias psicoativas, que alteram o estado comportamental e de consciência do usuário. O uso dessas substâncias acompanha a humanidade desde os seus primórdios, como prática religiosa, para uso recreativo ou abusivo, como medicação, dentre outras. Elas são de vários tipos e têm várias características, assim como diversos significados para o homem de uma maneira geral historicamente. Podem ser lícitas ou ilícitas. Aqui centraremos no uso abusivo e na dependência quanto ao uso de álcool e outras drogas. A dependência é um fenômeno que envolve três eixos: o sujeito (com suas características de personalidade e singularidade biológica); as substâncias psicoativas (as drogas); e o contexto sociocultural (meio ambiente)<sup>38</sup>.

As diversas práticas e condições rejeitadas socialmente, como o uso de drogas, foram consideradas *desvio* social, concebido como degeneração, anomalia, delito e doença. As intervenções elaboradas para lidar com tais condições incluíram disciplinarização, vigilância, punição, adestramento e docilização dos *desviantes* e foram analisadas por Foucault (1987) como práticas sobre as quais incide um “[...] poder disciplinar”.

Historicamente, o uso de drogas vem sendo visto como uma transgressão a ser disciplinada e punida, e o usuário como um transgressor carente de regras e limites. Tal questão é de extrema importância e precisa ser observada nas intervenções e no cuidado em saúde para as pessoas vitimadas por problemas com álcool e outras drogas. A fim de não reproduzirmos um modelo de cuidado baseado em ações de caráter apenas restritivo, repressivo, de confinamento e tratamento compulsório de usuários, com foco principal na abstinência.

Muitas vezes no cotidiano do trabalho no CAPS-AD, verifica-se que o próprio usuário demanda por limites, seja para si mesmo ou para outros usuários, demonstrando a internalização da necessidade de uma certa disciplinarização, tal questão representa

---

<sup>37</sup> “O que são as drogas? Tecnicamente, as drogas são substâncias químicas que afetam o funcionamento normal do corpo em geral ou do cérebro. Nem todas as drogas são ilícitas. A cafeína (encontrada no café ou na Coca-Cola), a nicotina (em cigarros) e o álcool, por exemplo, são drogas tecnicamente lícitas, embora geralmente não sejam chamadas assim. Os remédios, prescritos pelo médico ou adquiridos nas farmácias, são drogas lícitas que nos ajudam a nos recuperar de doenças, entretanto, a forma como as usamos pode levar a uma relação problemática ou mesmo de dependência. As drogas ilícitas são tão prejudiciais que países do mundo inteiro decidiram fiscalizá-las. Foram aprovadas diversas leis de abrangência internacional, em forma de Convenções das Nações Unidas, que especificam as drogas submetidas à fiscalização”. Disponível em: <[https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics\\_drugs/Campanha-global-sobre-drogas/getthefacts11\\_PT\\_.pdf](https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/Campanha-global-sobre-drogas/getthefacts11_PT_.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2019.

<sup>38</sup> Aberta Portal de formação a distância, sujeitos, contextos e drogas. Padrões de uso de uso de drogas Eixo Políticas e Fundamentos. Aberta. Disponível em: <[senad.gov.br](http://senad.gov.br)>. Acesso em: 12 jul. 2019.

um dos vários desafios para o cuidado a pessoas com problemas com álcool e outras drogas e para os trabalhadores que se propõem a realizar esse tipo de cuidado que o CAPS-AD realiza.

É importante destacar que não há fórmulas prontas para ofertar o cuidado, mas há diretrizes fundamentais em uma perspectiva psicossocial: a importância de analisar cada caso de forma singular; a abertura da equipe para refletir e problematizar suas intervenções; a importância da negociação com os usuários sobre as propostas de cuidado ofertadas a ele; e a valorização da participação dos usuários em relação a seu tratamento, de forma a lhes possibilitar maior protagonismo, contribuindo, assim, para sua melhora e o exercício de cidadania.

Nesse processo, é fundamental ajudar o usuário a lidar com os riscos e possibilidades de suas escolhas, pois isso contribui para que ele perceba e estabeleça gradativamente seus próprios limites. Essa é uma perspectiva de negociação e diálogo com o usuário preconizada pela Redução de Danos, pois acredita-se que o envolvimento do usuário em processos participativos e decisórios, desde o início do seu tratamento, é importante para o exercício da participação, a qual, subseqüentemente, irá repercutir em outros aspectos de sua vida. A participação social dos usuários é um componente importante de princípios, diretrizes e resoluções do SUS, de políticas nacionais e internacionais de saúde mental (OMS, 2001) e de estratégias de cuidado na clínica psicossocial. Está relacionada à maneira como se exerce e distribui o poder em um serviço de saúde, um grupo social e na própria sociedade.

Com relação à visão dos Usuários de álcool e outras drogas são vistos, no senso comum, socialmente é de que eles são como pessoas que não querem nada da vida, preguiçosos, criminosos, envolvido com tráfico, sem laços afetivos, uma pessoa que se isola da sua rede afetiva e social. Esta visão vem sendo reproduzida historicamente e socialmente. Diante disso, os usuários são estigmatizados. Portanto, é fundamental que este usuário seja tratado como sujeito de direitos, tendo em vista que este indivíduo também deve receber, assim como qualquer cidadão, o cuidado de forma integral, com equidade, conforme preconiza o SUS.

Tendo em vista esta questão do estigma sobre as pessoas que tem problema com uso de substâncias psicoativas, se faz necessário também citar sobre o aspecto jurídico, que impacta inclusive no cuidado com estes indivíduos, quanto a justiça salienta-se duas questões que a legislação ( LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006) no Brasil (2006) apontou, da qual é importante mencionar: que portar drogas continua sendo

crime, entretanto para usuários e quem faz uso abusivo estão realizando medidas socioeducativas, a fim de que posam ao invés da privação de liberdade, as quais vão quanto aos efeitos à prestação de serviço comunitário do uso de drogas; medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo (BRASIL, 2011; DUARTE; DALBOSCO, 2014).

Esta questão do uso de álcool e outras drogas no campo da saúde, é cuidada principalmente pelos Centros de Atenção Psicossocial, através de uma abordagem psicossocial, após a Reforma Psiquiátrica brasileira.

A Reforma Psiquiátrica propôs novas formas de cuidado e atenção, para substituir o modelo asilar por um modelo em forma de rede de atenção, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dispositivos estratégicos dentro dessa proposta. A prioridade é a reinserção social e o fortalecimento de vínculo dos usuários no serviço, oferecendo apoio e incentivo na busca por construção da autonomia e cidadania (LANCETTI, 2015).

O modelo de atenção psicossocial no Brasil<sup>39</sup>, direcionado para atenção integral aos usuários da saúde mental pode ser oferecido pelo serviço público, privado, por convênio com organizações sociais, dentre outros.

No início da década de 1990, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu mudanças no financiamento que regulamentaram e tipificaram os ainda incipientes Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), sustentando sua multiplicação. Nessa fase, ficou claro que o aumento de financiamento e a destinação direta a serviços específicos de saúde mental foram elementos-chave para iniciar a transição do modelo, valendo como estratégia de indução. Como efeito dessa política, houve alteração do número de internações em relação à abertura de novos serviços comunitários, com redução de 12,8% frente ao crescimento de 99% de CAPS no período de 1997 a 2001 (TRAPE; CAMPOS, 2017, p. 02)

O CAPS é um equipamento de saúde que deve atender no território de porta aberta, comunitário e integrado ao SUS segundo o Ministério da Saúde (2004), para atendimento a usuários com transtornos mentais severo ou persistentes, os quais demanda uma atenção com dispensação de cuidados intensivos, comunitários e personalizados. São realizadas atividades importantes dentro dos CAPS-AD tais como atendimento diário por meio de plantões, e modalidades intensiva e semi-intensiva e

---

<sup>39</sup>Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf)>. Acesso em: 13 jul. 2019.

não-intensiva, cuidados com relação a repouso em Hospitalidade Dia desintoxicação ambulatorial, cuidados aos familiares, reinserção social, utilizando recursos setoriais e intersetoriais, dentre outros (RONZANI; MOTA, 2010).

O CAPS é um dispositivo muito diferente dos manicômios que tinha como característica a longa internação e o isolamento dos usuários de sofrimento mental. É uma ruptura com o modelo tradicional biomédico, cuja base são os sintomas, um modelo ampliado de atenção à saúde que procura olhar o sujeito dentro do seu contexto social, político, cultural, trabalho, lazer, econômico, saúde dentro do território e acesso a bens e serviços (BRASIL, 2005). Portanto, o objetivo do CAPS<sup>40</sup> é conforme o Blog da Saúde – Ministério da Saúde

A criação do CAPS teve por objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em decorrência do estigma e da complexidade dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, muitas vezes os usuários de drogas não frequentam os serviços de saúde. Isso contribuiu para que houvesse historicamente uma certa ausência de políticas públicas direcionadas para a problemática. Em contrapartida, outras políticas de cuidado foram criadas, em sua maioria pautadas em concepções religiosas, psiquiátricas ou médicas com foco principal na abstinência. Com a implantação dos CAPS, foram ampliadas as possibilidades de cuidado para a população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

Uma das principais estratégias de cuidado no CAPS-AD é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), elaborado juntamente com o usuário e alicerçado na corresponsabilização, coprodução e cogestão do cuidado deste usuário, o qual, muitas vezes, se encontra em situação de vulnerabilidade. A formulação do elaborado dessa forma coletiva, necessita de constante (re)avaliação do trabalho realizado e proposto ao usuário (LANCETTI, 2015).

A equipe técnica do CAPS-AD é composta por: médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, terapeuta ocupacional, assistente social. Há também oficinairos e, em

---

<sup>40</sup> Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/52433-ms-participa-de-celebracao-dos-30-anos-do-primeiro-caps-em-sao-paulo>>. Acesso em: 10 set. 2017.

alguns CAPS-AD, redutores de danos<sup>41</sup> pertencendo atualmente ao Consultório na Rua, de acordo com a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011<sup>42</sup>, a qual define as diretrizes e formas de organização do seu funcionamento.

Enfatiza-se mais uma vez que um dos grandes desafios para a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil é a “[...] estruturação dos serviços e a implementação de estratégias de atenção psicossocial em redes integradas e regionalizadas de saúde, envolvendo os territórios das capitais e municípios do interior” (MACEDO et al., 2017, p. 175)<sup>43</sup>.

Realiza-se o trabalho no CAPS prioritariamente em espaços coletivos de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário do serviço e sua família. A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica (AB), garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Relata uma assistente social entrevistada que a rede precisa se organizar para atender os casos relacionados a álcool e outras drogas. Segundo ela, em determinados momentos cada serviço da rede tem uma conduta diferente para o mesmo caso. Para a entrevistada, o desafio é conseguir adequar o desejo do usuário à proposta pensada para ele. Muitas vezes, trabalhar com a vontade da rede, do usuário e do CAPS-AD não tem sido uma tarefa fácil. É importante “colocá-lo dentro de escuta especializada, trabalhar com desejo do outro” (AS 02, 2018).

Essa entrevistada (AS02) faz referência sobre quem é este usuário do CAPS-AD. Descreve como alguém que sofre preconceito por parte da sociedade e não pelo serviço. Refere a sociedade da qual ele também faz parte, em sua maioria, tem repulsa por eles, não conseguindo enxergar ele como alguém que “[...] tem uma doença. [...] Falta

---

<sup>41</sup> O redutor de danos é o profissional que trabalha no campo da redução de danos. Para tanto, deve aceitar as pessoas como elas são, evitando julgar comportamentos, opondo-se firmemente à estigmatização de pessoas que usam drogas. De início, os redutores de danos eram pessoas que usavam drogas ou pessoas próximas e familiarizadas com o universo do uso, abertas à linguagem e às dimensões e cultura dessa realidade. Atualmente, qualquer pessoa, trabalhador ou cidadão tem sua participação no sentido de protagonizar a redução de danos nas práticas intersetoriais de promoção da vida das pessoas que usam drogas e de sua rede social e afetiva. Disponível em: <<http://conselheiros7.nute.ufsc.br/reducao-de-danos/>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

<sup>42</sup> Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso em: 03 mai. 2019.

<sup>43</sup> Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00155.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

informação”, para que as pessoas possam entender que independente de fazer uso ou não de substâncias psicoativas, pode ter garantido o seu cuidado quando assim precisar e desejar.

Os Consultórios na Rua, instituídos em 2011 pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>44</sup>, são compreendidos como “[...] uma modalidade de equipes que realizam busca ativa e qualificada de pessoas que vivem em situação de rua”.

De acordo com a legislação do Ministério da Saúde (2011), a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), criou-se o Consultório na Rua, com equipe mínima para realizar busca ativa e qualificada das pessoas em situação de rua. Essa equipe é composta por quatro profissionais, os quais podem ser das seguintes áreas de formações: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, agentes sociais, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação.

#### **2.4.2 Redução de Danos**

Em relação a questão de álcool e outras drogas, uma estratégia de cuidado adotada é a da Redução de Danos<sup>45</sup>, que é uma estratégia da saúde pública com vistas a reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

---

<sup>44</sup> Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1167-sgepraiz/pop-rua/19029-consultorio-na-rua>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2017.

<sup>45</sup> “Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. Redução de danos ganhou maior dimensão depois do reconhecimento da ameaça da disseminação do HIV entre e a partir de pessoas que usam drogas. Entretanto medidas similares vinham sendo usadas por mais tempo e em outros contextos para uma série de outras drogas. Redução de danos complementa outras medidas que visam diminuir o consumo de drogas como um todo. É baseada na compreensão de que muitas pessoas em diversos lugares do mundo seguem usando drogas apesar dos esforços empreendidos para prevenir o início ou o uso contínuo do consumo de drogas. Redução de danos também aceita o fato de que muitas pessoas não conseguem ou não querem parar de usar drogas. Acesso a um tratamento adequado para o uso de drogas é importante para pessoas que têm problemas com as drogas, mas muita gente não tem acesso ou não consegue parar de usar. Além do mais, a maioria das pessoas que usam drogas não precisam de tratamento. Existe uma necessidade de prover pessoas que usam drogas com opções que minimizem os riscos de continuarem usando drogas e acabarem causando danos a eles próprios ou a outros. É, portanto, essencial a existência de informações, serviços e outras intervenções de redução de danos que ajudem as pessoas a se manter seguros e saudáveis. Deixar as pessoas morrerem ou adoecerem por uma causa evitável, não é uma opção. Muitas pessoas que usam drogas preferem utilizar maneiras informais e “não clínicas” para diminuir seu consumo de drogas ou pelo menos diminuir os riscos associados ao consumo”. Disponível em: <[https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portuguese.pdf](https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf)>. Acesso: 12 jul. 2019.

A história da redução de danos no Brasil (1989)<sup>46</sup> teve início na área da saúde com foco nos usuários de cocaína e drogas injetáveis, visando conter a epidemia de HIV/AIDS devido ao compartilhamento de seringas e agulhas. Com o tempo, foi avançando, ampliando seu campo de atuação<sup>47</sup> e concebendo a redução de danos como uma política não só de saúde, mas com outros olhares mais ampliados para os usuários de outras drogas.

Conforme apontou Passos (2011), com a redução de danos não há necessidade de abstinência para a promoção e cuidados com a saúde do usuário que estava se contaminando e morrendo. Inicialmente os usuários pouco aderiram e não compareciam aos serviços de saúde. Então foi preciso pensar uma outra forma de alcançá-los e nesse momento o redutor de danos foi a alternativa encontrada, uma vez por serem usuários e da comunidade tinham acesso aos usuários de droga injetável para troca de seringa.

Conforme Andrade (2002), essa nova perspectiva de acesso e cuidado a esses usuários no território em que vivem e fazem uso possibilita saber quem são, os locais onde ficam, como se cuidam ou não, a realidade dos sujeitos e, assim, traçar seu perfil.

A estratégia de redução de danos em 2003, de acordo com Passos (2011), passou a integrar então a Política de Atenção Integral aos usuários do Ministério de Saúde, um avanço importante, mas que não era unanimidade. Ela deixa de ser utilizada apenas pelo Programa DST-AIDS.

Nesse momento, teve início o Programa de Redução de Danos (PRD) no Brasil, tendo como modelos os PRD's Europeus, cuja finalidade era a distribuição de seringas para evitar o seu compartilhamento e contaminação, estabelecendo, assim, outras formas de cuidados.

O Centro de Convivência É de LEI<sup>48</sup>, uma organização não governamental, que atua junto aos usuários de substâncias psicoativa no centro de São Paulo, com trabalho importante de atenção a estes sujeitos de direitos utilizando as estratégias de redução de danos. Menciona sobre a sua visão quanto a Redução de Danos:

---

<sup>46</sup>No Brasil a primeira experiência em redução de danos, ocorreu em 1989, na cidade de Santos, com a distribuição de seringas estéreis entre usuários de drogas injetáveis com o objetivo de conter a disseminação do HIV/AIDS, e desde então em muitos estados brasileiros tem sido desenvolvidas ações nesta perspectiva, sejam por instituições públicas ou por organizações da sociedade civil, e com apoio, sobretudo das diretrizes do Ministério da Saúde, por meio dos Programas Nacionais de DST/AIDS, Hepatites Virais e Saúde Mental. Estas ações também se ampliaram para diferentes drogas e diferentes formas de uso de drogas, saindo do foco do usuário de droga injetável. Disponível em: <<http://edelei.org/>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

<sup>47</sup> O início destas intervenções foi marcado por ações no campo da saúde, que hoje tem se ampliado da esfera do direito à saúde para a do direito à cidadania e dos Direitos Humanos.

<sup>48</sup> Disponível em: <<http://www.edelei.org/home/>>. Acesso em 15 jan. 2017.

A redução de danos caracteriza-se como uma abordagem ao fenômeno das drogas que visa minimizar danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas.

As estratégias de redução de danos são voltadas para qualquer cidadão, desde aquele que ainda não experimentou drogas, até aquele com uso problemático. No entanto, em geral, as abordagens têm como prioridade, populações em contextos de vulnerabilidade (Centro de Convivência E de Lei).

No que se refere à implantação da redução de danos em Santo André dentro do CAPS-AD, a entrevistada AS 01 relata que foi trazido, ou seja, imposto sem discussão da proposta e de como se dariam essas duas estratégias dentro do CAPS-AD e de que forma se articulariam internamente e externamente para trabalharem com a abordagem da abstinência e da redução de danos em um mesmo espaço.

Foi trazido. [...] Então tá, vamos nos adequar. A gente também não pode ser tão truculento com ideias e com programas. Agora, a truculência está exatamente assim “o programa é assim” e a assistente social sempre vai trabalhar com a realidade. E é isso que eu vejo onde está a truculência. Podíamos ter sentado e “olha, como que no nosso município, na nossa realidade, podemos trabalhar esses programas que, são legais. Mas, [...] quando começa a ser essa forma [...] é assim, “então a partir de agora tá a equipe da redução [...] isso veio com a administração, junto com a administração (AS1, 2018).

Nesse processo, observam-se muitas dificuldades para implantação dos PRDs. Vários setores e segmentos da sociedade se posicionaram de forma contrária e preconceituosa tanto em relação aos usuários quanto a quem lidava com eles. Mencionavam ainda que esta estratégia de redução de danos<sup>49</sup> seria incentivo ao uso de drogas. Assim como vários serviços se opuseram a trabalhar nesta lógica. Na fala da

---

<sup>49</sup> “No Brasil, as primeiras iniciativas de RD datam do final da década de 1980 nas cidades de Santos, Rio de Janeiro e Salvador. Porém, a RD só passou a ser compreendida como uma estratégia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) após o lançamento da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) do Ministério da Saúde em 2003. Essa Política preconiza ações preventivas e de redução de danos, bem como o entrelaçamento das iniciativas de RD com os serviços do SUS, principalmente com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos serviços de atenção básica à saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Um dos principais pontos dessa prática é partir da singularidade do sujeito e de seus direitos enquanto cidadão. Os programas de RD invocam em seu favor razões éticas e humanitárias, a promoção da saúde e os direitos humanos<sup>6</sup>. A promoção da saúde implica o protagonismo dos atores sociais em sua qualidade de vida e saúde, como um contraponto à medicalização da assistência, visando à autonomia e emancipação. Indivíduos e grupos devem constituir meios para identificar aspirações, necessidades e modificar favoravelmente suas condições de vida, saúde e trabalho. O conceito é fruto da Carta de Ottawa, oriunda da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986”. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n7/2327-2338/>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

assistente social entrevistada fica evidente que a profissional utiliza as estratégias de redução de danos, apesar de verbalizar não entender o seu significado a principal estratégia é respeitar o desejo do outro e trabalhar com o que ele apresenta, mesmo que seja a princípio não parar de fazer uso de drogas, no caso ficar abstinente. Outro ponto, é quando a profissional reconhece que é um ganho a pessoa chegar até o serviço, pois teve a oportunidade de saber que pode cuidar-se, mesmo que continue o uso.

Olha, na verdade eu nunca entendi a redução de danos. Pra ser absolutamente sincera, tecnicamente falando. Porque a redução tá dentro da saúde mental. Eu nunca consegui entender o trabalho da redução, por quê? O que que eu entendo como redução: a pessoa quando chega pra nós, ela já chega com danos. Quando você desenvolve o trabalho para abrir o leque para ela, da consciência do que é a dependência, e de como ela vai trabalhar isso na vida dela, de que se ela estabiliza o quadro dela, isso já é redução de danos. Porque danos ela já teve. Agora, quando você começa a potencializar essa pessoa e ela diz para você “Eu não quero usar mais”. Não sou eu que digo para ela. Ela que diz “Eu tô cansada. Eu detonei meu trabalho, eu detonei a minha família. Eu parei a minha vida. Eu agora tenho episódios de esquecimento. Eu agora tenho que tomar remédio porque eu adquiri um quadro de ansiedade”. Bom, a partir desses danos, todo trabalho que a gente fizer, investindo na potencialidade dessa pessoa pra ela seguir em frente, pra mim isso é trabalhar a redução de danos (AS1, 2018).

Agora, o que eu vi era uma situação “traz a pessoa pro CAPS” e diz “olha, ele vai ficar aqui” e a pessoa diz pra você “eu não quero ficar aqui. Eu vim porque me trouxeram.” Isso pra mim não é redução de danos. De verdade eu nunca entendi. Tecnicamente falando. Eu entendo que o nosso trabalho já é a partir desse foco. Então, de verdade, a redução de danos está dentro da saúde mental. Mas eu ainda não consigo formar uma ideia mais técnica em cima desse trabalho (AS1, 2018).

Foi necessária a contribuição de outros segmentos sociais (acadêmicos, profissionais de saúde e outros trabalhadores etc.) para dar apoio a este programa de redução de danos, conforme pontuou Lindner e Siqueira (2011). Ressalta-se, portanto, que seja por falta de compreensão do seu significado ou por questão moral, esta abordagem tem sido rejeitada por muitos profissionais que lidam com os usuários de drogas. Conforme Moraes (2008), essa posição dos profissionais pode ter relação com a falta de compreensão de que a abstinência não se opõe à redução de danos.

[...] a redução de danos não devia ficar no mesmo do CAPS-AD [...] ela está dentro de um outro espaço. [...] algumas pessoas chegam para nós e nitidamente não quer estar ali, não estão prontas. Então você

tenta trabalhar com aquela pessoa, tentar fazer com que ela enxergue a situação que ela está, que ela pode sair, que ela pode acreditar nisso. Mas ela tem que acreditar nisso, tem que querer. E então aí isso gera formas diferentes de abordagem. Porque quando a pessoa diz “eu não vou ficar aqui” e aí você fez toda uma conversa com a pessoa “é isso mesmo que você quer?” “Não, eu quero. Eu quero voltar pra rua”. Eu não vou dizer para a pessoa que ela não vai voltar para a rua. Mas aí vem alguns profissionais e dizem “você fez o manejo errado!”. Eu não posso impor para a minha equipe ou outra pessoa que ela pense no que eu penso (AS1, 2018).

Além disso, cabe salientar que o tratamento dispensado ao usuário:

[...] deve ser construído a partir da linha de cuidado com os usuários e familiares, partindo do pressuposto da complexidade da realidade, o que torna impossível apostar em uma saída única, padronizada e isolada. [...] valorizar as demandas dos usuários na sua singularidade e implicando-os na construção de estratégias que fortaleçam a contratualidade na relação com os serviços e os territórios (BRASIL, 2015, p. 14).

Para Andrade (2011), a redução de danos é um avanço no cuidado com os usuários de drogas, no que se refere à atenção à saúde integral dos sujeitos, olhando-os de forma individualizada, sem discriminação e com igualdade. Além disso, essa estratégia de saúde pública busca que todo cuidado dispensado aos usuários seja partilhado com ele, que possa ser definido e construído em conjunto. Ele passa a ser visto então como alguém que pode dizer de si mesmo e construir coletivamente o cuidado, sendo ele o protagonista na construção do seu projeto terapêutico, pensado a partir de suas demandas, que podem perpassar diversos seguimentos de intervenção e necessidades variadas ligadas a questões assistenciais, educacionais, trabalhistas, dentre tantas outras que constituem um indivíduo, para que possa ser atendido de forma integral.

O que se objetiva é que se o usuário não consegue cessar com o uso ou diminuir o uso, que isso não o afaste ou seja empecilho para que ele possa acessar cuidados com a saúde. Oferta-se, portanto, que ele procure reduzir os danos, fazer troca por droga menos prejudicial e outros cuidados relacionados à estratégia de redução de danos. Que ele possa ter a possibilidade de se cuidar, mesmo que esteja fazendo uso abusivo de álcool e outras drogas. Não é obrigado a ficar abstinente para ter direito ao atendimento e aos cuidados com a saúde. Esta é a lógica de cuidado ofertada no CAPS-AD, cujo foco é cuidar do usuário sem exigir a abstinência. Desta forma, é possível trabalhar com

ele o processo de cuidado em que ele se apropria dos danos e prejuízos que tem com o uso abusivo ou dependência da substância e consegue, a longo prazo, um resultado mais efetivo em que ele aprende a analisar o que de fato é melhor para si.

O que se observa no cotidiano de trabalho é que os usuários por não conseguirem dar conta da abstinência e por ter diversas recaídas caem em descrédito pelos serviços de saúde, família e amigos, dentre outros.

Observa-se também que o serviço de saúde é procurado pelo usuário quando já está muito debilitado e não consegue dar conta do que é planejado para ele. Com isso, é culpabilizado por sua situação física, social e emocional. Porém, é importante o envolvimento da família no cuidado ao usuário, assim como os equipamentos de saúde precisam tratá-lo de forma mais humanizada e baseada nos Direitos Humanos e não em julgamentos parciais.

Por outro lado, é preciso que os profissionais passem sempre por formação continuada, para não repetirem com os usuários suas vivências na família e demais serviços da rede. Não é uma tarefa fácil, pois muitas vezes esses profissionais precisam lidar com usuários que o convocam a pensar e repensar a prática profissional, uma vez que por vezes trazem consigo atitudes desafiadoras, as quais produzem desconforto e reflexões sobre o processo de transferência e cotransferência em que o profissional pode entrar em contato atendendo o indivíduo.

A assistente social 02 relata que “A dinâmica do serviço muitas vezes atrapalha. Usuário quer uma coisa e a gente pensa outra. Respeitar o desejo dele”. Fala da importância de aprimorar o conhecimento, assim como das técnicas que podem ser utilizadas no CAPS-AD, para a atuação dos casos.

O trabalho realizado pela Unidade de Redução de Danos se fundamenta:

[...] nos princípios de respeito aos usuários de drogas, e isso dá lugar a um diálogo honesto. Em um serviço médico ou em um programa em atenção a usuários de drogas, baseados nos princípios de RD, os usuários de drogas não se sentem incapazes de se ajudar e são estimulados a uma participação ativa (SILVEIRA et al., 2006, p. 02).

Segundo Silva (2008), a redução de danos é estratégia de saúde pública com vistas, dentre outros objetivos, à formação de vínculos com os usuários de drogas, assim como oferta de cuidados, mesmo que a decisão do sujeito de direitos seja continuar o uso de drogas. Essa estratégia é também uma metodologia de abordagem que privilegia

a constituição de uma relação de confiança e de menor exigência em relação à mudança nos estilos de vida dessas pessoas.

Na contramão do Programa de Redução de Danos, o Governo do presidente Jair Bolsonaro em relação à Política Nacional sobre Drogas<sup>50</sup>, promove, dentre outras coisas, “a promoção e a manutenção da abstinência”, pautado no artigo do DECRETO Nº 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019.

Regulamentar, avaliar e acompanhar o tratamento, o acolhimento em comunidade terapêutica, a assistência e o cuidado de pessoas com uso indevido de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas e com dependência química, a partir de uma visão holística do ser humano, observadas a intersetorialidade e a transversalidade das ações.

Este Decreto, traz em seu bojo a ideia de um olhar holístico em comunidade terapêutica concernente a assistência e cuidado a pessoas que fazem uso indevido de álcool e outras drogas, mas é preciso entender que estas comunidades trabalham exclusivamente sobre a lógica da abstinência e muitos usuários não conseguem parar com o uso ou não desejam parar de utilizar drogas. Então, não é um espaço de cuidados para todos e com olhar integral, uma vez que não consegue entender e perceber as especificidades de cada um destes sujeitos nesta condição de vulnerabilidade que muitas vezes se encontram. Defende-se que o tratamento não deve ser imposto, mas respeitando o que deseja o outro, ofertando-lhe possibilidades que melhor se adequem com suas necessidades.

## **2.5 Apontamentos para a atuação do assistente social na saúde mental**

A internação compulsória e a funcionabilidade da RAPS em lugar dos manicômios têm sido pautas de debate na imprensa e na sociedade. É preciso ter cuidado com estas temáticas, a fim de não engrossarmos as filas dos que desejam ver os usuários de álcool e outras drogas e os ditos “loucos” em manicômios, longe da convivência familiar e comunitária. É fundamental para isso refletirmos sobre o direito dos sujeitos usuários da saúde mental, pois muitas vezes são tratados como pessoas que “não querem nada”, “não têm jeito”, “não têm direito ao cuidado”, dentre outras coisas.

---

<sup>50</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)>. Acesso em: 06 mai. 2019.

Portanto, são vistos de forma preconceituosa, principalmente os usuários de álcool e outras drogas.

Assim, o Serviço Social deve buscar contribuir para a garantia dos direitos desse sujeito, para que tenha voz e seja respeitado pelos serviços da rede como sujeito, independente do uso das drogas. Nessa direção, mencionamos a palestra de Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa<sup>51</sup>, na qual critica a fala de algumas pessoas ao defenderem que o “CAPS com lógica manicomial não funciona”:

[...] não basta os órgãos governamentais construírem Centros de Atendimento Psicossociais (Caps) com ótimas estruturas se a lógica manicomial continuar em vigor. O CFP defende, em suas palavras, o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) de forma a garantir tratamento digno que permita a autonomia do sujeito. “Precisamos investir na perspectiva da autonomia do sujeito e não da tutela. Não adianta dados da Raps [apresentados pelo coordenador de Saúde Mental], quando na prática presenciamos espaços com lógica manicomial e risco de novos hospitais-Colônia. Devemos ficar alerta com essa perspectiva de tratamento, pois produzimos Barbacena e vários hospitais com a lógica de pegar as pessoas e trancafiá-las. Essa deve ser a exceção da exceção. Infelizmente, em algumas gestões e espaços, essa perspectiva tem sido a primeira opção (PESSOA, 2017).

Entretanto, não se pode deixar de pensar nos espaços de atendimento dentro dos serviços de saúde mental, buscando refletir junto à rede, sobre o fato de que alguns equipamentos, muitas vezes, atuam junto aos usuários, a partir de uma lógica de cuidados similares aos dispensados pelos manicômios e os hospitais psiquiátricos, que funcionam de forma asilar, cerceando a liberdade e possibilidade autonomia, ou mesmo participação ativa do usuário em seu tratamento, conforme preconiza a atenção proposto pelos Centros de Atenção Psicossocial.

Portanto, o CAPS é um equipamento de acolhimento e assistência aos usuários na perspectiva de atenção integral à saúde, através de uma intervenção biopsicossocial, com base nas principais diretrizes do SUS, como: equidade, integralidade, universalidade, cuidado em liberdade, defesa de Direitos Humanos, participação, e não criminalização de usuários de drogas. O CAPS possibilita que o usuário participe do tratamento, construindo conjuntamente com os profissionais que o acompanham o Projeto Terapêutico Singular, que é feito de forma subjetiva, levando em consideração

---

<sup>51</sup> Paulo Aguiar, conselheiro do CFP, participa de debate sobre internação compulsória no Conselho Nacional de Saúde e defende autonomia do sujeito. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/caps-com-logica-manicomial-nao-funcionam/>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

questões e demandas trazidas por este usuário, com foco em sua liberdade, autonomia, participação social, dentre outros princípios norteadores do trabalho.

Nesta perspectiva de intervenção com usuários, o assistente social na saúde mental, especificamente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, é de suma importância. O trabalho desenvolvido por esse profissional teve início na saúde mental no ano de 1946. É um grande desafio para este profissional conforme Bisneto (1990):

Nos primeiros trinta anos de existência de Serviço Social no Brasil não havia muitos assistentes sociais trabalhando na área psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos 1960 (ainda não ocorrera a “privatização” dos serviços públicos de saúde). Havia hospícios estatais nas principais capitais do Brasil [...] (RESENDE apud BISNETO, 1990, p. 21).

Acrescenta ainda que o papel dos assistentes sociais no CAPS,

em termos práticos, é dar apoio ao movimento de Reforma Psiquiátrica e as suas propostas de políticas sociais, pois sua atuação não se resume a restituir uma falta de cidadania ou suprir direitos previdenciários, mas auxiliar estes indivíduos no processo de desenvolvimento de autonomia e cidadania (BISNETO, 2007, p. 195).

Portanto, o profissional de serviço social pode intervir auxiliando os usuários, para que estes possam reivindicar uma melhor qualidade dos serviços a eles oferecidos, como uma forma de garantir a efetivação da cidadania, tendo em vista que os usuários atendidos pelo CAPS-AD, em grande parte, são negligenciados em seus direitos e participação social.

É importante que os profissionais que estão no contato direto com os usuários possam participar ativamente das discussões e construções dessas políticas. Assim, poderiam conhecer melhor seu papel, além de se sentirem mais fortalecidos para lidar com tais questões.

### **3. POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DAS CIDADES DE SANTO ANDRÉ E DIADEMA**

Neste capítulo apresentamos as cidades de Santo André e Diadema e de como se organizou a saúde mental ao longo dos anos. Santo André e Diadema fazem parte da Região Metropolitana de São Paulo, composta também pelas cidades de São Bernardo do Campo, Rio Grande da Serra, Mauá, São Caetano do Sul e Ribeirão Pires.

Estas cidades tiveram e ainda têm participação importante na luta antimanicomial, no que se refere ao fim dos manicômios e hospitais psiquiátricos, com vistas à implantação de um modelo de saúde mental de base substitutiva. Os avanços nestas cidades são grandes e demonstraremos como sua estrutura e a política de saúde mental estão configuradas.

#### **3.1 O Município de Santo André**

##### **3.1.1 Características do município**

Adotamos como fonte de dados secundários o Anuário de Santo André de 2016<sup>52</sup>, tendo como referência o ano de 2015. O documento aponta um conjunto de informações e dados estatísticos, os quais permitem e possibilitam o conhecimento da realidade, estrutura, organização e trajetória pública, com base nos dados censitários de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Com relação aos aspectos físico-territoriais e demográficos<sup>53</sup>, localiza-se<sup>54</sup> na região dos planaltos e serras do Atlântico Leste-Sudeste, possuindo áreas territoriais próximas à Serra do Mar, corresponde a 0,07% do território do Estado de São Paulo.

Santo André ocupa uma área de 175 km<sup>2</sup> e, segundo o Censo<sup>55</sup> de 2010, sua população era de 676.407 habitantes e a densidade demográfica em 2010 era de 3.848,01 hab/km<sup>2</sup>. Ainda de acordo com o IBGE, a população foi estimada para o ano

---

<sup>52</sup> Disponível em: <<http://www.santoandre.sp.gov.br/biblioteca/pesquisa/ebooks/381434.PDF>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

<sup>53</sup> Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE.

<sup>54</sup> Disponível em: <<https://www2.santoandre.sp.gov.br/index.php/cidade-de-santo-andre/geografia>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

<sup>55</sup> Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santo-andre/pesquisa/36/30246>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

de 2018 em 716.109 habitantes, seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,815.

No que se refere à análise das condições de vida da sua população, os dados do IBGE (2010)<sup>56</sup> demonstram que em 2017, “a renda domiciliar média era de R\$3.207 e 10,5% dos domicílios não ultrapassava meio salário mínimo per capita”.

Quanto a questão de trabalho e renda, o salário médio mensal era de 3,0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total da cidade era de 32.2%. Os domicílios com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 30.5% da população nessas condições, o que o colocava na posição 371 de 645, dentre as cidades do estado e na posição 4579 de 5570, dentre as cidades do Brasil. No que se refere ao salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 3,0 salários mínimos, quanto ao total de pessoal ocupado 234.991 pessoas; população ocupada 32,2 %; percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo corresponde a 30,5 % em 2010 (IBGE, 2010).

A cidade de Santo André divide-se em<sup>57</sup>: Sede (subdivido em dois subdistritos); Capuava e Paranapiacaba. Conforme o Plano Diretor Municipal (Lei n° 8.696/04, alterada pela Lei n° 9394/12), Santo André foi dividida em duas macrozonas: Urbana e a de Proteção Ambiental (presença de vegetação de Mata Atlântica), sendo que a última encontra-se sob a proteção de legislação federal e estadual de Proteção e Recuperação dos Mananciais (Leis n.º 898/75, 1.172/76 e 9.866/97).

Em relação à história de Santo André<sup>58</sup>, conforme o Anuário da cidade em 1889, houve uma forte influência da industrialização que abrangia a Região do Grande ABC. Com instalação de indústria de produção, tais como química, têxtil e de móveis, foi aberto o campo para instalações de pequenos comércios – carpintarias, funilarias, sapatarias, barbearias, pequenas pensões e restaurantes – passando o município a ter características e estrutura de cidade urbana. Com investimento de capital estatal e estrangeiro, setores automobilísticos, mecânicos, metalúrgicos e de material elétrico surgiram, na referida região, assim como no município aparecem indústrias de autopeças e máquinas produtivas, com mão de obra qualificada e especializada. Como consequência dessas transformações, o perfil industrial foi se modificando.

---

<sup>56</sup> Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>57</sup> Fonte: Anuário de Santo André – 2015.

<sup>58</sup> Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santo-andre/historico>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

Ocorreram dois momentos importantes na região do ABC. O primeiro, na década de 1970, guarda relação com a expansão e concentração industrial na Grande São Paulo (Milagre Econômico). No segundo, ocorreu um decréscimo no ritmo de crescimento das indústrias, relacionado à recessão entre a década de 1980 e de 1990, e a produção industrial continuou desacelerada. Nesse período, na Região do ABC, especificamente no município de Santo André, houve desaparecimento de muitas indústrias e, a partir de então, esforços e investimentos têm sido feitos por parte do setor público e da sociedade para que as indústrias existentes não saiam da região.

Tabela 2 – Cronologia do processo de formação do município de Santo André

<b>Data</b>	<b>História</b>
8 de abril de 1553	Fundação da Vila de Santo André da Borda do Campo
1560	Transferência dos moradores para a Vila de São Paulo de Piratininga e extinção da Vila de Santo André da Borda do Campo
1889	Criação do município de São Bernardo
1938	Modificação do nome do município de São Bernardo para Santo André
1812	Foi criada a Freguesia de São Bernardo, por aprovação régia do bispo diocesano e por alvará de 12 de outubro. A Freguesia, espécie de distrito de São Paulo, abrangia área que não tinha limites exatos. Não equivale ao território atual da Região do Grande ABC, pois dela não fazia parte o bairro rural de São Caetano
1890	Instalado o Município de São Bernardo, abrangendo toda a área da atual Região do Grande ABC, com sede em São Bernardo.
1896	Criação do Distrito de Paz de Ribeirão Pires (incluindo os atuais Municípios de Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra, parte de Mauá e o atual Distrito de Paranapiacaba)
1907	Criado o Distrito de Paranapiacaba
1910	Criado o Distrito de Santo André (incluindo o atual Município de Santo André, São Caetano e parte de Mauá)
1916	Criado o Distrito de São Caetano
1934	Criado o Distrito de Mauá

1938	O Município de São Bernardo passou a denominar-se Santo André, englobando os distritos de Santo André (Distrito Sede), São Caetano, São Bernardo, Mauá, Ribeirão Pires e Parapiacaba.
1944	Distrito de São Bernardo é elevado a Município com a denominação de São Bernardo do Campo. A instalação do novo Município ocorreu em 1º de janeiro de 1945
1948	O Distrito de São Caetano é elevado à condição de Município com a denominação de São Caetano do Sul
1953	O Município de Santo André, inicialmente termo da Comarca de São Paulo, obteve pela Lei nº 2.420 de 18/12/1953 sua autonomia judiciária. Criando assim a Comarca de Santo André.
1954	Os Distritos de Mauá e Ribeirão Pires (incluindo o atual Município de Rio Grande da Serra) são elevados à condição de Município
1958	É criado o Município de Diadema
1963	É criado o Município de Rio Grande da Serra
1985	Em parte da área do 2º Subdistrito é criado o Distrito de Capuava

Fonte: IBGE<sup>59</sup>

Administrativamente, a cidade de Santo André está organizada nos seguintes órgãos: Saúde, Cidadania e Assistência Social, Núcleo de Inovação Social, Unidade de Planejamento e Assuntos Estratégicos, Unidade de Assuntos Institucionais e Comunitários, Chefia de Gabinete, Unidade de Comunicação e Eventos, Secretaria de Assuntos Jurídicos, Cultura, –Desenvolvimento e Geração de Emprego, Educação, Esportes e Práticas Esportivas, Gestão Financeira, Habitação e Regularização Fundiária, Inovação e Administração, Manutenção e Serviços Urbanos, Meio Ambiente, Mobilidade Urbana, Segurança Cidadã.

### **3.1.2 Política Municipal de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial em Santo André**

A Secretaria de Saúde tem seu funcionamento fundamentado pelas seguintes Legislações: Lei Municipal 6.510/89, 6.608/90, 6.614/90, 7.717/98, 8157/2001, 8.459/02, 8.704/04 e Lei Federal 4.320/64. Além disso, “tem como missão promoção

<sup>59</sup> Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santo-andre/panorama>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

integral à saúde, amplo acesso e a qualidade dos serviços, além de ações de vigilância à saúde e fortalecimento do controle social, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)”<sup>60</sup>.

Suas ações e programas<sup>61</sup> estão direcionados à população e dentre eles cita-se: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Conselhos Diretores de Unidades de Saúde 2011, Programa de Saúde da Juventude, Programa de Terapia Comunitária Integrativa, Projeto Bem Nascer, Saúde Bucal, Rede de Violência-RESARVAS e Saúde do Trabalhador.

São cinco Unidades de Pronto Atendimento: UPA Bangu, UPA Central, UPA Jardim Santo André, UPA Sacadura Cabral e em Paranapiacaba. Há três prontos atendimentos: PA Vila Luzita I, PA Vila Luzita II e PA Vila Luzita III. Hospital Geral de emergência o Centro Hospitalar de Santo André, o Serviço Móvel de Urgência SAMU, o Centro de Especialidades I e II, as UBS's e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS de Santo André<sup>62</sup> é constituída por:

- Atenção Básica em Saúde: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Centro de Convivência e Cultura.
- Atenção Psicossocial Estratégica: Centro de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades de atendimento.
- Atenção de Urgência e Emergência: SAMU (192), Sala de Estabilização, UPA 24h e portas hospitalares de atenção à urgência e pronto socorro, Unidade Básica de Saúde.
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em regime Residencial.
- Atenção Hospitalar: Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- Estratégia de desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta para Casa.
- Estratégia de Reabilitação Profissional: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimento Solidários e Cooperativas Sociais.

<sup>60</sup> Disponível em: <<http://www2.santoandre.sp.gov.br/index.php/institucional-ss>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

<sup>61</sup> Santo André (SP). Prefeitura. 2014. Disponível em: <<http://www2.santoandre.sp.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

<sup>62</sup> Material de trabalho fornecido por Marinês Santos de Oliveira, da Coordenação de Saúde Mental de Santo André, com base no Ministério da Saúde (2011).

Tabela 3 – Equipamentos específicos da saúde mental: RAPS

<b>Serviço</b>	<b>População atendida</b>	<b>Período</b>	<b>Total de leitos</b>
CAPS III Vila Vitória	Adulto	24h	10
CAPS III Jardim	Adulto	24h	08
CAPS III Praça Chile	Adulto	24h	07
CAPS II Infantil	Criança	12h	-
CAPS II AD	Adulto	24h	08
Unidade de Acolhimento Adulto	Adulto	24h	10
Unidade de Acolhimento Infante Juvenil	Adolescente	24h	10
Consultório na Rua	Adulto e adolescente	07h00 às 22h00	Sem leito de internação. Utiliza a RAP
Núcleo de Projetos Especiais (NUPE)	Adulto	08h00 às 17h00	Oficinas de arte e cultura
Residências Terapêuticas (07) <sup>63</sup>	Adulto	24h	Feminina I -Tipo I Masculina I -Tipo I Mista I - Tipo II Mista II-Tipo II Mista III -Tipo II Mista IV-Tipo II Mista V - Tipo I
Leitos de Psiquiatria Hospital Geral (CHM)	Adulto e adolescente	24h	10

Fonte: Material de trabalho fornecido Marinês Santos Oliveira, (2019)<sup>64</sup>.

<sup>63</sup> Tipo I\*: Pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. Tipo II\*: Pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

<sup>64</sup> Coordenadora da Saúde Mental de Santo André.

Na Tabela 3 demonstra-se a estrutura da saúde mental no município. Conforme observado, ao longo dos anos houve ampliação dos serviços de saúde mental. Em 2002, o CAPS-AD funcionava 12h e foi estruturando a saúde mental no município, hoje ele é CAPS II AD, mas, apesar desta evolução ainda precisa de investimento, como relataram os assistentes sociais entrevistados.

Tabela 4 – Estruturas dos equipamentos da RAPS quanto a população atendida, recursos humanos e território de abrangência

<b>Serviço</b>	<b>População referência</b>	<b>Território de Abrangência</b>	<b>Recursos Humanos</b>
CAPS III Vila Vitória	350 mil Habitantes	3 Territórios	30 técnicos
CAPS III Jardim	200 mil Habitantes	2 Territórios	25 técnicos
CAPS III Praça Chile	220 mil Habitantes	2 Territórios	33 técnicos
CAPS II Infantil	Única referência no município	Todos	14 técnicos
CAPS II AD	Única referência no município	Todos	26 técnicos
Consultório na Rua	Única referência no município	Todos	5 técnicos

Fonte: Material de trabalho fornecido por Marinês Santos Oliveira (2019).

De acordo com a Tabela 4 a política de saúde mental está em quase todos os territórios da cidade de Santo André, para alcançar a população em sua necessidade relacionada aos sofrimentos psíquicos. Essa ampliação exige investimentos nos equipamentos da RAPS, uma vez que há serviços muito antigos.

O Plano Municipal de Saúde Santo André (2018-2019)<sup>65</sup> menciona ações voltadas para seu funcionamento e organização da RAPS. O município conta com serviços de atenção à Saúde Mental que compõem a RAPS, cujo eixo fundamental é a extinção do modelo asilar psiquiátrico, como os manicômios no município, garantindo atenção integral a pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso abusivo ou não de drogas, centrando sua atuação em serviços de base territoriais no caso os Centros de Atenção Psicossocial. A RAPS desenvolve atendimento em saúde mental

<sup>65</sup> Disponível em: <file:///C:/Users/pc/Downloads/PMS%202018%202021%20-%20Aprovado%20pelo%20CMS.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2019.

diferenciado, o qual inclui oficinas terapêuticas culturais, artesanato e esportes, entre outras atividades, inclusive buscando geração de renda para promover a reintegração social dos usuários, portadores de transtornos mentais, voltando ao convívio da família e da sociedade.

A Lei Orgânica do município de Santo André<sup>66</sup>, em seu artigo 225, aponta a competência e responsabilidade do município com a saúde mental, através do Sistema Único de Saúde por meio de atenção aos institucionalizados e olhar para a saúde mental, conforme referenciado abaixo,

- I - Dar assistência integral à saúde, respeitadas as necessidades específicas de todos os segmentos da população, inclusive os institucionalizados, através de ações, serviços e promoção nutricional;
- II - Identificar e controlar os fatores determinantes da saúde individual e coletiva mediante a formulação, organização e coordenação de programas e ações referentes, em especial, a:
  - a) vigilância sanitária;
  - b) vigilância epidemiológica;
  - c) saúde da mulher;
  - d) saúde do trabalhador;
  - e) saúde da criança e do adolescente;
  - f) saúde do idoso;
  - g) saúde das pessoas portadoras de deficiências;
  - h) saúde e higiene bucal;
  - i) saúde mental.

A coordenadora de saúde mental do município, ao ser questionada, sobre a instalação do Conselho Municipal de Álcool e Outras Drogas, informou que não foi implantado e agora a proposta está sob os cuidados da Secretaria de Saúde para verificar sua concretização.

O município de Santo André abraçou a Legislação Federal nº 10.216<sup>67</sup> sobre os cuidados integrais aos usuários da saúde mental e punição para internação involuntária e arbitrária, garantindo a inexistência de manicômios na cidade:

No dia 6 de abril de 2001 foi aprovada a lei federal nº 10.216, que redirecionou o modelo assistencial brasileiro em saúde mental, prevendo cuidados integrais à clientela internada por longos anos nos hospitais psiquiátricos e punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária. A Reforma Psiquiátrica em Santo André teve início bem antes da aprovação da lei federal nº 10.216, logrando

---

<sup>66</sup> Disponível em: <file:///E:/Lei%20Org%C3%A2nica%20de%20Santo%20Andr%C3%A9.html>. Acesso em: 06 jul. 2019.

<sup>67</sup> Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n1/04.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

instalar uma rede de serviços de base comunitária que hoje é referência do modelo antimanicomial.

### 3.1.3 CAPS II-AD, Redução de Danos e Consultórios de Ruas

Nos deteremos na configuração dos serviços da saúde mental voltados a usuários de drogas, no caso o CAPS II<sup>68</sup>-AD e o Consultório na Rua, pois guardam relação direta com o objeto desta tese. O Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) é um serviço de base territorial e comunitária, gratuito, porta aberta inaugurado para atender a população usuária de drogas de Santo André. Tem um plantão de acolhimento que atende das 8:h00 às 17h00, após o atendimento, o usuário é direcionado para a rede ou para cuidados dentro do CAPS. Sua equipe é formada por:

- assistentes sociais
- psicólogos
- médicos psiquiatras
- médicos clínicos

---

<sup>68</sup> De acordo com a portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002:

“4.2 - CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades: a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; d - visitas domiciliares; e - atendimento à família; f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: a - 01 (um) médico psiquiatra; b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão”. PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html) . Acesso em: 20 jun. 2019.

- enfermeiros
- técnico em enfermagem
- terapeuta ocupacional
- oficineiros
- operacionais
- cozinheira
- administrativos
- gerente.

No CAPS há uma enfermaria para desintoxicação que funciona 24h, composta por 4 leitos destinados aos homens e 3 para mulheres.

O município de Santo André organizou suas primeiras ações de redução de danos, a partir da Unidade de Redução de Danos, tendo como público principal adolescentes em situação de rua e exploração sexual. Em abril de 2003, as ações realizadas de maneira integrada entre o Programa de Saúde Mental e DST/AIDS foram ampliadas para um público mais abrangente, envolvendo profissionais do sexo, travestis, usuários de droga injetável e outras drogas. A partir do ano de 2011, o Programa de Redução de Danos tornou-se uma unidade de saúde, sendo considerada uma unidade de atendimento especializada e subordinada à Coordenação de Saúde Mental do município, mantendo como local de trabalho as ruas de Santo André e sua sede administrativa, junto com o Departamento de Assistência à Saúde.

No ano de 2013 a Unidade de Redução de Danos torna-se o Consultório na Rua, recebendo uma unidade móvel de uso exclusivo, uma nova sede, kits de redução de danos, ampliação da equipe de enfermagem, de redutores de danos e passa a fazer atendimento médico pela primeira vez. Tornando-se o primeiro Consultório na Rua implantado fora de uma capital.

Em 2019, Santo André dispõe de uma Equipe de Consultório na Rua Nível III. Os profissionais que compõe a equipe são:

- enfermeiras
- psicólogo
- médica
- agentes redutores de danos
- técnica de enfermagem

O Consultório na Rua de Santo André atua diretamente com a população de rua usuária de substância psicoativa que deseja atendimento, independente do usuário querer parar ou não o uso de drogas. A equipe do Consultório se dirige aos territórios já conhecidos desde a época da implantação da Unidade de Redução de Danos<sup>69</sup>, assim como, os novos espaços onde essa população possa se encontrar. O Consultório, conforme seu atual Coordenador Antônio Rinaldo Pagni, manteve o diferencial criado pela Unidade de Redução de Danos, como: atendimento semanal a outras populações como LGBTTQIA+, garotas que realizam programas sexuais nas ruas de Santo André; participação em atividades como campanhas de teste rápido para HIV, em parceria com algumas unidades de saúde; participação em eventos da saúde mental como o Fashion Day<sup>70</sup> e de Saraus (Atividade de música aberta ao público) mensalmente, propiciando informações sobre cuidados em saúde e redução de danos relacionadas ao uso de drogas; realização de campanhas de vacinação para a população em situação de rua anualmente contra o influenza.

No início da implantação, a maior parte da equipe era formada por redutores de danos<sup>71</sup> (10 no total). São usuários de drogas atendidos ou não na saúde mental, os quais tinham experiência em lidar com outros usuários de drogas ainda em situação de rua, além disso, conhecem o território<sup>72</sup> onde se encontra essa população. A equipe contava com outros profissionais, como assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, enfermeira e técnico de enfermagem.

No Consultório na Rua são apenas 02 redutores de danos e a maioria é da equipe técnica composta por enfermeira, técnico em enfermagem e médico. A assistente social que fazia parte da equipe desde a época da Unidade de Redução de Danos foi colocada à disposição para outro serviço da prefeitura com a mudança da gestão de 2013 e não foi repostada. É importante ter profissionais com diversas formações e a presença de

---

<sup>69</sup> A Unidade de Redução de Danos iniciou em 2003 a realização das primeiras estratégias de redução de danos nas ruas de Santo André até o ano de 2013. Disponível em: <[https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-03092008-121038/publico/Silvia\\_Moreira.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-03092008-121038/publico/Silvia_Moreira.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2019.

<sup>70</sup> Desfile de moda realizado por usuários da saúde mental que ocorre uma vez ao ano.

<sup>71</sup> Disponível em: <[https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-03092008-121038/publico/Silvia\\_Moreira.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-03092008-121038/publico/Silvia_Moreira.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2019.

<sup>72</sup> Adotamos o conceito de território de Milton Santos: “O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade” (SANTOS, 2002, p. 322). CITAR CORRETAMENTE. SE LITERAL, ENTRE ASPAS.

reduzores na equipe também fundamental, dada suas experiências com a realidade da população atendida.

Figura 4 – Equipe do Consultório na Rua



Fonte: Material de trabalho cedido por Antônio Rinaldo Pagni<sup>73</sup>

O município de Santo André tem apenas um CAPS II-AD, que funciona 24h, onde o usuário é atendido no plantão por um técnico nos períodos manhã e tarde e direcionado de acordo com sua demanda.

A entrevistada AS01 (2018) mencionou não conhecer o trabalho da redução de danos. É importante salientar que a interação<sup>74</sup> entre estes dois serviços, CAPS II-AD e ao Consultório na Rua e a RAPS é fundamental para acesso e cuidado de populações que estão em situação de vulnerabilidade, na rua e fazendo uso abusivo de drogas.

De qualquer forma, é preciso pensar no trabalho desenvolvido pela Rede de Atenção Psicossocial e verificar a necessidade de implantação de mais um serviço direcionado às questões de álcool e outras drogas, pois existe apenas um no centro da cidade e há outras regiões distantes necessitadas de suporte.

<sup>73</sup> Coordenador do Consultório na Rua de Santo André.

<sup>74</sup> Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2327.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

## 3.2 Município de Diadema

### 3.2.1 Características do município

Diadema integra a Região Metropolitana da cidade de São Paulo, tem uma área territorial de 30,732 km<sup>2</sup>, sua localização geográfica entre o litoral e o planalto é um fator fundamental, assim como o acesso ao município de São Bernardo do Campo e ao bairro de Santo Amaro em São Paulo foi importante para a chegada de pessoas para fixarem moradia no século XVIII. No último Censo do IBGE (2010)<sup>75</sup> sua população era de 386.089 e a densidade demográfica de 12.536,99 hab/km<sup>2</sup>. Na mesma pesquisa, a população estimada para o ano de 2018 era de 420.934 pessoas.

A renda domiciliar média de seus habitantes era de R\$1.860,00 e em 17,8% dos domicílios não ultrapassava meio salário mínimo per capita. Ainda segundo o IBGE (2010), os salários médios mensais dos trabalhadores formais em 2017 eram de 3,2 salários mínimos. Pessoas com ocupação em 2017 eram 101.323 e a população ocupada neste mesmo ano era de 24,2%. Já o percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo em 2010 era de 34,6%. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 era de 0,757.

Até 1940 conforme aponta o IBGE<sup>76</sup> a região de Diadema, constituía-se por Piraporinha, Eldorado, Taboão e Vila Conceição. Pertencentes a São Bernardo do Campo, estas localidades estavam interligadas por caminhos considerados precários. Em 1925, com a criação da Represa Billings, a região do Eldorado desperta o interesse de moradores da capital no que se refere a lazer. Diadema mesmo tendo proximidade geográfica com São Paulo, até os anos 1950, não sofreu reflexos das transformações oriundas da industrialização presente na capital paulista, assim como não tinha nenhuma representatividade econômica em nível regional. “Foi nas cidades localizadas ao longo da ferrovia Santos-Jundiaí, principal via de circulação de mercadorias na época, que

---

<sup>75</sup> Disponível: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/diadema/panorama>>. Acesso em 14 jun. 2019

<sup>76</sup> Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/diadema/historico>>. Acesso em: 14 jun. 2019. Diadema (SP). Prefeitura. 2014. Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

ocorreu a expansão industrial paulista até a década de 40, especialmente em São Caetano, Santo André e Mauá” (IBGE, 2010)

Após esta década, o sistema de escoamento da produção, feito até então pelos eixos ferroviários, entra em declínio e o governo passa a optar pelos circuitos rodoviários. A Via Anchieta, inaugurada em 1947, representa uma nova fase da industrialização paulista e da implantação do capitalismo no Brasil. Em São Bernardo, ao longo dessa estrada, instalaram-se grandes indústrias multinacionais; e em Diadema, principalmente pequenas e médias empresas nacionais que produziam, na sua maioria, objetos complementares para as multinacionais.

Em 1948, com a Lei nº 233, criou-se o Distrito de Diadema. As transformações ocorridas a partir dos anos 50 na região do ABCD paulista - abertura de estradas, industrialização, migrações, novos loteamentos, crescimento das cidades - despertaram o interesse das lideranças políticas da região de Diadema. Havia o entendimento de que a mudança de distrito para município favoreceria o desenvolvimento do lugar.

Foi a conjugação de vários fatores que determinou a emancipação político-administrativa de Diadema, como a expansão urbana e industrial paulista em direção ao ABC, a articulação de políticos da localidade, [...] com lideranças de influência no âmbito estadual, como o jurista Miguel Reale e a intensa participação dos moradores da Vila Conceição na Campanha da Emancipação (IBGE, 2010).

A prefeitura de Diadema está organizada em<sup>77</sup>: Gabinete, Saúde, Assistência Social e Cidadania, Comunicação, Cultura, Defesa Civil, Desenvolvimento Econômico e Trabalho, Esporte e Lazer, Finanças, Gestão de Pessoas, Habitação e Desenvolvimento Urbano, Instituto de Previdência do Servidor Municipal de Diadema (IPRED), Assuntos Jurídicos, Meio Ambiente, Planejamento e Gestão Pública, Segurança Alimentar, Serviços e Obras, Transporte, Educação e Fundação Florestan Fernandes<sup>78</sup>.

---

<sup>77</sup> Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/governo/secretarias>>. Acesso em: 23 jul. 2019.

<sup>78</sup> Conforme site da Prefeitura informa que embora “Embora não seja oficialmente uma Secretaria, a Fundação Florestan Fernandes é uma instituição pública de natureza jurídica de direito público, fundada em 1996 sob a concepção de “Centro Público de Formação Profissional”, sendo um centro de referência na qualificação e requalificação do trabalhador. É voltado exclusivamente aos moradores da cidade. Atualmente, seus cursos abrangem as áreas da beleza, terapias naturais, decoração e eventos, construção civil, informática, comércio e serviços, gastronomia, e promoção à juventude”. Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/governo/secretarias>>. Acesso em: 22 mar. 2019>. Acesso em: 15 mai. 2017.

### 3.2.2 Política Municipal de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial em Diadema

A Secretaria de Saúde de Diadema tem como fim cuidar da saúde dos seus munícipes e para isso busca reorganizar a estrutura de serviços de saúde com auxílio da população, dos conselhos de saúde e da gestão como um todo. Possui 20 Unidades de saúde, Hospital Municipal com Pronto Socorro, Pronto Socorro Central, SAMU-Serviço Médico de Urgência quarteirão da Saúde com mais de 30 especialidades e a Rede de Atenção Psicossocial, dentre outros equipamentos de saúde. Tem o Plano Municipal de Saúde de 2018-2021.

Tabela 5 – Estrutura da Saúde de Diadema

<b>Tipo de serviço</b>	<b>Região</b>	<b>Qual serviço prestado</b>	<b>Total</b>
Ambulatorial	Centro de Especialidades Quarteirão da Saúde	Realização de consultas e exames agendados e encaminhados pela UBS	30 Especialidades
Unidade Básica de Saúde (UBS)	Todas	Prevenção e promoção a saúde	20
Pronto Atendimento Central, Pronto Atendimento Eldorado	Todas	Urgência	02
Serviço de Emergência Hospital Municipal de Diadema	Todas	Emergência	01
Serviço Móvel de Emergência (SAMU)	Todas	Emergência e urgência	-
Saúde Mental	Todas	Atendimento a pessoas com problemas de saúde mental	05
Coordenadoria de Vigilância à Saúde: CCZ, o Cerest, o Serviço de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD), Serviço de Vigilância Sanitária	Todas	Vigilância a saúde	01

(Visa)			
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)	Todas	Ações de Prevenção, promoção e curativa	01
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Todas	Especialidades	01
O Centro de Referência de HIV	Todas	Ambulatório	01
Centro Especializado em Reabilitação (CER)	Todas	Especialidade	01

Fonte: Prefeitura de Diadema<sup>79</sup>

Os dados apresentados na Tabela 5 contam um pouco da estrutura a saúde em Diadema para dar conta de toda a população. Um exemplo de seu bom funcionamento é o Quarteirão da Saúde, com mais de 30 especialidade para cuidados ofertados à população.

Tabela 6 – Estrutura da Rede de Atenção Psicossocial de Diadema

<b>Serviço</b>	<b>Total</b>
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Adulto – Norte Sul/Oeste – Centro/Leste	03
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Álcool e Drogas (AD) – Espaço Fernando Ramos da Silva	01
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infante Juvenil	01
Consultório de Rua	01
Residência terapêutica	03

Fonte: Site Oficial da Prefeitura de Diadema<sup>80</sup>

<sup>79</sup> Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/noticias/24444-conhecer-como-funcionam-os-servicos-de-saude-facilita-o-atendimento>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

<sup>80</sup> Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/noticias/24444-conhecer-como-funcionam-os-servicos-de-saude-facilita-o-atendimento>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

Observa-se, na Tabela 6, uma estrutura na cidade similar à de Santo André, com 01 serviço de álcool e drogas. O Consultório na Rua convive no mesmo espaço que o CAPS-AD. Há, portanto, uma organização da RAPS para atenção às pessoas com sofrimento mental ou fazendo uso abusivo de drogas.

Diadema é conhecida por sua participação na Luta Antimanicomial e busca, com suas ações, incentivar o usuário com transtorno mental a ter mais qualidade de vida e inserção social, inclusive com colocação no mercado de trabalho, quando tratado e assistido pela RAPS. Em sua história de lutas, a cidade foi a primeira do país a implantar um serviço de psicologia na rede pública municipal, no ano de 1990. Quanto às Unidades Básicas de Saúde, são 20 no total e possuem equipes de saúde mental, compostas por assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo e psiquiatra, conforme demonstra o site oficial da prefeitura de Diadema<sup>81</sup>

cuidado em Saúde Mental é oferecido em três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, um CAPS Álcool e outras Drogas, que funcionam 24h, e um CAPS Infanto-Juvenil. O município também conta com uma residência terapêutica para abrigar pessoas vindas de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e que já não possuem mais vínculos com a família de origem. Para casos de menor complexidade, as Unidades Básicas de Saúde oferecem atendimento em saúde mental e grupos terapêuticos. Em momentos de crise, o paciente pode ser encaminhado ao pronto socorro de psiquiatria do Hospital Municipal (Prefeitura Diadema, 2019).

Há um trabalho de matriciamento<sup>82</sup>, conforme o Plano Municipal de Saúde (2018-2021, p. 126), propiciando a troca de conhecimento e experiência, a fim de que a equipe possa realizar o primeiro atendimento e escuta ao paciente. Após essa etapa, o usuário é recebido no serviço de saúde mental, através da equipe multidisciplinar que avalia e direciona o tratamento, por meio de um atendimento integral.

[...] a implantação da Saúde da Família e dos Serviços de Saúde Mental, especialmente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), consubstancia um progresso indiscutível da Política Municipal de Saúde. Este avanço na resolução dos problemas de saúde da população, por meio da vinculação com Equipes, e do aumento da resolutividade propiciado pelos serviços de Saúde Mental não

---

<sup>81</sup> Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/noticias/24444-conhecer-como-funcionam-os-servicos-de-saude-facilita-o-atendimento>>. Acesso em: 29 mai. 2019.

<sup>82</sup> Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/dmp/comunicacao/Comunicacao/Site2/PMSDiadema2018-2021.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2019.

significa, entretanto, que o Sistema Municipal tenha chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção.

Diadema em 1990 implantava o primeiro CAPS, em 2002 no Brasil existia 424 CAPS e houve um crescimento da RAPS e o número ampliou indo para 1.620 serviços<sup>83</sup>.

O Hospital Municipal (HM) possui uma enfermaria com 10 leitos de internação e 2 leitos de observação. Além disso, possui um Pronto Socorro Central, com atendimento 24h. A Prefeitura conta com o CAPS-AD, além do tratamento medicamentoso supervisionado por profissionais da Saúde, os usuários realizam atividades artísticas (como pinturas, desenhos, teatro e música), as quais auxiliam no tratamento.

Em Diadema, o Conselho Municipal de Políticas Públicas Sobre Álcool e outras Drogas de Diadema (COMAD), criado pela Lei 3.260/12, de 3 de outubro de 2012 passou a desenvolver ações voltadas à prevenção e redução da demanda por drogas. É composto por 18 membros, sendo 5 representantes do Poder Executivo (secretarias de Defesa Social, Saúde, Educação e de Assistência Social e Cidadania); 1 da Câmara Municipal; 9 da sociedade civil e 3 do Governo do Estado de São Paulo. Seus objetivos são<sup>84</sup>:

- I.** Propor programa municipal de prevenção do uso indevido e abuso de drogas e entorpecentes, compatibilizando-o com a respectiva política estadual, proposta pelo Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN/SP, bem como acompanhar a sua execução;
- II.** Coordenar, desenvolver e estimular programas e atividades de prevenção da disseminação do tráfico e do uso indevido e abuso de drogas e entorpecentes;
- III.** Estimular e cooperar com serviços que visam ao encaminhamento e tratamento de dependentes de drogas e entorpecentes;
- IV.** Colaborar, acompanhar e formular sugestões para as ações de fiscalização, e repressão, executadas pelo Estado e pela União;
- V.** Estimular estudos e pesquisas sobre o problema do uso indevido e abuso de drogas, entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica;
- VI.** Propor ao Prefeito Municipal medidas que visem aos objetivos previstos nos incisos anteriores;
- VII.** Apresentar sugestões sobre a matéria, para fins de encaminhamento a autoridades e órgãos federais, estaduais e de outros municípios.

<sup>83</sup> Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/noticias/24494-diadema-encerra-mes-da-luta-antimanicomial-com-seminario>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

<sup>84</sup> Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/governo/prefeito/132-governoo/conselhos-municipais/conse-lho-municipal-de-entorpecentes-de-diadema/9992-o-que-e>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

O Conselho é formado pelas seguintes representações, ocupados a partir da indicação do prefeito: Juiz de Direito, Promotor de Justiça, Delegado de Polícia Autoridade Polícia Militar no município, autoridade Estadual de Ensino no município e um representante da câmara Municipal de Diadema. Cabe ressaltar que, neste Conselho tão importante, não há representantes dos usuários e nem de outros segmentos da sociedade civil, participantes fundamentais para exercer o controle social e diretamente afetados pelas questões relacionadas ao álcool e outras drogas, uma vez que uma de suas funções é acompanhar o funcionamento da saúde no município.

Além do Conselho Municipal de Políticas Públicas Sobre Álcool e outras Drogas há ainda o Conselho Comunitário de Segurança (CONSEG) atua na política de prevenção contra as drogas no município. Segundo a Lei Orgânica Municipal de Diadema<sup>85</sup>, Art. 222 referente ao item saúde sobre competências do município.

IV criação do Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), que se integrará na ação conjunta e articulada de todos os órgãos de níveis federal, estadual e municipal que compõe o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização, Orientação e Controle de Entorpecentes, a ser formado por representantes de órgãos públicos e da sociedade civil, e cujo objetivo será o de promover a prevenção ao uso de drogas e entorpecentes no âmbito do Município;

V serviços de assistência à maternidade, à infância, à adolescência, ao idoso e ao excepcional;

VI campanhas orientadoras, alertando a população sobre os efeitos nocivos à saúde, representados pelo tabagismo;

VII programas de prevenção à saúde mental.

De acordo com o Artigo 223 Inciso XIII, letra F, da Lei Orgânica do Município são competências da municipalidade, exercidas pela Secretaria de Saúde equivalente, o planejamento e execução das ações, incluindo a saúde mental:

- a) vigilância sanitária;
- b) vigilância epidemiológica;
- c) vigilância ao trabalhador;
- d) saúde do idoso;
- e) saúde da mulher;
- f) saúde mental;
- g) saúde da criança e do adolescente;
- h) saúde bucal;

---

<sup>85</sup> Disponível em: <<http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/lom.php>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

O Plano Municipal de Saúde de Diadema (2019-2021)<sup>86</sup> fala da estrutura e de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial e menciona:

- **Consultório da Rua**

Implantar a Estratégia de Consultório na Rua (eCR) para atender a população em situação de rua de Diadema, visando ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em situação de vulnerabilidade e com vínculos familiares fragilizados ou interrompidos;

Equipes de CR implantadas conforme Portaria MS 122, de 25/01/2011;

Realizar formação para os profissionais contratados nas atividades a serem desenvolvidas pelo CR e manter educação permanente;

Cadastrar e demonstrar o cadastramento das equipes de CR no CNES e alimentar dados do sistema de informação vigente;

Adquirir veículo para deslocamento com identificação visual e grafismo da e CR e mapear, identificar e diagnosticar o território no qual as equipes de CR desenvolverão suas atividades (Ministério da Saúde).

- **CAPS-AD**

1. Garantir que as Políticas de Álcool e Outras Drogas sejam baseadas na autonomia e preservação dos direitos à saúde;

2. Promover maior aproximação entre CAPS-AD e UBS, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, SASC/Centro Pop e Centros Comunitários;

3. Divulgar a importância do tratamento por meio de cartazes em locais públicos, como UBS, AA, NA, Centros Comunitários, sendo os atendimentos de demanda espontânea;

4. Qualificar o matriciamento e reuniões de rede Plano Municipal de Saúde 2018-2021 Secretaria Municipal da Saúde de Diadema;

5. Promover maior diálogo e discussão dos casos entre CAPS Infantil e CAPS-AD, com PTS compartilhado sempre que necessário;

6. Realizar ações preventivas em escolas, UBS e centros culturais para adolescentes e familiares;

7. Realizar parcerias com outras Secretarias (Educação, SASC, Esporte e Lazer e Cultura) para a promoção de ações reabilitadoras e preventivas;

8. Promover o acesso aos cuidados em saúde dos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua em até 5 campos de ação (cenas de uso);

---

<sup>86</sup> Disponível em: <<http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/lom.php>>. Acesso em: 20 jul. 2017. Não há número nesta LEI.

9. Vincular e fortalecer os vínculos com usuários em situação de rua nas cenas de uso, por meio da reativação das atividades dos profissionais da Equipe de Redução de Danos – Equipe CAPS Rua – dentre outras ações a serem desenvolvidas.

O município de Diadema quanto a estrutura de saúde, transparece organização no que se refere a cuidados com a população. Concernente a Rede de Atenção Psicossocial o primeiro CAPS foi em 1990 e hoje são 09 equipamentos pertencentes a essa rede, cujo fim é evitar que se retorne a lógica manicomial. É preciso investir esforços para ampliação dos serviços de base comunitária. Diadema está presente no Fórum Popular de Saúde Mental do ABC, que tem como luta uma cidade livre de manicômios. Participam deste Fórum, usuários da saúde mental, familiares e trabalhadores dos serviços da saúde mental. Um importante e fundamental movimento social na luta pelos direitos dos usuários da RAPS.

### **3.3 Apontamentos sobre as cidades de Santo André e Diadema**

A cidade de Santo André difere da cidade de Diadema no que se refere à organização da saúde mental relacionada ao atendimento a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Em Santo André, o CAPS-AD e o Consultório na Rua ocupam espaços diferente, com equipes profissionais e propostas de trabalho diferentes, apesar de muitas vezes atenderem os mesmos usuários no CAPS-AD ou pela equipe de redução de danos na rua.

Apesar de ambas as equipes saberem, mesmo que não profundamente, qual o trabalho do outro, em Santo André, há um respeito entre elas. Identificou-se a participação da equipe da redução de danos pelo menos uma vez por semana na reunião de passagem de plantão do CAPS-AD, mas não transparece haver um trabalho de real proximidade entre eles. Salienta-se a necessidade de maior interação entre o CAPS AD e Consultórios na Rua.

Já na cidade de Diadema, nota-se uma maior integração entre as equipes do CAPS-AD e Consultório na Rua. Apesar de serem equipes diferentes, ocupam o mesmo espaço físico e atendem casos juntos.

Percebe-se, nos dois municípios, um investimento inicial na redução de danos, na medida em que o Consultórios na Rua está fortalecido dentro da RAPS. As duas

idades trabalham com matriciamento, um importante instrumento para a RAPS no atendimento dos usuários em sofrimento mental. Entretanto, para que o matriciamento seja efetivo, é necessária a participação e saberes de todos os membros da RAPS, equipe de trabalho e usuário.

Neste contexto, o matriciamento em saúde mental surgiu como uma importante estratégia para fazer valer tal articulação, de modo a garantir um cuidado ampliado à saúde, por meio da interação dialógica entre os diversos saberes indispensáveis à produção de saúde. [...]o matriciamento se afirma como recurso de construção de novas práticas em saúde mental também junto às comunidades, no território onde as pessoas vivem e circulam, pela sua proposta de encontros produtivos, sistemáticos e interativos entre equipes da Atenção Básica e equipes de saúde mental (IGLESIAS; AVELAR, 2019, p. 1248).

Isto significa que a concretização do matriciamento em saúde mental em toda sua potencialidade depende do empenho, disponibilidade e mudanças por parte de todos os envolvidos. Implica negociação entre os diversos saberes presentes, para a construção de diretrizes sanitárias e estratégias de cuidado pertinentes a um determinado contexto<sup>6</sup>. Envolve parceria entre usuários, gestores dos serviços e demais instâncias, equipes responsáveis pelo cuidado longitudinal dos usuários em saúde (equipes de referência), equipes que se agregam às equipes de referência disponibilizando sua prática e conhecimento específico em uma determinada área (equipes matriciais), para a composição de um cuidado integral em saúde(IGLESIAS; AVELAR, 2019, p. 1248).

Os dois municípios têm participação efetiva na saúde mental do país e, apesar da luta por uma cidade sem manicômio, travada cotidianamente por eles, há um embate nacional com aprovação de leis que vão de encontro de conquistas como implantação da RAPS e retrocessos como o que se apresenta na nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS<sup>87</sup> do governo de Jair Bolsonaro que traz em seu bojo retrocessos como a compra, via SUS, para utilização da eletroconvulsoterapia-eletrochoque- em usuários da saúde mental, assim como colocação da abstinência para tratamento dos usuários de drogas e internação de crianças em Hospitais Psiquiátricos.

Esta Política de Saúde Mental tira dos cuidados dispensados aos usuários de substâncias psicoativas a oportunidade via cuidados a partir das estratégias da redução de danos, apesar de ter sido citada no referido documento. Há ainda um consentimento para ampliação das comunidades terapêuticas, locais não fiscalizados pelo Poder

---

<sup>87</sup> Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

Público, só se houver denúncias, onde as pessoas são colocadas, muitas vezes, sob cuidados de equipe multiprofissionais<sup>88</sup>, pois muitas têm cunho religioso.

Portanto, a luta por uma sociedade livre de manicômios precisa ser fortalecida e este debate deve envolver a sociedade, os movimentos sociais e de famílias, para engrossar o coro da Reforma Psiquiátrica e lutar contra esse caminho do governo e com apoio de alguns segmentos sociais, que desejam esconder novamente os ditos “louco”, usuários de drogas, todos aqueles considerados como problema para ordem social.

#### **4. A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL E DA EQUIPE PROFISSIONAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-AD)**

Como já apresentado na introdução, o objetivo desta tese é conhecer o trabalho desenvolvido pelo assistente social e demais profissionais no Centro de Atenção psicossocial (CAPS-AD). Para isso, foram realizadas entrevistas em Santo André com 02 assistentes sociais, 01 psicólogo e 01 redutor de danos e em Diadema com 01 assistente social, 01 psicólogo e 01 redutora de danos. Todos esses profissionais atuam e vivenciam o dia a dia no CAPS-AD e Consultório na Rua, no atendimento dispensado aos usuários de substâncias psicoativas, de acordo com a Política de Saúde Mental. Do Consultório na Rua, foi entrevistado o redutor de danos devido ao fato de este equipamento atender usuários de drogas em situação de rua, mas o foco desta pesquisa nos municípios de Santo André e Diadema é o trabalho profissional no CAPS-AD.

---

<sup>88</sup> “Várias questões relativas às Comunidades Terapêuticas têm sido alvo de grandes debates no país. Nesse sentido, destacam-se as críticas quanto à forma de trabalho dessas instituições, que em geral não favorecem a reinserção social dos residentes, o que contraria a Política Nacional sobre Drogas. Além disso, observam-se repetitivas indicações de que os trabalhos desenvolvidos nas comunidades terapêuticas carecem de embasamento científico e não contam com profissionais devidamente preparados para abordar adequadamente a diversidade e complexidade relativa à dependência química<sup>3, 4</sup>. Mostra-se comum a ocorrência de permanências involuntárias, inclusive de adolescentes, em Comunidades Terapêuticas, apesar das indicações normativas de adesão e permanência voluntária de adultos nesses locais. Dentro desse cenário chama a atenção, ainda, as recorrentes notícias acerca de denúncias de maus-tratos, agressões, torturas e cárcere privado em comunidades terapêuticas. [...] destaca-se que em casos que envolvem denúncias de torturas, agressões e ameaças, as possíveis vítimas são as principais pessoas a apresentarem relatos sobre esses fatos, sendo preciso que se garanta a sua proteção [...]”. Disponível em: <[http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2017/02/24/15\\_52\\_27\\_733\\_INSTRUCAO\\_TECNICA\\_CENTRO\\_DE\\_INTERNACAO\\_2017\\_02\\_24.pdf](http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2017/02/24/15_52_27_733_INSTRUCAO_TECNICA_CENTRO_DE_INTERNACAO_2017_02_24.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2019.

#### 4.1 O Serviço Social e a sua atuação na saúde mental

O Serviço Social é uma profissão pertencente à divisão social do trabalho, atuante na realidade social inserida em um contexto socio-histórico e tem como fim intervir na Questão Social. Em relação à saúde mental, o assistente social também intervém nas expressões da Questão Social, reveladas no cotidiano do trabalho desse profissional nos atendimentos realizados na Rede de Atenção Psicossocial.

A história da saúde mental é repleta de lutas e desafios, tanto no Brasil como no mundo. O serviço social também está engajado nas lutas, para que estes usuários tenham atendimento adequado às suas necessidades relacionadas ao sofrimento mental e para que a loucura encontre um lugar social. Luta, ainda, por uma sociedade sem manicômios.

O trabalho do assistente social no início da implantação dos manicômios era direcionado apenas a questões de ordem burocrática, devido ao fato das instituições da época terem olhar exclusivamente médico para a questão da loucura. Com o passar dos anos o fazer profissional do assistente social foi se organizando e hoje, na RAPS, intervém junto aos usuários com sofrimento mental, sua família e rede de serviços socioassistencial.

Conforme Bisneto (2011, p. 19), nos Estados Unidos, na saúde mental o serviço social tinha como norte uma “linha de apoio terapêutico”. Portanto, a intervenção realizada por esse profissional ao usuário estava direcionada “[...] ao atendimento das questões ligadas ao tratamento médico em si [...]”. No Brasil, a perspectiva de atendimento era outra, sendo realizada hoje por meio da RAPS “[...] boa parte do trabalho do Serviço Social nas organizações psiquiátricas está voltada ao atendimento de questões mais emergenciais associadas à enorme pobreza dos pacientes e a ausência de rede de suporte familiar e comunitário” (BISNETO, 2011, p.19).

Falando especificamente do Brasil, no que se refere ao modelo histórico do serviço social na psiquiatria, Bisneto (2011) relata que teve início como assistência aos trabalhadores, visando “[...] amenizar a relação entre capital e trabalho, através da intervenção nas refrações mais imediatas da “questão social” e, tais como fábricas, previdência, assistência social” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1998 apud BISNETO, 2011, p. 20).

Ainda no Brasil, segundo Bisneto (2011, p. 21), em 1946 foi iniciada a [...] “organização de Serviços Sociais Psiquiátricos”. Havia um pequeno número de assistentes sociais trabalhando na saúde com a questão da loucura. Conforme aponta o autor, “[...] nos primeiros trinta anos de existência do Serviço Social no Brasil não havia muitos assistentes sociais trabalhando na área da psiquiatria em clínicas, hospitais ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos 60” (SABOIA, 1976, p. 51 apud BISNETO, 2011). Ainda segundo o autor, ao referir-se a outra particularidade do serviço social na área da psiquiatria, o atendimento era direcionado “[...] a população muito pobre e não a massa dos trabalhadores em geral” (REZENDE, 1990, p. 48 apud BISNETO, 2011) e aponta ainda:

[...] havia poucos hospícios estatais. Eles atendiam um grande número de pacientes, na maioria indigentes ou crônicos abandonados pela família. Trabalhavam poucos assistentes sociais em cada hospício. [...]havia hospitais gerais ou psiquiátricos para trabalhadores e seus dependentes, pertencentes à rede dos institutos de aposentadoria e pensão (IAP's), sem que os assistentes sociais fossem, necessariamente, especializados em psiquiatria. [...] havia poucas clínicas psiquiátricas privadas, que se destinavam ao atendimento às pessoas mais ricas. Não empregavam assistentes sociais (BISNETO, 2007, p. 21).

O período posterior ao movimento militar de 1964 foi um marco divisório, pois começava amparo para as pessoas com problemas mentais e uma proteção trabalhadores e seus dependentes (RESENDE 1990, p. 60 apud BISNETO, 2011).

A Ditadura Militar promoveu diversas mudanças no Brasil cabe citar as que ocorreram na saúde e previdência e para isso utilizou como justificativa, em seu discurso, a modernização e a racionalização, promovendo, assim, mudanças no quadro hospitalar brasileiro, conforme Bisneto (2011). Segundo o autor, houve grande aumento do número de hospícios no Brasil, após as reformas implantadas na ditadura militar, “[...] com administração centralizada e com a privatização do atendimento médico” (BISNETO, 2011, p. 22).

O referido autor relata um aumento da oferta de trabalho para as assistentes sociais e traz como referência: “Com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS.” (AMARANTE, 1996, p. 79 apud BISNETO, 2011, p. 22):

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizado grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com interesse no lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre sim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar.

Quanto ao trabalho do assistente social nos hospitais psiquiátricos, Bisneto (2011, p. 23) aponta que ocorreu “[...] por força de exigência do INPS nos anos 1970” e cita ainda:

[...] é a partir de 1973 quando o MPAS (sic) enfatizava a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental, numa de suas tentativas de melhorá-la- que se abriu um maior espaço para o Serviço Social nas Instituições psiquiátricas (SOUZA, 1986, p. 24 apud BISNETO 2011, p. 23).

Bisneto (2011, p. 24) ressalta que só em 1970 há uma ampliação expressiva da oferta de trabalho para o assistente social na área da psiquiatria e cita o que foi dito pelo autor

Durante os anos 70, a influência da psiquiatria preventiva norte americana, bem como o papel mais ativo de organizações internacionais, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e sua subsidiária Organização Pan-Americana de Saúde (OPA), tiveram forte repercussão dentro do campo da saúde pública e de militância entre os médicos e profissionais de saúde no Brasil. Apesar do regime autoritário da década de 70, algumas tentativas de reorganização do setor psiquiátrico foram feitas, como a portaria do INAPS de 1973, exigindo, entre outras coisas, o aumento do número de profissionais nos hospitais, incluindo as assistentes sociais (VASCONCELOS, 2000, p. 192 apud BISNETO 2011, p. 24).

Souza (1986) aponta uma precarização do trabalho do assistente social e menciona:

Os hospitais psiquiátricos passaram a contratar um assistente social para cumprir a regulamentação do Ministério, pagando o mínimo possível como salário e sem incumbi-lo de funções definidas. Quando, pela resolução do INPS, a quantidade de pacientes exigia a contratação de mais de um assistente social, a contratação era em nível precário, em geral por poucas horas diárias e de contrato provisório,

quando não era só para constar, e nenhum trabalho era efetivamente feito, tipo “emprego-fantasma”.

Bisneto (2011, p. 24) questiona o motivo pelo qual o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) obrigou as clínicas psiquiátricas conveniadas a contratarem assistentes sociais:

É claro que a resposta a tais questões é múltipla. Sem dúvida, várias determinações contribuíram para essa resolução do INPS, constituindo-se num fato sobre determinado. [...] O grande problema para o governo na ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltava à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental (BISNETO, 2011, p. 24).

Segundo o autor, diante desta realidade do Brasil, com as novas mudanças implantadas na área da saúde e a lógica manicomial predominante, o direcionamento do trabalho do assistente social na saúde mental na psiquiatria era atender as demandas de uma classe burguesa com referência aos “necessitados”:

O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados” (BISNETO, 2007, p. 25).

De acordo com Resende (1990, p. 60), esses aspectos relacionados às políticas sociais em Saúde Mental visavam

Preservar, manter e adestrar a força de trabalho (e indiretamente o próprio processo produtivo), bem como atenuar os aspectos disfuncionais inerentes ao desenvolvimento capitalista [...] são estas essencialmente as funções das políticas sociais no capitalismo moderno e sem recursos às quais o Estado se veria a braços com a crise de legitimidade e perderia suas bases de apoio.

Bisneto (2011, p. 25) aponta que no período da Ditadura Militar, apesar de tudo, na estrutura de saúde mental implantada havia psiquiatras com olhar diferente para as pessoas com transtornos mentais. Esses profissionais tinham [...] “visão social de

esquerda” e estavam trabalhando na construção de políticas públicas e um atendimento mais humanizados para a população nos [...] “aparatos assistenciais”, por intermédio de um atendimento de uma equipe multidisciplinar”. Houve, por parte, desses técnicos, posicionamentos que contribuiram “[...] para formulação e implementação das portarias de cunho inovador do Ministério da Previdência e Assistência Social que aumentavam o número de profissionais necessários para o atendimento por grupos de pacientes ou número de leitos”.

Ainda segundo Bisneto (2011), o Serviço Social se engajou nessa visão da Saúde Mental e passou a direcionar o seu trabalho para intervenção voltada para “[...] atenção ao contexto familiar e social; universalidade da loucura; prevenção primária e comunitária (SOUZA, 1986, p. 31).

Para Bisneto (2011), a entrada do Serviço Social na saúde mental teve como cerne a mesma “[...] lógica que modificou o quadro de atuação do Serviço Social no Brasil após 1964” e aponta como fatores desencadeadores destes processos:

[...] a modernização conservadora dos aparatos do Estado, com oferta de serviço médicos assistenciais estendidas aos trabalhadores, a centralização do controle desses serviços através da unificação dos diversos institutos e caixas de previdência as diferentes categorias profissionais, visando desmobilizar as categorias mais combativas pela uniformização dos serviços, buscando legitimação para a ditadura militar, instalando o capitalismo monopolista dependente e os métodos de gerencialidade nos serviços públicos (e não apenas nos processos industriais de então, pois a lógica do desenvolvimento industrial no Brasil, visado pela ditadura, foi estendida para saúde) (BISNETO, 2011, p. 26).

Tanto Netto (1992) quanto Iamamoto e Carvalho (1988) apontam que estas mudanças citadas tiveram a reforma do Estado sob o pano de fundo dos objetivos da classe dominante se desdobram e interferem na questão social. Segundo Netto (1992, p. 120), “é esse mercado de trabalho que o desenvolvimento capitalista operando sob o comando do grande capital e do Estado autocrático burguês[...]”. Iamamoto e Carvalho (1988, p. 370) mencionam, nessa direção:

Em outros termos, a ampliação do mercado de trabalho e o reforço da legitimidade do Serviço Social é expressão da resposta das classes dominantes ao enfrentamento das novas formas de expressão da questão social, que tem como pano de fundo a ampliação do processo de pauperização da população trabalhadora.

Diante desses reflexos na classe trabalhadora, foi preciso racionalização da Previdência Social com objetivo de diminuir as contradições do sistema de Saúde Mental e isso se deve ao fato de um número considerável de trabalhadores com sofrimento mental, como reflexo das condições de trabalho diante da expansão do sistema capitalista. Os trabalhadores passaram a ir em busca de receber benefícios da previdência como por exemplo pensão e aposentadorias, devido essa condição de saúde mental.

Bisneto (2011, p. 27) menciona que o Serviço Social foi incluído na saúde mental “[...] como uma das medidas racionalizadoras do sistema saúde-previdência”

Posteriormente, o Serviço Social foi inserido no campo de atuação da saúde, contribuindo para efetivação das propostas e atuando de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O Assistente Social, conforme Resolução CFESS nº 383/99 de 29/03/1999, é caracterizado como profissional de saúde, que busca, através da legislação brasileira e do Código de Ética Profissional, como compromisso profissional, a efetivação dos direitos sociais, das políticas públicas, da democracia, a manutenção da cidadania e autonomia e na promoção dos sujeitos sociais.

Conforme menciona Robaina (2010, p. 44)

Historicamente, os assistentes sociais no Brasil vêm participando da trajetória da psiquiatria e de suas sucessivas reformas, com maior ou menor expressão e contingente. As perspectivas teórico metodológicas foram se conformando em consonância com as mudanças societárias e com o processo de amadurecimento da própria profissão, do qual as mudanças do próprio Código de Ética são exemplos.

Para tal, pressupõe uma horizontalização de poder entre os demais saberes que compõem o campo da saúde mental, inclusive na área de álcool e drogas. O paradigma da desinstitucionalização prevê a substituição do hospital psiquiátrico por serviços de base comunitária (ou serviços substitutivos), mas articula dialeticamente tais mudanças às transformações. Rosa (2002, p. 152), por outro lado, afirma “Entende que a questão a ser enfrentada é a emancipação, a ampliação do poder de trocas do portador de transtorno mental, não a cura ou a reparação, mas a reprodução social dos portadores de transtorno mental e, conseqüentemente, a sua reinserção no mundo social.”

Em relação às pessoas que têm problemas com uso de álcool e outras drogas, existe uma resistência maior por parte, inclusive, dos profissionais da rede em trabalhar com sua emancipação e autonomia, pois esses mesmos profissionais colocam os

usuários em descrédito, por trabalhar na lógica da abstinência total e ter dificuldade de entender a lógica da redução de danos, utilizada na saúde mental. Então, por vezes, esses profissionais ainda têm dificuldade de lidar a ampliação do acesso aos direitos desses usuários.

Como mostra-nos a história, as reformas Sanitária e Psiquiátrica estiveram associadas a exigências societárias, num processo de articulação e embate entre os interesses das duas classes principais da sociedade. Conforme Robaina (2010, p. 44), “o campo da atenção psicossocial aqui é entendido como o plano que envolve as questões de assistência, moradia, trabalho, cidadania [...] relativos aos usuários dos serviços de saúde mental”.

É importante refletir a respeito dos impactos da Reforma Psiquiátrica brasileira sobre as profissões no campo da saúde mental, através da recusa ao reducionismo que a psiquiatria imprimiu à loucura, ao limitá-la como doença, impondo um movimento de reconstrução de sua complexidade e chamando os demais profissionais a contribuir com seus saberes. Assim, a Reforma Psiquiátrica se constitui num campo interdisciplinar onde as especialidades são essenciais para, no tensionamento de suas interfaces, reconstituir dialeticamente o objeto (ROBAINA, 2010).

Nessa perspectiva, ainda, podemos refletir sobre tal posicionamento em relação às pessoas que têm problemas com uso de álcool e outras drogas, e as demandas de alta complexidade que os CAPS-AD atendem, as quais permeiam várias questões sociais e exigem não somente do profissional de serviço social, mas de todos os saberes técnicos, um redirecionamento e posicionamento ético-político profissional. Se levarmos em consideração que “A saúde mental é uma subárea da política de saúde, com diretrizes, princípios e estratégias próprias, que nos diz respeito enquanto trabalhadores sociais” (ROBAINA, 2010, p. 346).

O Serviço Social tem acúmulo teórico operativo para realizar o mapeamento e a articulação com as tradições culturais locais, lideranças comunitárias, equipamentos comunitários, relações de vizinhança, intervenções no imaginário social sobre as demandas relacionadas aos transtornos mentais e pessoas que têm problemas com uso de álcool e outras drogas (ROBAINA, 2010).

## 4.2 O trabalho nos CAPS-AD de Santo André e Diadema

Sob a lógica de cuidado no território, é importante considerar que o território é o lugar de pertencimento deste usuário, pois é no território que ele se relaciona, seja com familiares, amigos, associações, igrejas, escolas, enfim, é o lugar onde se produz sentido para ele. Portanto, é de extrema importância o trabalho intersetorial, o qual irá contribuir para romper com a lógica assistencialista e, assim, propor ações em conjunto com os serviços de atendimento ao usuário e família, para que o atendimento não fique centrado apenas no CAPS. Com pouca participação dos usuários em outros serviços da rede, o profissional de serviço social tem papel importante de articulador nesse processo.

O CAPS, como um serviço aberto e comunitário, busca ampliar as possibilidades do usuário (re)inserir-se socialmente (PICOLI, 2013). Para isso, é preciso um trabalho em parceria com a comunidade, criar uma rede de apoio para o usuário em todos os ambientes nos quais estiver inserido, ajudar a família e a comunidade na identificação das necessidades do usuário e auxiliá-lo em suas demandas.

O trabalho dos assistentes sociais na saúde mental tem sido realizado junto aos usuários e as famílias no CAPS-AD, articulado com a equipe multidisciplinar, com ações de cuidado, orientação e encaminhamento de demandas existentes em relação à família. O assistente social dispõe de relativa autonomia no exercício de suas funções institucionais, o que se expressa numa relação singular de contato direto com o usuário, em que o controle institucional não é total, abrindo a possibilidade de redefinir os rumos da ação profissional, conforme a maneira pela qual ele interprete o seu papel profissional (IAMAMOTO, 2004, p. 102).

Diante dessa colocação de Iamamoto e da realidade vivida no cotidiano do CAPS-AD, cabe aos assistentes sociais, que lidam com esse cotidiano, o processo reflexivo de avaliar e realizar sua prática, pois se faz necessário se reinventar no dia a dia para conseguir ter ações, reflexões e construções capazes de ir ao encontro das demandas produzidas por uma sociedade excludente, a qual, a todo momento, cria formas e situações de segregar cada vez mais o usuário de álcool e outras drogas. Para Iamamoto (2004), podemos criar possibilidades a partir da autonomia da prática cotidiana.

Um ponto fundamental a ser pensado em relação à Reforma Psiquiátrica, na qual o serviço social tem atuação importante, refere-se à questão da participação e controle

social na RAPS. No CAPS-AD deve-se estimular a organização dos movimentos de usuários e familiares, promovendo as articulações na rede e instâncias do Poder Público, visando contribuir para garantia dos direitos dos usuários da saúde mental a, por exemplo, uma sociedade livre de manicômios. Na saúde mental existe o estímulo à autonomia política dos usuários e familiares. No campo de álcool e outras drogas, faz-se ainda mais necessário esse processo de empoderamento desses atores, para que possam ganhar espaço e respeito, auxiliando-os a contribuir para a construção das políticas públicas voltadas para a área, tendo em vista todo seu processo histórico de exclusão.

O profissional de serviço social lida no cotidiano do CAPS-AD com a rede de serviços socioassistenciais e há a necessidade de articulação com os demais serviços da rede de atenção psicossocial, para que se possam sentir-se responsáveis e participantes da atenção e resolutividades das demandas dos usuários apresentadas nesse serviço da saúde mental. O encaminhamento das necessidades dos usuários e essa articulação da rede contribuirá para sua melhor adesão ao CAPS-AD.

Uma questão importante apontada por Bisneto (2011 p. 61): “O assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na saúde mental, mas sim, desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico”.

A consolidação do mercado nacional de trabalho para os assistentes sociais, como variável das modificações ocorridas durante o ciclo autocrítico burguês, não derivou apenas da reorganização do Estado, o qual permaneceu e mantém-se ainda hoje o principal empregador desses profissionais (NETTO, 2005, p. 121).

Em relação às questões trabalhistas que envolvem os profissionais de serviço social que atuando na saúde mental, Robaína (2010, p. 349) chama a atenção para a sistemática precarização dos vínculos trabalhistas dos trabalhadores em saúde mental.

A multiplicidade de vínculos (servidores públicos, terceirizados, contratados por ONGs, cooperativados, voluntários) compromete a organização dos trabalhadores, impactando a equidade de direitos e a democratização das relações com nítidos reflexos na perspectiva de constituição de práticas interdisciplinares. A flexibilização dos direitos trabalhistas provoca um desnivelamento no que se refere à estabilidade no emprego, carga horária, salário, mobilidade na carreira-como resultantes, pode-se apontar a rotatividade dos trabalhadores, acúmulo de empregos, desinvestimento em educação continuada e na produção de novas tecnologias, entre outros [...] o que afeta não apenas os direitos adquiridos historicamente pelas categorias

na relação capital *versus* trabalho, mas ameaça a abordagem da loucura na perspectiva de complexidade (ou totalidade)”.

A mesma autora afirma ainda:

Assim sendo, pode-se afirmar que a política de saúde mental no Brasil, sob o atravessamento do neoliberalismo, imprimiu grande investimento na transformação da assistência, sem equivalência da proteção do trabalho. Se esta realidade é devastadora em qualquer área, na saúde mental ela se torna plena de significados, justificados por duas dimensões centrais. No âmbito político, os antecedentes históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) como o principal ator social que provocou o esgarçamento do modelo segregacional e privatista psiquiátrico e forjou as possibilidades para o surgimento do Movimento de Luta Antimanicomial, com as conquistas observáveis nos dias de hoje. Na esfera assistencial, segundo a perspectiva basagliana, a principal tecnologia de cuidado está centrada no profissional, conforme já destacamos. Desta forma, a precarização do trabalho implica a precarização da política social (ROBAINA, 2010, p. 349).

A pesquisa com profissionais revelou aspectos relevantes do trabalho do assistente social e membros da equipe de profissionais, tanto no CAPS-AD quanto no Consultório na Rua. Portanto, no espaço socio-ocupacional desses serviços, destacam-se os aspectos: gestão; organização do serviço; problemas nos equipamentos; melhora da estrutura; hierarquia; avaliação do profissional pela chefia; avaliação de cargos e salários; significado de trabalho e neoliberalismo; adoecimento no trabalho e formas de cuidar-se.

Com relação à organização do CAPS- AD, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 determina e organiza a atenção dispensada pela RAPS aos usuários da saúde mental. Concernente a essa estrutura dentro do CAPS-AD de Santo André e Diadema, a AS1, AS2 e AS3, assim como os demais entrevistados, relataram que se encontra organizada e os profissionais do serviço vão se inserindo nela no cotidiano do trabalho.

De acordo com os entrevistados, os usuários chegam ao serviço para atendimento de forma espontânea, através de demanda judicial ou denúncias, ou seja, de diversas formas. Isso corrobora a legislação<sup>89</sup>, quando se refere ao CAPS-AD como um

---

<sup>89</sup>Disponível: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso: 20 jul. 2019.

serviço de base territorial e porta aberta para acolher quem dele precise e que veio substituir os manicômios dando mais liberdade e autonomias aos usuários.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>90</sup>, os CAPS são “unidades [...] de caráter aberto e comunitário, composto por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar[...]”, com atuação no território. Nessa direção, ressalta-se que é de grande importância o conhecimento e apropriação desse espaço territorial, por parte dos assistentes sociais e equipe profissional, para, através da sua ação e intervenção, poder identificar os locais onde a RAPS precisa ser fortalecida, por exemplo, através do matriciamento.

Com relação ao Consultório na Rua, há um diferencial, uma vez que a equipe é quem vai ao território em busca dos usuários. A forma de organização e operacionalização do trabalho se adequa ao território. De acordo com o redutor entrevistado, eles utilizam uma “moeda de troca” que são os insumos, mas isso não é o principal, no caso o principal é o contato e a vinculação com usuários. Verifica-se que as estratégias de redução de danos de aproximação de quem encontra-se na rua utilizando drogas e não querem ou não conseguem parar funcionam ao observarmos que um livro (de várias temáticas e provenientes de doação) e insumos são formas de passar informações, sensibilizar para o cuidado pessoal e transmitir para outros.

**AS2** [...] inicia-se pelo atendimento de plantão ou em alguns casos uma visita domiciliar por uma denúncia, por alguma intercorrência externa, por um outro serviço que relate a situação do usuário, a gente inicia ou então pela triagem pelo plantão de porta ou por essa intervenção externa que é a visita. [...] todos os servidores realizando as mesmas dinâmicas profissionais, então são feitas essas duas atividades, participação de grupo, oficinas terapêuticas e a gente trabalha hoje com as referências técnicas, então cada território que foi organizado da cidade existe dois profissionais que são as referências então a gente realiza os atendimentos individuais também.

**AS3** E assim nós temos aqui o nosso plantão de acolhimento, na verdade o CAPS ele trabalha de três formas o tratamento, a porta de entrada é o acolhimento o plantão de acolhimento, na sequência depois que se passou no acolhimento nós temos as referências, que são profissionais de diversas áreas que fazem esse tipo de referência que é quem acompanha o projeto terapêutico do paciente aqui no local, e também as consultas com o psiquiatra. Então assim ele passa pelo médico, pelas referências que são os técnicos.

**P1** O CAPS-AD trabalha atendendo dependentes químicos, familiares, né? Trabalha com internação de HDN, hospital dia e hospital dia e noite e oficinas terapêuticas e é isso. usuários chegam de várias

---

<sup>90</sup> Disponível: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 20 jul. 2019.

formas, pode chegar no centro hospitalar, nas unidades de saúde mandando, pode chegar por meio judicial, que a família trouxe ou espontaneamente. No momento eles chegam pedindo ajuda, já não conseguem viver mais a vida que eles viviam, perdeu já tudo que tinha. Primeiro contato deles é no plantão, com plantonista, [...] passa na recepção vai pro plantonista e [...] monta um primeiro projeto pra ele [...] HDM, de repente só grupo, médico[...] Então, esse grupo de manutenção tem um , que seria de reabilitação que a gente chama ,mas é um grupo que acontece muito pouco que a dependência química é cruel ,o cara começa a melhorar , arruma emprego e não pode mais vir se tratar e aí já era.

**P2** Tem um fluxo de entrada, por busca instantânea ou encaminhamento ou de outros serviços por mentais, [...] UBS, as vezes hospitais municipais. Faz um acolhimento no qual envolve toda uma equipe, que identifica uma queixa principal e monta um projeto terapêutico singular, provisório, por que a referência dele [...] avalia esse projeto inicial ou ele mante ou ele acrescenta colocando a pessoa em mais grupos, em mais atendimentos e marcar medico também, aí a gente vai acompanhando. O serviço tem atendimento em grupo, individual com uma equipe multifuncional. Tem, de artes, dança, terapia ocupacional, corporais, educação física, promovendo autonomia de resgate deste paciente. Temos, sala de convívio, em uma parte do hospital. [...] 12 leitos ao todo pra situação de crise.

**R1** [...] oferecemos são os insumos que é o preservativo, gel lubrificante, escova de dente e creme dental, teve algum momento que nós tivemos um kit que a gente oferecia, que era composto por um suco de laranja, por conta da vitamina C, um doce de banana por conta do potássio, alguns sachês de mel, preservativo, gel, e uma pomada e um protetor labial. [...] por questões de verba, já a 1 ano e meio que nós não temos esse kit[...]. A gente usa muito essa questão de oferta, [...] como uma moeda de troca. Você chegar num local que as vezes as pessoas estão em uso, que você ainda não conhece, então é uma forma de você conseguir iniciar uma conversa, mas também, hoje a equipe já percebe que não é uma necessidade absoluta ter esse kit

Na fala desses entrevistados observa-se uma necessidade de que o serviço da RAPS esteja organizado tanto para atender quem chega a suas portas quanto aqueles alcançados pelo Consultório na Rua, muitas vezes por intermédio de um insumo, no caso um preservativo, e, a partir dessa aproximação, ofertar-lhes a Rede de Atenção Psicossocial para atendimento dos usuários e de suas famílias, as quais, muitas vezes, estão cansadas de baterem em portas solicitando auxílio. Cabe salientar que a distribuição de preservativo ou outros insumos, como fala o redutor de danos entrevistado, como estratégia é de fundamental importância para formação de vínculo e escuta por parte dos usuários em situação de rua.

#### **4.2.1 Relação CAPS-AD e Redução de Danos: Programas Consultório na Rua**

A cidade de Santo André difere da cidade de Diadema no que se refere à organização da saúde mental relacionada ao atendimento a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Em Santo André, o CAPS-AD e o Consultório na Rua, apesar de ambas as equipes saberem, mesmo não profundamente, qual o trabalho um do outro, há um respeito entre elas, mas não transparece muita interação de trabalho. Há participação da equipe da redução de danos pelo menos uma vez por semana na reunião de passagem de plantão do CAPS-AD

Na cidade de Diadema, se percebe uma maior interação entre as equipes do CAPS-AD e Consultório na Rua. Apesar de terem equipes diferentes, ocupam o mesmo espaço físico, atendem os casos juntos, há uma boa parceria.

Percebe-se nos dois municípios que houve um investimento inicial na redução de danos, na medida em que os programas hoje são Consultórios na rua e estão fortalecidos, tanto dentro do CAPS-AD quanto na rua.

Em Santo André observa-se, a partir da fala dos entrevistados, que a redução de danos não é algo aceitável pela equipe. Segundo um deles, foi empurrado “goela abaixo”, outra diz não saber o que é e não entende o significado, de acordo com outra, nem todos comungam com a ideia, criando divergências e não conflitos, mas isso fragiliza a equipe.

Cabe mencionar a Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, do Ministério da Saúde (2019), a qual traz novas normatizações à Política de Saúde Mental e nesse caso específico, a redução de danos fica mais fragilizada com valorização da abstinência no processo de tratamento do usuário de substâncias psicoativas.

Em Diadema, conforme uma das entrevistadas, não se chama Consultório na Rua, mas CAPS na Rua. Para a entrevistada, isso ainda está se configurando, pois foi uma iniciativa do município e a proposta ainda é nova.

**P1** Quando vieram pra gente com redução de danos, enfiaram goela abaixo uma coisa que dá certo pra uns, mas não pra outros, até remédio é assim, tem remédio que vai te fazer bem. Tem remédio que vai te matar e o mesmo remédio faz bem pra mim. Então a gente pega esse camarada, que não tem jeito, redução de danos. Agora esse tem, vamos dar um jeito nele e tem tudo pra dar certo, não vamos usar redução de danos com ele de jeito nenhum.

**AS2** [...] existe uma outra realidade que nem todos comungam na mesma ideia de redução de danos, que é hoje o norte do atendimento do CAPS. Então isso as vezes acaba tendo divergência de opiniões nos encaminhamentos e na organização do atendimento do CAPS. Mas, não é algo que se cria conflitos, cria-se divergências.

**AS3** [...] importante ter a redução de danos, aqui dentro do CAPS AD [...] Sim, sem dúvida nenhuma, a gente tem que trabalhar baseado na expectativa do público que a gente atende, e não da nossa. [...] a relação é boa entre a redução e CAPS [...] totalmente, sim não tem nenhum problema. Eu acho que todo mundo, é já entendeu isso, e caminha pelo mesmo, pela mesma direção, tá tudo muito alinhado assim, é em relação a essa expectativa.

**ASSA1** Olha, na verdade eu nunca entendi a redução de danos. o que eu vi era uma situação “traz a pessoa pro CAPS” e diz “olha, ele vai ficar aqui” e a pessoa diz pra você “eu não quero ficar aqui. Eu vim porque me trouxeram.” Isso pra mim não é redução de danos. De verdade eu nunca entendi. Tecnicamente falando. Eu entendo que o nosso trabalho já é a partir desse foco. Então, de verdade, a redução de danos está dentro da saúde mental. Mas eu ainda não consigo formar uma ideia mais técnica em cima desse trabalho. Isso! Ela está dentro de um outro espaço. São pessoas que vão mesmo a trabalho de campo.

A fala dos entrevistados revela que a redução de danos não é algo tolerável para os trabalhadores do CAPS-AD de Santo André e para Diadema a entrevistada se coloca como alguém que não tem o direito de impedir uma estratégia de cuidado de chegar ao usuário necessitado dela. Com isso, nota-se a formação continuada como um ponto a ser pensado para os serviços, principalmente Santo André, a fim de pensar formas mais satisfatórias de trabalharem com a redução de danos e com o Consultório na Rua.

#### 4.2.2 Matriciamento

O Matriciamento ou apoio matricial<sup>91</sup> dentro da RAPS é importante e tem papel fundamental, pois “[...] é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.”. Ele reflete diretamente na atenção e atendimento dispensados aos usuários. Portanto, tem contribuído para integração saúde mental e atenção primária.

Observa-se na fala de três entrevistados, sendo 01 de Santo André e 02 de Diadema, o reconhecimento da importância do matriciamento na condução e resolução dos casos. Um entrevistado de Santo André fez uma crítica citando a criação de

---

91

Disponível: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2019.

miniequipes, as quais começam a realizar o trabalho, em seguida acaba e com isso ele perde o contato que tinha e facilitava o encaminhamento de alguns casos. Há, portanto, uma descontinuidade do serviço muito comum quando há mudanças de gestão ou de um governo:

**AS3** [...] tem os matriciamentos, que são as discussões de casos que a gente leva dentro das UBS's né, [...] uma vez por mês normalmente que acontece [...] vai discutir alguns casos [...] mais difíceis, casos que você precisa da intervenção da UBS muitas vezes né, ali do agente de saúde pra nos ajudar também a conduzir aquilo o tratamento da pessoa, então esses casos a gente trabalha com a rede,, honestamente falando, então assim você vai pra uma reunião de matriciamento você vê pessoas que não sabe qual que é o fluxo do CAPS [...].

**P1** Antes era uma equipe que atendia, agora são quatro, cinco equipes, uma miniequipe tanto é que eles chamam de miniequipe e eles pegam a rede e faz a mesma coisa. Rescindem e eu não tenho mais aquele contado de “olha dá pra você arrumar uma vaga aí pra mim,

A questão do matriciamento é considerada importante, entretanto um dos entrevistados aponta a não continuidade de ações iniciadas pelos serviços. Essa situação gera desconforto e descrédito, pois há investimento profissional em práticas capazes de contribuir para o trabalho desenvolvido com a RAPS com referência aos usuários e isso é interrompido ou paralisado sem justificativas, e isso ainda atrapalha o trabalho, desenvolvido cotidianamente, de articulação e resolutividade de demandas dos usuários e de sua família. Assim, é necessário que os serviços se planejem e se organizem para não prejudicarem o andamento do trabalho e nem os usuários.

O trabalho de matriciamento<sup>92</sup> no território é essencial para ofertar um serviço realmente capaz de alcançar esses usuários “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (BRASIL, 2003).

O matriciamento estrutura dois tipos de equipe: a de referência e a de apoio matricial, conforme aponta o Guia prático de matriciamento em saúde mental

[...] as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. E a

---

<sup>92</sup>

Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf). Acesso em: 12 jul. 2019.

equipe de apoio matricial, no caso específico desse guia prático, é a equipe de saúde mental.

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico.

O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades (BRASIL, 2011, p. 14).

Não se pode deixar de investir no matriciamento e sensibilizar os trabalhadores e a rede para essa referência, pois o matriciador participa do Projeto Terapêutico do usuário, na discussão de suas demandas no serviço e no território. O matriciamento será uma retaguarda especializada que serve de suporte institucional.

#### **4.2.3 Rede de Serviços**

Rede é sempre algo que une, que entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula por meio de sua ligação, de seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada na saúde, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. p.199).

A rede é importante na condução dos casos e é preciso haver conhecimento entre seus participantes, bem como de quem são os usuários que passam por ela para atendimento. É um esforço coletivo para dar certo. Isso pode contribuir para o usuário ser visto de forma integral no tratamento e cuidado oferecido a ele. A falta de comunicação entre os equipamentos que a compõem é um problema a ser discutido entre todos os seus componentes, para não penalizar o usuário por essa situação.

Há, ainda, muita expectativa em relação à rede para resolutividade de todos os problemas. Não se pode esquecer que ela é limitada e se completa com a participação de cada um de seus membros. Sua articulação é fundamental, entretanto fazer dela depositária de todas as respostas às demandas do serviço, incorrerá no risco de frustrar as expectativas de todos os envolvidos nessa rede de cuidado.

Segundo a maioria dos entrevistados nesta pesquisa, conforme será citado adiante, as chefias novas que foram contratadas para assumirem cargos de gestão no governo empossado em 2018, chegam aos equipamentos CAPS-AD ou Consultório na

Rua, não conhecem o trabalho realizado pela equipe e tomam posições e atitudes que atrapalham a condução dos casos. Conforme a AS01, não há na rede de serviço equipamento para atender determinadas populações, como idosos. Outro entrevistado, o AS2 de Santo André, coloca que após o matriciamento a rede melhorou a articulação, demonstrando com isso como tem sido de grande valia o matriciamento.

Foram levantadas questões importantes concernentes a problemas na rede. O R01 citou que a rede não teve sensibilidade para acolher um usuário encaminhado pelo Consultório na Rua, pois agendou atendimento para ele às 07h00 da manhã, um horário difícil para quem fez uso de drogas durante a noite e não terá condições de estar de pé a esse horário. Ressalta que muitos usuários demoram para aceitar encaminhamentos para cuidados com a saúde. Segundo R02, às vezes, questões como documentações dificultam o atendimento. Portanto, é fundamental esclarecer a importância de os serviços da rede conhecerem uns aos outros, assim como a população atendida e sua realidade, a fim de evitar situações como essas.

O entrevistado P01, o qual mantinha contatos pessoais com pessoas da rede, para encaminhamentos dos casos que atendia, afirma que a atual gestão do governo de Santo André realizou modificações e implantou outras formas de trabalho com a rede e não deu continuidade. Segundo ele, isso atrapalhou a condução de alguns casos, pois perdeu a vinculação estabelecida anteriormente com seus contatos pessoais. Diz ainda o P01 que a rede “[...] no papel é lindo, na prática tudo é diferente”.

Foi colocada a disputa dentro da equipe quanto a quem atendeu mais no acompanhamento do território e, segundo o entrevistado, isso é um grande problema para o trabalho, além de não fortalecer a equipe.

**P1** A rede acho que só tem nome, pra ser uma rede teria que todo mundo conhecer todos os serviços.

**AS1** A rede fica sempre manca. Isso é frustrante. [...] onde trabalhar? Como trabalhar? Isso é frustrante.

**AS2** Eu acho que hoje a rede ela tá um pouco mais próxima dos serviços, por conta dessas questões de matriciamento e de algumas reuniões que foram feitas em rede né, por conta dessa subdivisão de território a gente acabou conseguindo uma aproximação maior das unidades de saúde, hoje pelo o que a nossa coordenadora relata, tem reuniões mensais com o centro hospitalar que é um dos maiores encaminhadores de pacientes, então a rede ela está se conversando um pouco mais e isso acaba facilitando os encaminhamentos né.

Na fala dos entrevistados com relação à rede de serviço, há críticas concernentes a sua organização e funcionabilidade, chega-se a questionar “que rede é essa?”. Há uma preocupação de como realizar um trabalho nos serviços da RAPS com uma rede deficitária. Mais reuniões e investimento para desenvolver ações coletivas direcionadas aos cuidados dos usuários de drogas.

### 4.3 Gestão

O tema gestão do trabalho no CAPS-AD é de grande relevância, pois demonstra como o serviço está sendo gerenciado, como as relações hierárquicas acontecem, assim como dificuldades e necessidades de melhoria no serviço para atendimento ao usuário de drogas dentro do CAPS-AD.

Sobre a relação com a chefia, em Santo André uma entrevistada revela que não costuma “bater de frente” e a outra que a relação é estável, há divergência profissional, mas tem respeito. Segundo a técnica de Diadema, a chefia é nova e um grande problema observado é que quem chega vem querendo modificar tudo sem avaliar a eficácia, com objetivo de “mostrar trabalho”. De acordo com a entrevistada, ocorreram muitas demissões com a mudança de governo e isso tem impacto no trabalho. Conforme seu relato, a chefia resolve coisas pontuais, não o macro, sendo pouco efetiva. Em Santo André uma das assistentes sociais aborda a dificuldade com a chefia anterior, que não confiava nela e vivia em uma relação conturbada; a outra cita que a chefia atual é nova, tem divergências profissionais, mas há respeito.

Para o redutor de danos, a chefia era intransigente e mudou o trabalho, até então integral, com a participação de todos da equipe, para uma prática cotidiana focada na figura da enfermeira e do médico. Essa não é a estratégia da redução de danos, pois a estratégia de cuidado tem como foco o olhar para o sujeito em todas as suas dimensões e olhar só nessa direção apontada pelo redutor de danos é uma postura de cuidado pautada no modelo biomédico.

De acordo com a entrevistada de Diadema, houve mudança de gestão, mudaram o serviço sem nenhuma avaliação e isso traz para a equipe um desconforto. Para ela, a chefia é aberta e disponível, mas pouco efetiva. O psicólogo de Santo André corrobora a fala da assistente social de Diadema, relata que houve mudança no governo, acabando com tudo que foi feito na gestão anterior. Em sua leitura, a chefia só serve para cuidar

da vida dos outros, tem poder, mas a equipe também tem e a chefia usa o poder político dela quando quer resolver alguma situação de usuários. Acrescenta que a equipe aprende a trabalhar com “as cinzas”, ou seja, juntam o que foi do outro governo com o atual para recomeçar o trabalho.

Observa-se na fala dos entrevistados uma dificuldade com a mudança de gestão, a qual não avalia o trabalho do governo antecessor e pode ser bom para o serviço, para o trabalhador e para usuário. As chefias novas, sem conhecimento da realidade e apesar de disponíveis, não são efetivas. Há ainda a fala sobre divergência técnica, mas ainda com respeito. Isso é fundamental para o andamento do trabalho, pois essa divergência se dá, muitas vezes, pela composição variada de profissionais na área técnica, determinada pelas legislações sobre a equipe do CAPS, com vistas ao atendimento do usuário com maior qualificação. Entretanto, é preciso haver respeito de ambas as partes, a chefia deve ter escuta e disponibilidade para avaliar o serviço e verificar junto com a gestão os projetos e ações benéficas para o CAPS-AD e para os usuários e trabalhadores.

O psicólogo de Santo André diz que a chefia tem poder, mas a equipe também tem. Para ele, apesar da opressão do sistema neoliberal, em cima do trabalhador, em relação às condições de produção, trabalho e vida, há uma resistência que é construída no cotidiano do trabalho, que auxiliando e fortalecendo-o para a luta diária para não ser engolido por esse sistema excludente e desumanizador das relações pessoais e profissionais. A psicóloga de Diadema afirma já ter tido problemas com a chefia, mas agora está com boa parceria.

A relação hierárquica efetiva e respeitosa com a equipe favorece o desenvolvimento do trabalho, assim como o crescimento da equipe e do serviço como um todo “[...] impossível pensar em trabalho sem levar em conta a necessidade de coletividade e diálogo entre pessoas, sejam eles pares profissionais ou de níveis hierárquicos distintos”<sup>93</sup>.

**AS1** Com a atual, [...] não tenho dificuldades. Eu não sou o tipo de pessoa que bate de frente, eu procuro mais tentar conciliar situações [...] A primeira chefia [...] Era uma relação dissimulada. Falava uma coisa, distorcia lá na frente. [...] então a gente aprendeu o seguinte, deixa ela falar, quando ela virar as costas a gente faz do nosso jeito e foi assim que a gente sobreviveu. [...] desconfiança, nós não confiávamos em absolutamente nada em que ela falava ou trazia. pisava em ovos porque a gente estava dentro de um trabalho e não dá

---

<sup>93</sup>Disponível em: <<https://interfacecomunicacao.com.br/como-melhorar-a-comunicacao-entre-gestor-e-funcionaria-rio/>>. Acesso em: 21 jul. 2019.

para você transformar o seu trabalho em um campo de guerra. Então você também tem que ter seus cuidados. Todo mundo disposto a colocar panos quentes [...] gerência, enfim. Dispostos a colocar panos quentes, amenizar[...] tanto que ela foi coordenadora uma segunda vez também. Em frangalhos.

**AS2** [...] uma relação estável, a gente tem uma relação próxima, uma relação de respeito, é, não existe uma amizade externa, mas existe uma consideração da pessoa. É profissionalmente a gente apresenta divergências né, mas nós temos uma relação de respeito mútuo né, ela, entendo que a chefia procura entender aquilo que eu coloco, concordando ou discordando a gente sempre chega em um denominador.

**R1** Eu digo que na gestão passada, nós chamamos as pessoas consideradas grandes pensadores, nós tínhamos na coordenação do consultório de rua uma pessoa que é muito respeitada hoje nacionalmente em relação a Redução de Danos. Em relação a consultório na rua, nós tínhamos na coordenação da Saúde Mental de Santo André pessoas que fizeram parte da história mas que, eu acho que são pessoas que estão cansadas, que não conseguem, mas que não conseguem largar o osso, são pessoas que acreditam que fazem a diferença mas realmente estão paradas um tempo, muito complicado.

**P2** A Hierarquia é boa o seguinte sentido para quem o respondo é o coordenador do equipamento, o resto é particular de pares que acontece dentro da reunião de equipe que todos estão em um mesmo nível, e discutindo os casos, tem discordância, tem divisão, tem concordância. Minha relação com meu chefe é melhor agora do que já foi um dia, mas, eu que tive que correr atrás e hoje é bem legal, me sinto livre hoje com meu chefe.

Em Santo André, com referência as relações hierárquicas nos CAPS-AD e no Consultório na Rua é possível perceber na fala dos entrevistados, que a gestão que tiveram mais problemas foi a de 2013, pois as chefias impunham sua vontade e causavam grande desconforto nos profissionais que trabalhavam nestes serviços. Ressalta um dos entrevistados que as pessoas se apegavam aos cargos como se fossem donas e isso era prejudicial para a organização e desenvolvimento do trabalho. Em Diadema, também há a fala que no início da gestão de 2017 foi mais estressante, entretanto, estão conseguindo realizar as intervenções profissionais e, como disse um entrevistado, está melhor agora, uma vez que foi em buscar de solucionar os conflitos. A melhoria das relações hierárquicas depende do gestor entender seu papel de liderança na equipe sem no entanto, invadir e impor situações ou formas de trabalhar, sem conversar com seu grupo de trabalho. Essa relação também depende da equipe do serviço se abrir para o novo e para quem está chegando, contribuindo com novas ideias.

### 4.3.1 Dificuldades no serviço

É perceptível na fala da AS1 a falta de um olhar mais integrado entre chefia e equipe com referência à estruturação do serviço. A AS3 cita a falta de recursos materiais para andamento do trabalho, como carros e “matéria-prima” para atividades com usuários. O entrevistado P1 relata que a coordenação (anterior) do serviço era um problema; os recursos humanos são incompletos e a disponibilização de profissionais do CAPS-AD para realizarem atividades em outros equipamentos da RAPS, devido à falta de funcionários, obriga os poucos funcionários da instituição a se desdobrarem para dar conta do trabalho. Menciona ainda quanto à contratação de funcionários, no caso oficinairos, os quais são colocados no serviço para trabalharem com usuário sem nenhum treinamento.

De acordo com P1, as legislações são feitas, muitas vezes, por quem não conhece os usuários da RAPS, suas realidades e necessidades e os profissionais que atuam diretamente com os usuários da saúde mental só são acionados pelos serviços para cumprirem o que for estabelecido, sem prévio conhecimento das discussões dos gestores do município e de outras instâncias governamentais.

O P2, de Diadema, cita a estrutura física do serviço como um grande problema. Primeiro por estarem localizados dentro de um antigo hospital da cidade que nada se parece com o CAPS. Relata também a falta de segurança, pois não há grades no hospital e já teve usuário tentando se jogar do prédio. O R1 de Santo André pontua o fato de a redução de danos no Brasil ser diferente de outros países onde há mais respeito com usuários e com a equipe de trabalho como a maior problemática. Menciona que, antes, participavam das reuniões dentro do CAPS-AD e todo projeto terapêutico do usuário da redução não era feito por eles, mas pelo CAPS. Agora conseguiram avançar e já levam para o serviço a proposta do Consultório na Rua. Fala que, em outros locais fora do Brasil, o usuário faz uso protegido de drogas, com supervisão de equipe médica, enfermeiras e aqui no CAPS-AD há dificuldades para fumar cigarro.

Nesse tópico percebem-se problemas relacionados a estrutura física e material, os quais poderiam ser resolvidos pela gestão e não por parte do próprio funcionário, o qual, para solucionar algumas dificuldades, leva seus pertences para suprir a falta de recursos para executar o seu trabalho dentro do serviço público. A gestão pública deveria proporcionar condições de trabalho para os funcionários executarem suas tarefas. Chama atenção outra questão citada pela P2 que diz que estão lotados em um

hospital, sem aparência de CAPS. Há de se pensar o CAPS como um dos serviços da RAPS, portanto, um local diferente de um manicômio ou hospital psiquiátrico, um espaço para atenção a usuário da saúde mental.

Deve-se ter cuidado para que a lógica de serviços asilares não permaneça em um serviço da RAPS. Quando a P2 fala de falta de segurança e da necessidade de grades, ela se refere à proteção de quem não tem como escolher um outro local seguro para cuidar-se. A grade nos hospitais traz à memória a época de tortura e violência sofrida nos serviços asilares “São lugares em que as práticas de opressão e de violação de direitos se naturalizam, como demonstra a história dessas instituições no Brasil (RAICHELIS; VICENTE; ALBUQUERQUE, 2018, p. 225).

Cabe salientar o que verbalizou o P1 quanto à situação vivenciada pela equipe no tange apenas ao cumprimento das legislações (como as estratégias de redução de danos), impostas como formas de trabalhar e não discutidas. A importância dessas legislações, não se discute, mas, como diz o entrevistado citado, é importante o envolvimento da sociedade e principalmente de quem trabalha com os usuários de substâncias psicoativas e conhece a sua realidade, a fim de que elas possam de fato alcançá-los, propondo cuidados capazes de ser concretizados na prática do atendimento na RAPS.

Partindo desse pressuposto, acredita-se que, inclusive a Nota Técnica do Ministério da Saúde sobre as comunidades terapêuticas, sobre abstinência, internação em hospitais psiquiátricos, deveria passar por ampla discussão social, envolvendo os profissionais e as pessoas que estão no dia a dia lidando com essa questão.

**AS1** Porque falta... falta... falta um norte. Falta um olhar mais casado. O que é um olhar mais casado? É pensamentos mais... digo assim... em relação a estrutura de trabalho. Que é uma estrutura que vem pela coordenação, vamos dizer assim. É... eu não sinto um casamento, eu sinto uma convivência amigável.

**AS2** Lidar com sofrimento do outro.

**AS3** [...] própria questão do recurso mesmo né, então assim hoje se eu quiser desenvolver um trabalho aqui dentro, eu trago, eu tenho que trazer o eu próprio, a minha própria matéria prima né vamos dizer assim, eu tenho que trazer os meus instrumentos [...] eu digo de trabalho mesmo, né Então, vou propor uma coisa eu preciso trazer por que a prefeitura por exemplo não vai me fornecer. Então assim [...] embora possa fazer intervenções que não exigem algum recurso, essas podem até ser feitas, mas existem outras também que a gente fica meio limitada.

**P2** A gente tem uma dificuldade de estrutura física, o prédio não é adequado, porque tem a aparência de hospital e não de CAPS. Tem

dificuldades de segurança, não tem grades, já teve paciente querendo pular do prédio. Tem que descer pra fumar porque a gente não priva os pacientes usuários de tabaco, então tem horário e regra, a gente desce com eles bate um papo, toma um sol lá fora.

Neste tópico muitas questões foram colocadas pelos entrevistados, como a falta de estrutura física. Em Santo André, a AS2 citou que evoluiu um prontuário de pé no corredor por não ter sala disponível e suficiente para todos os profissionais técnicos. Prontuário é a vida escrita do usuário, é preciso muito respeito com quem fala da sua dor, suas angústias e necessidades, assim como respeito deve existir com o profissional que exerce suas funções e intervenções. Um lugar apropriado para atender uma pessoa e ofertar-lhe uma escuta cuidadosa e respeitosa é fundamental dentro de uma rede de serviços de saúde mental responsável por cuidar de pessoas com sofrimento mental. É de grande importância a fala da entrevistada de Diadema sobre a semelhança da estrutura física do equipamento da RAPS com ao hospital psiquiátrico, a fim de que nunca esqueçamos que manicômios e instituições asilares nunca mais devem ser locais para os usuários com problemas psiquiátricos ou que fazem uso abusivo ou não de drogas.

#### **4.3.2 O que é preciso melhorar no CAPS-AD e no Consultório na Rua**

A entrevistada AS1 falou sobre a necessidade de haver no serviço um olhar mais coeso em relação ao usuário; a AS2 fala da necessidade de ampliação dos leitos de Hospitalidade Dia e Noite, para melhor atender os usuários, cita também a necessidade de melhorar a estrutura física, pois não tem onde evoluir sobre os usuários, os quais, muitas vezes, ficam no corredor e precisam deixar um dia sem atendimento para poder ter espaço para reunião, para discutirem os casos. Outro ponto citado por essa profissional foi a falta de formação continuada no CAPS. A AS3 menciona também a falta de estrutura para a alimentação mais adequada do usuário, assim como a falta de aparelhos para aferir a pressão dos usuários. O entrevistado P1 verbaliza uma situação preocupante, relacionada aos trabalhos de prevenção, segundo ele, no momento em que consegue chegar no serviço, o usuário está em estado tão vulnerável que termina morrendo. A P2 fala também de problemas com estrutura física. O R1 aponta a necessidade de parceria entre as áreas de saúde, educação, assistência social, pois o usuário de drogas deve ser atendido de maneira ampliada. Fala da situação de mulheres

gravidas, negras, usuárias de drogas que precisam de abrigo e não conseguem encaminhá-las dentro do município. Tais questões vão de encontro aos objetivos da RAPS, conforme a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, art. 4 inciso V “[...] promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária”.

Vários pontos são mencionados pelos entrevistados e são de grande importância com relação a mudanças importantes para que o CAPS-AD possa dar conta da atenção e cuidado que os usuários de álcool e outras drogas necessitam. O primeiro fala da estrutura material e física, com coisas mínimas como aparelho de pressão. O segundo é a prevenção que não está acontecendo em todos os níveis hierárquicos – primário, secundário e terciário – conforme apontado pelo P1, é preciso trabalhar antes do problema ser instalado com maior gravidade.

A dificuldade citada pelo entrevistado R1, sobre a parceria para implementar o cuidado, não pode deixar de ser vista, pois é uma das grandes dificuldades para quem trabalha com redução de danos e população usuária de drogas em situação de rua, principalmente mulheres nessa condição. Primeiro, os serviços muitas vezes preferem julgar essa mulher ao invés de prestar atendimento diferenciado e sem preconceito, como estabelece o SUS, tratar diferente quem é diferente sem estigmatizar. Conforme a Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito de todos, inclusive mulheres nessa situação de vulnerabilidade. Priorizar quem está mais vulnerável!

A AS2 evolui os atendimentos dos usuários em prontuário em pé. O prontuário é algo sigiloso e deveria ser manuseado apenas por quem atende o usuário. Essa situação no CAPS-AD de Santo André, é vexatória para o trabalhador, sem condições de trabalho, e para o usuário que precisa do sigilo de suas questões pessoais. Isso demonstra como o sistema capitalista é excludente e cada vez mais transforma e precariza as condições a que estão submetidos os trabalhadores.

**AS1** olhar mais casado [...] os pensamentos [...] em relação a estrutura de trabalho.

**AS2** Eu acho que hoje nós temos poucos leitos, eu acho que talvez aumentar.[...] De HD e HDM na realidade né, porque hoje a gente estruturou o serviço de uma forma que não tem fila de espera pra HD, [...] só temos 8 leitos, acho que se chegasse aos 10 ou 12. [...]a equipe se ela tem alguma divergência em relação aos casos, a gente não pode dizer que a nossa chefia imediata ela não respeita, ela acolhe né, ela acolhe na medida do possível [...] poderia melhorar num sentido de

uma estruturação mesmo do espaço físico[...] hoje nós não temos uma sala de atendimento, a gente não tem espaço pros técnicos discutirem casos, a gente para o serviço na quarta-feira para que o serviço fique com salas ociosas para que a gente possa fazer a nossa reunião de equipe, mas a gente não tem onde sentar pra ler prontuário, [...] você tem que evoluir prontuário no meio do corredor, [...] é a questão da estrutura física e o processo de formação, eu acho que pra qualquer área o processo de formação contínua ela é super importante né.

**P1** Um pecado[...] que eu conheço do governo até hoje é que o nosso atendimento é terciário eu acho que o que falta é secundário e primário, não existe prevenção a gente via lá quando tá pra morrer[...] então não existe o negócio de prevenção de dependência química e isso seria essencial em qualquer doença [...] no nosso caso não a gente atende quando o cara tá morrendo é só caso grave, é isso que na portaria tá “caso grave”[...] o técnico que atende ou a coordenação é que vai escolher quem é o caso grave, aí ferrou, o caso grave pode ser aquele molequinho de 11 anos que começou fumar maconha hoje. Prevenção nunca teve[...].

O entrevistado P1 apontou como dificuldade a necessidade de discutir e implantar um trabalho preventivo relacionado as drogas na rede, o qual pode ocorrer em vários locais como escolas, serviços de saúde, comunidade, dentre outros. A AS01 e AS3 mencionaram falta de recursos para oficinas e trabalhos cotidianos com os usuários, tanto no CAPS–AD quanto para a realização do trabalho na rua, com Consultório na Rua.

#### **4.3.3 Formas de controle e avaliação de desempenho dos funcionários**

A AS2 mencionou que houve um processo de formação quando começou a trabalhar no CAPS-AD, o qual foi realizado por meio da coordenação da saúde mental há mais de 06 anos. Participou também de supervisão institucional. A referida entrevistada ressaltou a importância de atualização dos funcionários no que se refere ao que há de atual concernente a RAPS. O P1 disse que já ocorreu capacitação, mas não se recorda quando foi. Fala ainda, que um dos grandes problemas das formações continuadas e supervisões institucionais, é que são coordenadas por quem possui um cargo político e não se identifica com as necessidades da equipe. O R1 e R2 dizem que já ter acontecido há algum tempo.

Formas de controle e avaliação de desempenho muitas vezes incomodam ou deixam desconfortáveis alguns trabalhadores, por receio de julgamento do seu trabalho. Mas, elas não devem ser vistas dessa forma, pois possibilita retorno do trabalho

desenvolvido pelos profissionais da RAPS. Como resultado, traz a possibilidade do profissional ir em busca de novas formas de atenção e cuidados mais eficazes aos usuários de saúde mental após ser avaliado. Duas entrevistadas afirmaram acharem interessantes esses retornos por parte da chefia, pois é uma nova forma de trabalhar.

No Consultório de Rua conforme fala o R1 ocorre avaliação do trabalho, ela é dinâmica e faz com que o profissional se coloque no lugar de quem está em constante movimento vivenciando a situação de rua, os usuários de álcool e outras drogas. Apesar de ser nova, essa forma de avaliação conforme o R1 é interessante e poderia ser expandida para outros serviços da rede para facilitar a percepção da singularidade de cada sujeito que atendem, tendo os funcionários a oportunidade de colocar-se no lugar do outro

**AS1** Acho que o único controle é a folha de ponto. Se você veio trabalhar, se você não veio, se você tem um atestado médico... de desempenho, eu particularmente... se tem, eu nem percebo.

**AS2** Eu acho que não existe, nunca vi uma análise assim, nunca teve uma... não é mensurado isso, não sei se a coordenação faz isso ou é desconhecimento nosso. Eu acho que um feedback da coordenação para os funcionários, talvez isso de uma forma mais individual, eu acho que isso seria interessante, porque é aquilo que a gente tá falando as vezes a gente tende a fazer aquilo que a gente acha que seja mais adequado e nem sempre aquilo que é o mais adequado é importante pra instituição.

**AS3** Não.

**R1** Nessa, nesse momento nós temos. A gente denomina de vivência, então [...] a gente reproduz teatralmente mesmo, algumas situações que acontecem na rua, com a chefia, as vezes outras pessoas, de outros serviços, outros profissionais, pra depois a gente discutir como foi a atuação de cada um, como poderia ser melhorada, se houve falha, eu acho que está sendo muito bacana para o crescimento da equipe, e eu acho, eu acho não, tenho certeza que isso serve, como eu posso dizer, abranda, todo o desgaste causado por esse trabalho. [...] isso começou a pouco tempo.

Em Diadema a AS3 relatou que não ter capacitação e que ela ocorre quando algum problema acontece processo de formação continuada. A P2 informa não haver, mas acha importante que ocorra. Refere que cada técnico que vai atrás da formação que ache importante realizar.

Cabe salientar a necessidade de formação continuada para a equipe da RAPS e isso precisa ser garantido pelas prefeituras de Santo André e Diadema. A PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, que preconiza no art. 4 quanto aos

objetivos da RAPS no Inciso V: promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

**A2** Não, a capacitação que nós tivemos foi depois de 1 ano que eu estava no CAPS. É, então foi uma formação feita pela própria coordenação da saúde mental, [...] foi uma capacitação por eles e eles explicaram o que era a saúde mental, os primórdios aí da saúde mental e depois nós tivemos as RAPS que foram os encontros de rede onde se discutia mais os encaminhamentos e como funcionava as redes de serviço de Santo André e há 2 anos a gente estava sem um supervisor na unidade. Eu acho que a formação continuada ela é superimportante. [...] eu avalio que há a necessidade de a gente ter um processo de formação continuada.

**A3** Eu acho que não tem [...] é o que eu te falei, é bem ausente sabe, e eu acho que essas coisas só aparecem quando acontece alguma coisa, [...] se alguma coisa der errado, aí vai aparecer, daí, “ah porque que você não fez”. Não existe uma, uma, uma gestão uma gerência de perto, do dia-a-dia ali acompanhando.

**R1** Nós estamos tentando agora ter uma formação continuada, mas, no momento não tem, ainda não foi implantada. Já tivemos, por um período quando era Redução de Danos, nós tirávamos 1 dia da semana para formação.

Observa-se na fala dos entrevistados a importância da capacitação para que possa contribuir com instrumentos e ferramentas, visando subsidiar a intervenção dos profissionais. Há a necessidade de os municípios em tela investirem em formação continuada direcionada as equipes que trabalham com populações em situação de rua, uso de drogas e em situação de vulneráveis.

Portanto, a avaliação do trabalho realizado pelos profissionais, com vista ao feedback e melhoria do serviço realizado, não existe nas prefeituras de Santo André e Diadema, há apenas o R1 afirmou que estão ensaiando este tipo de retorno ao trabalhador do Consultório na Rua. A AS02 refere que gostaria de ter retorno do seu trabalho por parte da chefia.

Não há nas duas prefeituras, plano de cargos e salários e de acordo com os entrevistados, principalmente os estatutários, seria de grande importância para o trabalhador.

#### **4.4 Trabalho do assistente Social e de outros profissionais**

Com referência ao planejamento e execução do trabalho como assistente social, as entrevistadas relataram: a AS1 cita que para organizar seu trabalho com usuários,

gosta de pensar no perfil do usuário e da família, trabalha nos grupos com textos, refletindo sobre todas as posições e ações das pessoas; para a AS2, já existe uma dinâmica preestabelecida no serviço e se encaixa; a AS3 fala que não existia trabalho organizado do serviço social, hoje ele acontece, a partir da sua chegada.

Percebe-se que todos os entrevistados são envolvidos no desenvolver das suas intervenções junto aos usuários, seja dentro do CAPS-AD ou nas ruas, através do Consultório na rua. No CAPS-AD há atendimento individual quando é necessário, mas observa-se mais realizações de grupos e oficinas variadas com o objetivo de ser um instrumento de informação, reflexão, fortalecimento e reabilitação para pensar na vida, no uso e em um projeto de vida. Sempre há alguém para acolher e conversar com os usuários.

Os Consultórios na Rua, dos municípios em tela, utilizam abordagem de aproximação em territórios onde as pessoas transitam ou permanecem em uso de drogas. A equipe, conforme fala R1, vai até os usuários, acolhe, procura verificar as suas necessidades, propiciar escuta para suas demandas e encaminhar o que for trazido aos profissionais atuando na rua. Utiliza meios de vinculação como atividades de pintura, através das quais consegue transmitir informações sobre cuidados de saúde, empoderamento pessoal e autonomia, a fim de que os usuários possam pensar em sua vida e nas maneiras como a estratégia de redução de danos pode auxiliá-los.

**AS1** [...] trabalhei [...] no grupo de História. Quando eu comecei a oficina de espiritualidade. Quando eu comecei a oficina de literatura.

**AS3** [...] não existia o trabalho de assistente social, [...] eu cheguei num cenário bem difícil, porque eu também nunca tinha atuado na área, [...] eu não tive ninguém pra me passar nada, eu fui meio que pegando no dia a dia, indo atrás, correndo atrás mesmo de colegas e dessa forma tentando contribuir aqui pro serviço. [...] a primeira dificuldade.

**P1** Primeiro contato deles é no plantão, com plantonista, ele passa na recepção vai pro plantonista e o plantonista monta um primeiro projeto pra ele e esse primeiro projeto pode ser de diversas formas, de repente HDM, de repente só grupo, médico né, que a gente marca, é isso. Já é direto, os grupos terapêuticos são essencial no caso. Não, não tem agenda, é pouco psicólogo e muito trabalho. Tem grupo trabalha um psicólogo e coterapeuta pode ser assistente social, enfermeiro, pode ser T.O.

**R1** São várias [...] a gente faz algumas vezes, intervenção que é mais voltada pra área da saúde, e aí tudo depende também do local que você vai, [...] que a gente atende, a gente chama [...] teve um momento que nós tínhamos 6 gestantes nesse local, então a gente percebeu que nesse local seria importante a gente dar uma aula de educação sexual, de prevenção, uso de preservativo, uso de métodos contraceptivos, do

empoderamento da mulher se ela quer ou não engravidar, do empoderamento da mulher se ela quer ou não ficar com esse filho, o que ela precisa fazer pra poder exercer o direito de amamentar, o que nós podemos fazer para ajudar[...]

Este item importante, relacionado ao trabalho realizado, demonstra que os usuários de drogas são acolhidos desde a sua chegada ao CAPS-AD. Neste espaço há diversas atividades como grupos, oficinas e atendimento individual, para inserção dos usuários após passarem no plantão, momento em que é conhecida sua história demandas e realizado encaminhamentos para cada caso. Entretanto, a maior dificuldade parece ser do Consultório na Rua, o qual se depara com demandas difíceis e graves em alguns momentos, que necessitam ser encaminhadas com rapidez e dependem de uma rede articulada e preparada para receber quem dela está necessitando, como o caso de uma gestante em situação de grande vulnerabilidade de acordo com a fala do R1.

#### **4.4.1 Neoliberalismo e as consequências no trabalho**

Questionaram-se os entrevistados sobre entendimento do que é trabalho. Para as assistentes sociais o trabalho tem significados diferenciados. A AS1 percebe-o como uma soma de ação daquilo que acredita como profissional e como ser humano; para a AS2 é uma ação que seja importante e significado para o outro e para a AS3 é a força que é empreendida para obtenção do seu sustento, assim como a venda da sua mão de obra, como moeda de troca.

Em todas as respostas há um gasto de energia para transformação e produção de alguma matéria, portanto, a força utilizada para sua subsistência ou atender a necessidade do outro. O trabalho é a interação entre o homem e a natureza, sendo que no momento que ele modifica a matéria, está modificando-se também. Outro ponto citado foi o trabalho como venda da força de trabalho. O sistema neoliberal estabelece com o trabalhador, uma relação de produção de bens e serviço, venda e troca da sua força de trabalho. Como diz a AS2 o trabalho é a soma de muitas coisas e o homem neste sistema capitalista passa a ser um destas coisas somadas, uma peça na engrenagem da produção capitalista excludente. Para P1, trabalho é extensão da casa dele e não o considera como obrigação. Percebe-se neste caso, que o trabalhador não consegue entender o trabalho como algo além da vida dele, assim como não percebe que está produzindo algo, que ele empreende esforços desde o momento que acorda e está no

serviço executando uma tarefa. Não se enxerga enquanto trabalhador produzindo e sendo explorado por este sistema.

A entrevistada P2 entende trabalho como algo que dá prazer, paixão e realização como pessoa. Salienta-se que está visão ilusória que trabalho é algo nesta direção, tira do trabalhador a percepção que ele produz para o capitalismo e não desfruta das riquezas socialmente produzidas e que ele enquanto trabalhador serve ao sistema para produzir, mas não para desfrutar dos bens e serviço. Os entrevistados P1 e P2 não reconhecem em suas falas as consequências do trabalho, como a precarização da relação e da condição trabalhista. Ao contrário da fala do P2, o R1, ressalta não conseguir entender como o trabalho dignifica o homem, se este trabalhador passa horas em pé, sem poder sair para beber água, ganhando salário mínimo, em péssimas condições para realizar suas funções. O trabalhador precisa conseguir perceber o seu trabalho como moeda de troca e da forma com ele se expressa explorando-o

**AS1**[...] trabalho é uma soma de uma ação, na qual você acredita como profissional. Mas, sobretudo, como pessoa humana. Porque, quando o profissional se frustra, o que vai te levantar é o que você acredita enquanto ser humano. Então trabalho é essa soma, eu não nasci assistente social. Eu nasci [...].

**AS3** O trabalho [...] é a força que a gente né, desprende aqui dali, pra ter próprio ganho da vida né, e essa interação mesmo da sua mão de obra, da venda da sua mão de obra né, como moeda de troca. [...] trabalho basicamente pra mim é isso né, e dentro disso você pode ter algumas coisas que de alguma forma você também se beneficia né, em relação ao seu próprio desenvolvimento mesmo, e outras que é simplesmente a venda de sua mão de obra.

**P2** Eu defino como realização, como pessoa, como dinheiro, como paixão absoluta, tesão, trabalho para mim é isso, mas precisa ser dosada, você pode ver a gente tem poucos cuidados em relação a isso.

**R2** E aquilo que transforma se a gente pensar [...] no trabalho de redução de danos. Ele é um trabalho que transforma a realidade dos usuários do trabalhador[...].

Com relação ao trabalho na atualidade o que se observa a partir do mencionado pelos entrevistados é a percepção acerca da forma como o sistema capitalista usa as pessoas para produzir, como o homem é explorado e de como o empregador recebe os lucros. Quando a AS1 diz que “[...] pessoas desorientadas é igual à mundo desorientado [...]”, mostra como o homem está vivendo, no mundo globalizado, sem perceber que está caminhando de esquecendo-se de quem é, assim como da sua história e dos seus direitos como cidadão. Fala de como parece normal “[...] uma vaga para 50 pessoas [...]” “e como há uma submissão por parte da maioria dos trabalhadores as condições de

empregabilidade, a fim de que consiga engajar-se no mercado de trabalho, pois precisa sobreviver.

Do ponto de vista de seu impacto nas relações de trabalho, a flexibilização se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural (ANTUNES; PRAN, 2015, p. 212).

Segundo a AS2, o trabalho está mecanicista, apenas se vai produzindo na lógica da produção em série como preconizava fordismo/taylorismo.

Outro ponto essencial do toyotismo é que, para a efetiva flexibilização do aparato produtivo, é também imprescindível a flexibilização dos trabalhadores. Direitos flexíveis, de modo a dispor desta força de trabalho em função direta das necessidades do mercado consumidor. O toyotismo estrutura-se a partir de um número mínimo de trabalhadores, ampliando-os, através de horas extras, trabalhadores temporários ou subcontratação, dependendo das condições de mercado (ANTUNES, 1995, p. 28).

Para a AS2, na atualidade está ocorrendo um desmonte na questão do trabalho e todos estão sendo afetados e com as demissões que ocorreram em Santo André com a mudança de gestão em 2017, isso provoca receios para quem trabalha no regime celetista (CLT). A AS3 verbaliza acerca das condições de precarização do trabalho, que atingem a vida do trabalhador, que cada vez mais tem sido explorado e o Estado assume a posição de propiciar o mínimo possível, ou seja, responsabilizar-se cada vez menos pelas demandas e necessidades da população. Para R1, [...] voltamos aos tempos de escravidão. Um retrocesso em termos de direitos garantidos com muita luta pelos trabalhadores. Este entrevistado diz que funcionários de Santo André foram demitidos e ainda não receberam os seus direitos e a AS2 diz que, se for mandada embora, será desgastante, pois ocorreram muitas demissões no CAPS-AD e ela encontra-se preocupada, pois da forma como mercado encontra-se, será difícil integrar-se com facilidade. O R1 questiona, ainda, como pode trabalhar direito se um colega foi mandado embora e está com dificuldades para manter-se? Poderia estar no lugar dele desempregado. Para P1 trabalho é necessidade básica e o salário mínimo não supre as necessidades mínimas dos trabalhadores. A entrevistada P2 relata que, ao longo dos tempos, o trabalho perdeu muitas coisas e o trabalhador vem sofrendo com isso.

Portanto, as falas dos entrevistados vão ao encontro do que aponta Antunes e Praun (2015, p. 412):

Em sua lógica destrutiva, o capital não reconhece nenhuma barreira para a precarização do trabalho. A exploração sem limites da força de trabalho é em si expressão das contradições estruturais de dada forma de sociabilidade que, ao mesmo tempo em que não pode prescindir do trabalho vivo para sua reprodução, necessita explorá-lo ao extremo, impondo-lhe o sentido mais profundo de sua mercantilização: a abreviação de seu tempo de uso como resultado do aprofundamento, pelo adoecimento, de sua característica de mercadoria de alta descartabilidade. As mudanças ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas resultaram na constituição de um exército de trabalhadores mutilados, lesionados, adoecidos física e mentalmente, muitos deles incapacitados de forma definitiva para o trabalho.

**AS1** Pessoas desorientadas igual a mundo desorientado. Aí facilita para o empregador. Sabe que tem 50 para a tua vaga. Aí você vai trabalhar nas mínimas condições, porque, se você for embora, eu tenho mais 50 para entrevistar. [...] E eu acho que hoje a gente está vivendo muito um tempo do imediatismo e do individualismo. É... as coisas precisam ser feitas rápido, porque as pessoas estão esquecendo do seu tempo interno.

**AS2** ah, muito mecanicista né, eu acho que hoje a gente não passa de um número pro serviço, para as empresas contratantes. Eu acho que a relação de trabalho hoje [...] você é um número.

**AS3** [...] qual que é a ideia no neoliberalismo é você tirar do Estado né, condições mínimas de vida, deixando aí pro privado tomar conta e aí o que isso acontece?! Paga-se, quem tem, quem não tem não paga, e quem não tem vai ter uma coisa cada vez mais precária.

**P1** Olha trabalhar hoje tá, como eu posso dizer, virou uma necessidade básica que não teria que ser, principalmente no que tem a ver com salário, quando você fala em trabalho você pensa em um meio de você ganhar a vida, certo? O salário mínimo pela constituição teria que suprir 10 coisas, né ,que é escola saúde, segurança e não cobre nem essa três né, moradia ,um salário mínimo hoje não paga nem um aluguel, nós temos grandes trabalhadores aqui que não consegue pagar um aluguel que o salário não deixa, então a gente pensa muito em ligar o trabalho com o salário em si e o que você tem com isso[...] O próprio trabalhador da saúde não tem direito a saúde, por exemplo, eu não tenho convenio ,tenho que pagar o meu, trabalho na saúde há quanto tempo, entendeu?

**R2** Acho que hoje a gente tem emprego a gente briga pra garantir o nosso emprego acho que por conta das condições que estão cada vez piores esta mecânico eu sou uma assistente social formada na era do luma ontem eu estava chorando por questão que eu me deparei hoje a gente está a gente não tem recurso hoje a gente não tem rede não tem programa está difícil trabalhar a demanda aumentando o nível da vulnerabilidade aumentado o comprometimento da população está aumentando e agente está voltando pro uma coisa que a gente estava lá na faculdade estava muito em alta neoliberalismo

Com relação ao trabalho realizado pelo assistente social e pela equipe de trabalho, percebe-se um descontentamento por parte de todos com relação ao futuro de cada um e do país, no que se refere às consequências do sistema neoliberal e seu alcance na classe trabalhadora, a qual não está conseguindo inserir-se no mercado de trabalho. O medo de profissionais celetistas nos dois municípios, com a mudança da gestão a cada ano de eleição, é grande, pois, como foi mencionado, há um desmonte dos serviços e demissões com a mudança de gestões e isso reflete o que tem acontecido no país.

A pressão pela capacidade imediata de resposta dos trabalhadores às demandas do mercado, cujas atividades passaram a ser ainda mais controladas e calculadas em frações de segundos, assim como a obsessão dos gestores do capital em eliminar completamente os tempos mortos dos processos de trabalho, tem convertido, paulatinamente, o ambiente de trabalho em espaço de adoecimento (ANTUNES; PRAN, 2015, p. 414).

Os autores sinalizam as consequências das condições do trabalho precarizado na vida do trabalhador, o qual tem seus direitos violados a todo momento e com exigências cada vez maiores por parte do empregador. O adoecimento é um reflexo dessas situações de vulnerabilização dos empregados.

A partir do que foi verbalizado pelos entrevistados, é possível perceber o quão adoecidos se encontravam os trabalhadores. A AS3 diz que o adoecimento é em virtude do trabalho, o corpo adoece física e mentalmente, perde a motivação. Afirma ter sofrido muito com a mudança da gestão e se cuidou fazendo terapia. A AS1 fala dos embates com a coordenação do CAPS-AD e do sofrimento da equipe com situações, nas quais, conforme já foi dita anteriormente, muita coisa “descia goela abaixo” e “pisavam em ovos”. Essa assistente social cita um sofrimento ainda quando houve uma apropriação indevida do seu projeto de trabalho e de uma colega. Cita a angústia de perceber que colegas chegavam desanimados e com depressão ao trabalho. Ela procurou se cuidar e se proteger, participou do grupo cuidando do cuidador e outras coisas extratrabalho como forma de proteção, além de contar com apoio familiar.

A P2 relatou problemas da equipe com a nova gestão e tanto ela quanto os colegas adoeceram. Ela ressalta a importância de se cuidar. Fez terapia e usou medicação controlada, além de afastar-se do trabalho.

A AS2 adoeceu por conta das questões cotidianas do trabalho, como ver o usuário bem e depois se desorganizar e ter uma recaída. Questiona-se sobre o que fez de errado e se poderia ter feito algo mais, afirma que o trabalho no CAPS é desgastante.

O entrevistado P1 disse que ao perceber o adoecimento na equipe, já estava se cuidando, conta que um colega bom profissional adoeceu muito no serviço precisando de tratamento psiquiátrico. O R1 mencionou adoecimento por causa das relações com a chefia, discriminação e favorecimento de forma injusta de funcionários com cargo político. Se cuidou fazendo terapia.

**AS3** Eu acho que adoecimento, é quando você começa a entrar em algum tipo de sofrimento, e isso em virtude do seu trabalho, então acho que, que qualquer coisa tanto física, por que assim eu acredito em somatização também né, que existem pessoas que acabam adoecendo fisicamente né, mas por conta do psicológico né, então assim, eu acho que você acaba diminuindo a sua imunidade, você acaba, teu corpo mesmo né, o próprio stress gera né, adrenalina, essas coisas que desestabilizam mesmo seu organismo né, então pra mim o adoecimento é o momento em que você, você começa mesmo a ter problemas de saúde mesmo, por conta mesmo de um certo stress que você vive no seu dia- a- dia.

**AS1:** [...] os técnicos que estavam no embate direto com a coordenação, né? Eu tinha que aprender a lidar com vários perfis ao mesmo tempo dentro de uma mesma atividade e isso que é desgastante, né? Com pessoas que você via que não tinha perfil nenhuma pra estar naquela oficina, mas assim: “Ela vai ficar sim” que aquilo que a gente falou de algumas situações impostas, a equipe sofria muito mais. Sofria junto com a equipe. Olha, acho que meu sofrimento mental maior foi na época de uma coordenação que roubou meu projeto e da outra assistente social, entendeu?

**AS2** eu acho que o ambiente de saúde mental é um ambiente adoecedor. Porque eu acho que a gente lida com sensações muito... Muito até inesperadas, uma hora você vê uma pessoa bem, outra hora você vê a pessoa completamente desequilibrada [...] você vê uma pessoa caminhando também, dentro de um processo de organização, de planejamento de vida, e as vezes do nada essa pessoa tem uma recaída repentina e coloca todo o processo em por agua abaixo, não de trabalho meu, mas um projeto de vida dela. [...] você se questiona se você errou, se você não podia ter feito [...] Por que você também não conseguiu enxergar isso com a pessoa antes desse processo de recaída acontecer, então eu acho que existe uma cobrança interna da gente desse processo de atendimento, então eu acho que nesse sentido ele é meio adoecedor, porque é um espaço que te cutuca sabe? Se você não poderia ter feito mais, se você não poderia ter reagido de uma outra forma, feito a orientação de uma outra forma, então acho que por isso acaba se tornando adoecedor.

**P2** o adoecimento mental dentro de uma equipe de CAPS [...] a gente adocece[...] Aí na mudança de gestão trocou a chefia entrou uma pessoa mas parada, que pouco falava e era muito reservada, como era brincalhona que falava muito, tomei um susto e foi aí que começou

tudo, quanto à adaptação de condições de trabalho e desenvolvimento da equipe, é tipo mudar do quente para o morno ou frio. Aí eu comecei a ficar doente por isso, chegou a ponto que eu estava nas reuniões, eu fiquei muito irritada e às vezes com colocações agressivas, inclusive muito irritado em casa, aí o buscar ajuda de um psiquiatra estou tomando meus remédios contente, e Alegre, inclusive as medicações que eu faço para meus pacientes eu faço uso. Quando a equipe ela também sofreu muito mentalmente acredito que foi devido a mudança da gestão. Então a gente que precisa cuidar da nossa saúde e a partir do momento que fiz, que descobri o nível de irritabilidade maior do que poderia manifestar e imediatamente me consultar com psiquiatra entrei no antidepressivo me afastaram uma semana para introdução da medicação, eu quase fiquei louca porque uma psicóloga que cuidados outros constar que está com depressão eu estou me tratando e faço terapia. Então a gente tem que cuidar da nossa saúde, caso contrário ficamos doente, além do que você tem suas próprias questões, trabalho e realizações.

**RI**Eu já tive mas não por conta do trabalho, hoje eu consigo avaliar, eu iniciei terapia por conta disso e, ai junto com o terapeuta, mesmo sozinho eu percebi que não era o trabalho em si embora a gente sabe que é um trabalho que não seja tão fácil mas, era por conta mesmo da chefia, por conta de uma discriminação, de um desrespeito, por favorecimento de algumas pessoas da equipe, favorecimento de pessoas que eram cargo de confiança de político, que não vinham trabalhar, faziam funcionário fantasma, e isso acabou realmente me causando um transtorno, um adoecimento sim.

Observa-se, em relação ao trabalho dos assistentes sociais no espaço socio-ocupacional do CAPS-AD, que se inserem na dinâmica do serviço e realizam tarefas comuns aos outros profissionais, como a realização de plantão, participação em grupo, matriciamento etc. no entanto, realizam trabalhos individuais com usuários, como oficinas e atendimento individualizado, quando precisam. Os assistentes sociais, assim como os outros profissionais, passam por dificuldades relacionadas à pressão com mudança de governo e com gestores.

Esses profissionais adoecem juntamente com outros trabalhadores, ora por achar o trabalho difícil, no que se refere a lidar com as dificuldades vividas pelos usuários de álcool e outras drogas, ora pela apropriação indevida, por parte da chefia, de projetos que criaram. A mudança de gestão, com eliminação de trabalhos realizados pela gestão antecessora, causa um desconforto e aborrecimento por parte da equipe, pois não há, na maioria das vezes, avaliação a fim de verificar o que não está funcionando.

As questões relacionadas às demissões, com a chegada dos novos governos, também são um fator preocupante e estressante.

A dificuldade em lidar com algumas chefias que impõem algumas formas de trabalhar, como no caso das estratégias de redução de danos, cria resistência em alguns

profissionais. Por outro lado, as estratégias de redução de danos são aceitas e convivem no CAPAS-AD como no CAPS Rua.

Um ponto citado e de grande importância foi a falta de articulação da rede, atrapalhando o desenvolvimento dos casos. Já o matriciamento, foi avaliado como positivo, exceto quando causa disputa entre equipes ou é interrompido.

As assistentes sociais entrevistadas têm consciência do que é o trabalho na atualidade dentro de um sistema capitalista e se colocam como trabalhadoras alvos desse sistema excludente e que fragiliza as relações de produção e de trabalho.

Os entrevistados sentem a necessidade de formação continuada a fim de atualizarem-se e terem novos instrumentos técnicos para desenvolvimento do trabalho. Alguns acham importante um feedback da chefia em relação ao trabalho que realiza.

As condições de atendimento chamam atenção, pois há profissionais que evoluem os atendimentos nos prontuários dos usuários em pé, comprometendo o sigilo profissional, além de falta de respeito com o trabalhador. A melhoria no espaço físico foi mencionada.

O Trabalho faz parte da vida do homem e, conforme foi visto nesta pesquisa e mencionado pelo R1, pode dignificar o homem se as condições em que se realiza não são precarizadas. As consequências do sistema neoliberal no trabalho precarizado, com flexibilização dos direitos dos trabalhadores, é o adoecimento, como foi citado por todos os entrevistados, os quais ou adoeceram ou viram colegas de equipe nessa condição de adoecimento. As relações hierárquicas conflituosas e, muitas vezes, desrespeitosas também contribuem para que os trabalhadores se sintam doentes, assim como foi verbalizado pelos entrevistados do serviço sobre a mudança de gestão, a qual traz consigo transformações no cotidiano do trabalho e demissão de funcionários, além de fazer com que as equipes, tanto de Santo André quanto Diadema, tenham receio, preocupação e fiquem estressadas com o que surge no cotidiano do trabalho. Não é só o receio pelo novo, mas principalmente quando ele vem de forma que não conseguem diferir por não serem consultados ou tenham tido a possibilidade de discutir tais transformações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desta tese de doutorado buscou conhecer o trabalho desenvolvido por assistente sociais e demais profissionais no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Realizou-se pesquisa de campo semiestruturada com 07 profissionais das cidades de Santo André e Diadema, convidados a participarem voluntariamente.

O Capítulo 1 teve como cerne a ofensiva do sistema neoliberal sobre o trabalhador. Como têm se configurado as questões do trabalho num contexto de precarização, flexibilização e desejo de lucro das empresas. Trata ainda de como esse sistema, cada vez mais excludente, afasta o trabalhador dos seus direitos, colocando-o em condição de vulnerabilidade e de exploração. Nesse contexto, o trabalhador não se reconhece em seu trabalho, naquilo que produz através dos seus esforços, no fruto do trabalho.

Com a flexibilização das relações de trabalho, a redução dos custos para empresas quanto a contratação dos empregados objetivando mais lucros, a alta taxa de desemprego, são alguns dos fatores que concorrem para satisfazer os desejos de uma classe dominante amparada pelo sistema capitalista. Portanto, para entender o trabalho no CAPS-AD, é preciso compreender as consequências do neoliberalismo e do trabalho na atualidade.

O Capítulo 2 versou sobre a importância da Reforma Psiquiátrica, sua origem e conformação no Brasil e no mundo. Fala sobre a importância, para os brasileiros, da luta por uma sociedade sem manicômios, de como foram realizados avanços com políticas voltadas para a saúde mental, a criação da RAPS e as legislações sobre usuários de álcool e drogas. Falou-se de como a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde tiveram papel fundamentais no fortalecimento da Reforma Psiquiátrica. Foram citados, ainda, os retrocessos no governo de Jair Bolsonaro, no que tange ao fortalecimento da abstinência no tratamento do usuário de drogas, fragilizando a redução de danos.

No Capítulo 3 foi apresentada a estrutura das cidades de Santo André e Diadema, com relação a suas características físicas e demográficas, organização da saúde e da Rede de Atenção Psicossocial, além das políticas municipais existentes relacionadas à saúde mental; como está organizado CAPS-AD e o Consultório na Rua, as dificuldades da rede e ação do matriciamento nas cidades. Observou-se que as RAPS estão organizadas e, mesmo assim, não pode deixar de haver investimento nos serviços

de saúde mental, bem como continuar a luta por meio dos usuários, dos familiares e da sociedade civil, quanto não existência de manicômios no país.

No Capítulo 4 foi discutido o papel do assistente social e demais profissionais na RAPS e de como desenvolvem trabalho junto aos usuários de substâncias psicoativas. Foram incluídos os achados da pesquisa e feito um paralelo com as temáticas encontradas, tais como: gestão, trabalho, precarização, neoliberalismo, adoecimento, dificuldades no serviço com relação à estrutura física e material, importância da RAPS.

Em relação aos achados deste estudo foi possível verificar que o trabalho no CAPS-AD de Santo André e Diadema é organizado e tem uma estrutura preestabelecida, na qual cada profissional, de acordo com sua área de atuação, vai se integrando. O plantão, porta aberta, de acordo com os entrevistados, é o primeiro contato dos usuários de substância psicoativa e em seguida é montado um Projeto Terapêutico Individual (PTI) para cada um e passarão a ser acompanhados pelos profissionais em atendimentos individuais e em grupo. São encaminhados para a rede de serviços socioassistenciais para continuidade dos cuidados que necessitem.

No Consultório na Rua percebe-se que a dinâmica é outra, pois a equipe profissional vai ao encontro dos usuários e suas demandas decorrentes do uso de drogas. Há diferença entre esses serviços. Em Santo André, o atendimento é em outro espaço e há algumas dificuldades em relação ao trabalho em parceria com o CAPS-AD. Por exemplo, segundo um dos entrevistados só agora a equipe conseguiu fazer o PTI dos usuários que atendem e encaminhar junto com o usuário quando ele é direcionado ao CAPS, anteriormente isso era feito pelo CAPS-AD.

Esse é um grande avanço, pois se observa a fala de alguns entrevistados que trabalham nesse serviço, apontando que não conhecem o trabalho realizado pelo Consultório na Rua. Nota-se uma certa dificuldade em Santo André em aceitar as estratégias de redução de danos utilizadas pelo Consultório na Rua. Em parte, pela questão ideológica, pois o CAPS-AD aceita e trabalha com a abstinência para tratamento de usuários de drogas. Cabe mencionar que outro ponto que colaborou para essa posição dos entrevistados, foi a imposição da redução de danos, por parte das chefias que participavam da coordenação da saúde mental, desde a implantação do CAPS-AD em 2002. Estas situações parecem ter contribuído para esse desconforto em relação entre as equipes dos dois serviços. Mas, há respeito entre as equipes, cada uma desenvolvendo as suas funções e atribuições junto aos usuários de drogas. Em Diadema, o Consultório na Rua é chamado CAPS na Rua e estão no mesmo espaço. Entre estas

equipes transparece mais cumplicidade e parceria no trabalho. Atendem juntos e organizam o trabalho com usuário coletivamente. Trabalho mais organizado e fluido.

Cabe fazer referência que na pesquisa foi observado que o plantão no CAPS AD tem uma estrutura onde as pessoas se encaixam e o papel de cada um é o mesmo. Não há diferenciação quanto o papel técnico profissional de cada um neste momento. Todos fazem tudo de maneira genérica. E isso acontece também nos grupos momento em que são trabalhados temas e demandas que aparecem. Se tomarmos, por exemplo, qual a estrutura do serviço social, entende-se que há o desenvolvimento do trabalho do assistente social, entretanto, fica claro que também precisam realizar outras funções que são mais genéricas como no plantão. Pensar quais as funções e atribuições, o papel de uma assistente social conforme aponta o código de ética da profissão é fundamental. É de suma importância para entender qual a posição deste profissional dentro de um serviço de base comunitária como CAPS-AD, uma vez que no plantão, onde se resolvem muitas questões. Ressalta-se que é atuar com foco no sujeito, na proposta da saúde mental e conforme é preconizado pelo nosso código de ética do serviço social. Isso se refere aos dois municípios, uma vez que as profissionais deveriam atuar especificamente nas questões sociais relacionadas aos usuários de álcool e outras drogas.

Salienta-se ainda, que fica perdido o papel do assistente social quando é realizado grupo de espiritualidade. Entende-se que muitas vezes as limitações impostas pelo serviço, chefia e pela política, muitas vezes impedem a atuação profissional conforme relatado pelos entrevistados. Entretanto, não é possível pensar no trabalho desenvolvido pelo assistente social dentro do CAPS AD, sem refletir de forma esse trabalho se encaixa frente ao PEP-Projeto Ético Político do serviço social. Percebe-se que no CAPS-AD de Santo André este grupo de espiritualidade, funciona como escape da profissional diante das dificuldades cotidianas enfrentadas e da rigidez em alguns momentos da saúde mental na realização do trabalho com pessoas em sofrimento mental, conforme foi mencionado pelos entrevistados neste serviço.

É importante avaliar de que forma este profissional poderia exercer suas funções e atribuições como assistente social de maneira que consiga garantir atendimento social humanizado, digno, respeitoso, ético e dentro dos parâmetros da profissão. Fundamental pensar particularmente o papel do assistente social dentro da saúde mental, neste caso, especificamente no CAPS-AD e depois dentro da equipe multidisciplinar. Não esquecer das particularidades da profissão, a fim de que possa trabalhar com base em direitos dos

usuários e nas questões sociais que envolve este usuário da saúde mental usuários de drogas.

Em relação ao matriciamento, ficou evidenciado que o CAPS AD e Consultório/CAPS na Rua dos referidos municípios se preocupam com essa questão, pois incentivam a participação dos serviços da RAPS no processo de cuidado. Com referência à rede de serviços, ficou evidente na fala dos entrevistados a falta de comunicação e articulação na rede e isso atrapalha a condução de alguns casos e demandas dos usuários.

Outro ponto fundamental refere-se à gestão. Segundo a maioria dos entrevistados, na mudança da gestão ocorrem processos de desmonte de serviços e programas, sem nenhuma avaliação por parte de quem chega às referidas prefeituras. Não há critérios, apenas modificações, as quais causam problemas, pois estão estes estão funcionando e os usuários sendo beneficiados.

Há crítica pelo fato de pessoas em nome de um governo que chega, o qual muda a cada quatro anos, as quais, sem a devida apropriação da realidade dos serviços dos municípios, da forma como está estruturado e se está funcionando ou não, ou seja, sem nenhuma análise ou escuta a quem já está no cotidiano do trabalho, fazem propostas de mudanças que só afeta e destroem o que estava produzindo resultados benéficos para os usuários.

Um ponto citado foi em relação à questão hierárquica. Mencionam os entrevistados a relação difícil com as chefias, fazendo com que aceitem abordagens, como a redução de danos, de maneira impositiva, semelhante ao ocorrido em Santo André. Relações conflituosas que adoeciam os trabalhadores desestimulando-os fazendo com que precisem de tratamento psiquiátrico para poderem trabalhar.

Druck (2007, p. 41) refere que no século XXI se observa um “[...] novo espírito do capitalismo[...]”. Esta autora menciona ainda o que foi citado por Boltanski e Chiapello (2009, p. 19-61), que o capital vai às últimas consequências, com o único fim de produzir mais dinheiro, por meio de maior exploração do trabalho, a fim de obter mais riquezas produzidas e lucro, não importando, portanto, as consequências para o trabalhador e as condições para desenvolverem seu trabalho, assim como as condições de vida. E isso se observa na fala dos entrevistados.

Com referência às questões de trabalho, tomamos como base as autoras Druck e Franco (2009), ao mencionarem seis indicadores fundamentais, a fim de se fazer avaliação e análise da realidade brasileira no que tange à precarização do trabalho:

1. Perda da identidade coletiva do trabalhador;
2. Fragilização da organização;
3. Descarte dos direitos do trabalho;
4. Empresas querem ampliar os seus lucros em detrimento do trabalhador;
5. Intensificação do trabalho;
6. Mercado de trabalho heterogêneo e segmentado;

Em relação ao trabalhador há perda de direitos e garantias trabalhistas, conquistas obtidas durante anos de luta social para terem dignidade e respeito a sua condição de quem está produzindo bens e serviço para consumo da sociedade capitalista, assim como para ele próprio. Na fala dos entrevistados, observa-se uma angústia por não saberem como será a vida de cada um, bem como o sustento de sua família diante de tantas mudanças no trabalho dentro dos serviços que atuam e do sistema capitalista. Cada vez mais esse sistema excludente e violador de direitos só pensa na produção e reprodução das riquezas, em detrimento do bem-estar e fortalecimento como indivíduo. O sistema capitalista transforma o homem em objeto para sua produção e, em consequência, esse trabalhador só tem valor social até o momento que possa propiciar lucro. De acordo com Antunes este sistema (2000, p. 43), “[...] não caminha no sentido da eliminação da classe trabalhadora, mas da sua precarização e utilização de maneira ainda mais intensificada”. Em outras palavras: aumentam os níveis de exploração do trabalho.

Com a desregulamentação, flexibilização e terceirização, as perdas para o trabalhador são incalculáveis. O desemprego faz com que se submeta a trabalhos precários e condições desumanas. O capital por si só não se autovaloriza sem a perspectiva de utilização do homem. Ele pode até diminuir a utilização da força do trabalhador, mas de maneira nenhuma extingui-la.

É preciso que se diga de forma clara: desregulamentação, flexibilização, terceirização, bem como todo esse receituário que se esparrama pelo “mundo empresarial”, são expressões de uma lógica societal onde o capital vale e a força humana de trabalho só conta enquanto parcela imprescindível para a reprodução deste mesmo capital. Isso porque o capital é incapaz de realizar sua autovalorização sem utilizar-se do trabalho humano. Pode diminuir o trabalho vivo, mas não eliminá-lo. Pode precarizá-lo e desempregar parcelas imensas, mas não pode extingui-lo (ANTUNES, 2000, p. 38)

Antunes (2000) aponta, em relação a essas transformações, que a sociedade nas últimas décadas, vem passando pela lógica destrutiva do capitalismo e alcançando a população trabalhadora com mão forte e excludente

A sociedade contemporânea, particularmente nas últimas duas décadas, presenciou fortes transformações. O neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível, dotadas de forte caráter destrutivo, têm acarretado, entre tantos aspectos nefastos, um monumental desemprego, uma enorme precarização do trabalho e uma degradação crescente, na relação metabólica entre homem e natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias, que destrói o meio ambiente em escala globalizada (ANTUNES, 2000, p. 35).

Em relação às consequências desse processo destrutivo do sistema capitalista com referência ao trabalhador, temos visto, a partir da fala dos entrevistados, que há receio de serem mais atingidos, assim como verbalizam que adoeceram no trabalho nos municípios em tela. Destaca-se que tanto em Santo André quanto em Diadema, houve adoecimento dos entrevistados, sendo que alguns passaram por psiquiatra, por psicoterapeuta e outras formas alternativas de cuidados pessoais. Em Santo André, inclusive, funcionários se afastaram, devido ao conflito com a chefia imediata. Percebe-se que o desânimo passou, mas depois buscaram protegerem-se a fim de evitar o adoecimento. Importante que os funcionários possam passar por formação continuada, a fim de conseguirem instrumentos para lidarem com questões cotidianas que adoecem o trabalhador. Assim como coletivamente se fortalecerem e com isso conseguirem dar conta das tarefas do dia a dia sem, no entanto, perderem a tranquilidade que precisam para realizarem suas intervenções.

A mídia tem propagado que o Brasil está enfrentando um crescimento crescente no abuso de drogas e isso tem assustado a sociedade que entende a partir daí, que é preciso tratar esta questão de forma repressora, criminalizando os usuários de drogas, principalmente quando se refere aos usuários de crack<sup>94</sup>. Um estudo da FIOCRUZ de 2015 apontava esse uso abusivo de drogas<sup>95</sup>.

---

<sup>94</sup> Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS): A cocaína é um poderoso estimulante e é obtida das folhas do arbusto de coca existente na América do Sul. Ela faz o cérebro liberar sua substância dopamina, responsável pelo bem-estar. A coca geralmente é vendida na forma de pó, misturada com impurezas como bicarbonato de sódio, açúcar, anfetaminas ou analgésicos. O crack, também conhecido como pedra, é um tipo de cocaína. Crack é a cocaína que foi tratada para ser fumada. Ele vem em pequenas pedras na cor marrom claro ou branco sujo e confere uma viagem alucinógena mais forte que a cocaína e, por tal motivo, é tido como bem mais viciante. O crack é a forma livre de cocaína. A popularidade do crack se deu, em partes, devido à grande procura por parte de usuários de drogas que

Para o secretário nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça, Vitore Maximiano, o número de usuários regulares desse tipo de droga é "expressivo", embora corresponda a 0,8% da população das capitais (45 milhões). "Não é pouco, em absoluto, temos 370 mil pessoas com uso regular de crack. O número é expressivo e mostra que devemos ter total preocupação com o tema".

A proporção do consumo do crack em relação ao uso total de drogas ilícitas (com exceção da maconha) também apresenta variações entre as regiões. Enquanto nas capitais do Norte, o crack e/ou similares representam 20% do conjunto de substâncias ilícitas consumidas, no Sul e no Centro-Oeste o produto corresponde a 52% e 47%, respectivamente. O levantamento mostra ainda que, entre os 370 mil usuários de crack e/ou similares, 14% são menores de idade. Isso indica que aproximadamente 50 mil crianças e adolescentes usam regularmente essa substância nas capitais do país.

Um outro estudo mais recente da FIOCRUZ encomendado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) foi arquivado pelo Governo Federal sob alegação de não estar de acordo com a realidade atual dos usuários de drogas. Essa pesquisa, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz e concluída em 2017, demonstra que 3,563 milhões de brasileiros consumiram drogas ilícitas recentemente e cerca 208 mil disseram ter usado crack nos 30 dias anteriores ao levantamento. De acordo com o Ministério da Justiça, nesse estudo, a metodologia usada não estava em conformidade com o preconizado no edital de trabalho. Entretanto, a FIOCRUZ nega esta situação. A pesquisa aponta que 9,9% dos brasileiros informaram já ter feito uso pelo menos uma vez de drogas ilícitas; um percentual de 7,7% da população fez consumo de maconha, haxixe ou Skank; 3,1% de cocaína; 2,8% solventes e 0,9% crack. O estudo menciona ainda, em relação ao consumo de álcool, que 16,5% dos entrevistados referiram fazer uso abusivo em relação à dosagem e que homens fazem uso em uma única ocasião de cinco ou mais dosagens, enquanto a mulher quatro doses ou mais. Portanto, estava-se diante de um impasse e o Ministério da Justiça não reconhecia esta pesquisa.

Segundo o estudo é preciso olhar para o crescimento do uso de uma substância cujos índices têm aumentado no Brasil, os opiáceos<sup>96</sup>, derivados do ópio, e têm sido

---

querem uma droga barata, ultra-potente e de ação rápida. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/crack-conheca-os-efeitos-e-dependencias/>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

<sup>95</sup> Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/maior-pesquisa-sobre-crack-ja-feita-no-mundo-mostra-o-per-fil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

<sup>96</sup> Opiáceos/opioides Segundo o CEBRID-Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Substâncias chamadas de drogas opiáceas ou simplesmente opiáceos são aquelas obtidas do ópio; podem ser opiáceos naturais quando não sofrem nenhuma modificação (morfina, codeína) ou opiáceos semi-sintéticos quando são resultantes de modificações parciais das substâncias naturais (como é o caso da heroína que é obtida da morfina através de uma pequena modificação química).

usados em medicamentos para dor. O 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira demonstrou maior uso e índices maiores dessas substâncias do que os de crack. Para o governo, em guerra contra as drogas, esse levantamento vai de encontro com o que se propõe para o combate às drogas. Ainda sobre o estudo, menciona que 4,4 milhões de brasileiros já fizeram uso de opiáceo uma vez na vida, ou 2,9% da população, número maior se considerado aos brasileiros que afirmaram na entrevista já ter usado crack na vida – os quais são 0,9% da população, ou 1,393 milhão de pessoas. Estudiosos da área afirmam que se deve ter cautela ao olhar esses dados e achar alternativas junto ao Ministério da Justiça.

A pesquisa feita pela Fiocruz custou sete milhões para os cofres públicos e teve como base inquéritos domiciliares. Contudo, para o Ministério da Justiça, os dados reunidos no projeto, que contou com a participação de cerca de 300 pesquisadores e técnicos, não permitiam a comparação com pesquisas anteriores, pois nas anteriores foram realizadas na rua com os usuários de drogas e está nos domicílios.

Entretanto, cabe mencionar que a Fiocruz sustentou seu posicionamento no que se refere a questão do edital, afirmando que não violou as regras impostas e buscou junto a Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Pública Federal (órgão ligado à AGU- Advocacia Geral da União), apoio no sentido de fazer mediação com ministério da justiça. Assim, em maio de 2019 foi publicada via online na plataforma ARCA, a pesquisa acerca dos dados científicos e não foi tecida considerações quanto ao edital. É importante enfatizar, sobre a importância de uma pesquisa científica, principalmente no que refere ao um tema atual e de tanta relevância social.

Salienta-se que os usuários de drogas ficam no meio dessa polêmica e da chamada guerra às drogas. Há muito preconceito com relação a esses usuários e de outros que são acompanhados pela saúde mental, por parcela da sociedade e inclusive de profissionais da saúde e de outras áreas. Existe muito julgamento em relação a estes sujeitos e todas as mazelas sociais como violência, homicídios, situação de rua, dentre outros, são colocadas como se fossem culpa de quem faz uso abusivo e que não de um

---

Mas o ser humano foi capaz de imitar a natureza fabricando em laboratórios várias substâncias com ação semelhante à dos opiáceos: meperidina, o propoxifeno, a metadona são alguns exemplos. Estas substâncias totalmente sintéticas são chamadas de opioides (isto é, semelhante aos opiáceos). Todas elas têm um efeito analgésico (tiram a dor) e um efeito hipnótico (dão sono). Por ter estes dois efeitos estas drogas são também chamadas de narcóticas. Do ponto de vista médico, são usadas para aliviar a dor como pré-anestésicos, antidiarreicos para diminuir a tosse e para cólicas biliar, renal ou uretral. (aliviam a dor nestes casos). Mas estas drogas são também usadas para fins não-médicos (o que se chama de “*abuso*”). Disponível em: <[https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest\\_drogas/opiaceos.htm#2](https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/opiaceos.htm#2)>. Acesso em: 20 jan. 2019.

sistema capitalista excludente. É preciso ampliar o debate e estas pesquisas contribuem para maior entendimento do que realmente causa estes transtornos sociais, avaliando a responsabilidade desse sistema capitalista vigente que rouba direitos dos cidadãos.

O cuidado dispensado ao usuário de saúde mental, precisa ser integral, com participação de toda a rede, não só da RAP. Um atendimento transversal, o qual passe por todas as áreas, além da saúde, tais como educação, trabalho e renda, esporte cultura e lazer, assistência social. Esse olhar integral auxilia no cuidado do sujeito de direitos e da sua família.

Ressalta-se que há desconhecimento por parte da sociedade sobre a realidade dos usuários da saúde mental, principalmente usuários de álcool e outras drogas, o que tem prevalecido é o senso comum do manicômio como o serviço a ser destinado ao cuidado e assistência a essas pessoas. A Política de Saúde Mental está sendo revista e atualmente observa-se, no Brasil, a valorização de técnicas como eletrochoque e instituições como manicômios continuam sendo vistas como política e prática ideal. É um retrocesso e está na contramão do direito desses usuários e indo de encontro com a Reforma Psiquiátrica, balizada na LEI 10.216 de 2011, que veio garantir o cuidado e novo olhar para esses sujeitos, com novas diretrizes direcionadas para o cuidado e um pensar diferenciado em relação à atenção psicossocial.

O manicômio, quando surgiu, dentre as suas funções estava manter a ordem pública na sociedade. Entretanto, isso ainda é visto como uma das prioridades contra as questões sociais que afligem a população, não sendo vista como reflexo do sistema capitalista vigente, mas como culpa dos usuários, no caso de drogas, que não se adequam ao formato da sociedade tradicional. O uso do eletrochoque é para buscar tratar os casos de usuários com transtornos mentais de maior gravidade e que não estejam respondendo ao nenhum tratamento. Esse equipamento está constando na lista de materiais do Fundo Nacional de Saúde e está vinculado ao SUS. Há controvérsias em relação ao uso do equipamento, alguns apontam que ele é mais eficaz que as medicações psiquiátricas. O outro ponto de vista alega que isso era utilizado como instrumento de tortura e é preciso ter cuidado no seu uso que deve ser em centro cirúrgico com muito cuidado. Apontam ainda que não pode ser utilizado indiscriminadamente. Um retrocesso em relação aos ganhos da RAPS e usuários da saúde mental.

A história do Brasil é cheia de lutas e jogos de poder entre ricos e pobres, entre a justiça e a injustiça, grandes e pequenos empresários, uma luta de classes e isso pode ser visto também na luta da Reforma Psiquiátrica para ser implantada, estabelecer-se e continuar a existir. Pode-se observar essa conduta no cotidiano da sociedade, em que os usuários de drogas são vistos como um problema, muitos portadores de transtorno mental cronicados, sendo que alguns ainda são residentes em hospitais psiquiátricos, sem identidade e sem vínculo familiar e é para lá que se pretende levar os que estão fora dos hospícios e manicômios.

O Governo Federal em 2019, por intermédio do Ministério da Saúde, cabe ratificar noivamente, que na contra mão da reforma psiquiátrica, organizou documento, conforme já citado, prevendo a internação em hospitais psiquiátricos, financiamento e compra de máquinas de eletrochoques. Salienta-se que isso é retroceder no que se refere às pessoas com transtorno mental, que eram colocadas de forma definitiva nos manicômios e hospitais psiquiátricos, assim como sofriam maus-tratos e sem nenhum direito, eram tratadas como indigentes. É, portanto, inadmissível para uma sociedade considerada democrática e de direitos um retorno a tortura destes usuários tão massacrados por muitos anos. A luta da Reforma Psiquiátrica fortalecida também pelo surgimento do SUS foi um grande avanço em relação ao atendimento psicossocial aos usuários da saúde mental. Nessa nova proposta do governo de cuidado da saúde mental, o CAPS deixa de ser o único serviço de base comunitária referência para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas.

Os Hospitais psiquiátricos, nessa nova proposta, passam a fazer parte da rede de atenção psicossocial, não havendo mais apenas o modelo substitutivo, ou seja, os dois modelos deverão coexistir. Na proposta anterior, não era permitido que fossem ampliados os leitos nos hospitais psiquiátricos, sendo, portanto, utilizados os hospitais gerais também para cuidados dos usuários. Agora, o Ministério da Saúde preconiza que nos hospitais gerais devem ter enfermarias especializadas em saúde mental com disposição de 30 leitos. Deve-se ter cuidado para que não aconteça novamente, que os usuários da saúde mental sejam mantidos nos hospitais psiquiátricos, permanecendo lá para sempre como antigamente.

Há dois polos que se posicionam a favor e outro contra essas novas medidas. O primeiro diz que a medida protegerá os usuários em momento difícil da vida e que podem incorrer em riscos. Para o outro, a posição pode violar os direitos ao cuidado digno e a liberdade desses usuários, sendo afastados do convívio social. Ressaltam que

podem ser atendidos, cuidados na RAPS e quando necessário internados em hospital geral. Questionam ainda a falta de leitos de internação para os casos gerais de saúde e afirmam que não há necessidade de internar usuários da saúde mental, pois podem ser atendidos nos CAPS e, em último caso, para sair da crise, internar em hospital geral. Além disso, podem receber atendimento, medicação no CAPS e outros tratamentos até que saia da crise. Há de se considerar que os hospitais gerais apresentam resistência e dificuldade para atenderem pessoas com problemas psiquiátricos e principalmente usuários de álcool e outras drogas. O CAPS tem experiência e sabe manejar os casos e identificar o momento para internar o usuário que dela necessite.

Alguns serviços de saúde mental estão sucateados e precisam de investimento. Atualmente, a proposta é investir nas comunidades terapêuticas, muitas são de cunho religioso e ganham muito dinheiro com a internação de longa permanência dos usuários.

Outro aspecto dessa proposta está relacionado à abstinência para tratamento do uso de drogas. A Nota Técnica do Ministério da Saúde de 2019, aponta que essa estratégia deve ser utilizada e norteadora da política de álcool e outras drogas, assim como a redução de danos. Sendo que está última busca atender aos usuários de drogas sem exigir abstinência, mas procurando utilizar das estratégias de redução de danos e de cuidados para que estas pessoas consigam aderir ao cuidado, visando sempre a sua autonomia e direito a cuidar-se, mesmo que não desejem ou não consigam interromper o uso de drogas. A tendência dessa Nota Técnica é enfraquecer as estratégias da redução de danos, as quais são benéficas para muitos usuários de drogas. As pessoas que são favoráveis à abstinência alegam que uso de drogas é uma doença e não se deve ter tolerância ao uso de drogas, que esta proposta de interromper o uso é mais eficaz, pois o usuário fica distante das drogas e isso possibilita o tratamento.

Os posicionamentos contrários a esta Nota Técnica ressaltam ainda que a redução de danos é uma estratégia de saúde pública que permite ao usuário que não consegue parar ou não quer parar de usar droga seja cuidado, seja fortalecido e fazendo uso de estratégias, como substituição de drogas, possam encontrar formas de tratar e cuidar do seu uso. Diz ainda que a abstinência não é para todas as pessoas e não pode ser igual para todo mundo. É preciso ponderar que a abstinência é uma meta a ser perseguida, mas enquanto não se consegue esse resultado que as estratégias de redução de danos sejam utilizadas.

Em Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) pela Resolução 42/112, de 7 de dezembro de 1987, implementando a recomendação da

Conferência Internacional sobre o Abuso e o Tráfico Ilícito de Drogas, a ONU por meio do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC)<sup>97</sup>, dá ênfase à Campanha Internacional de Prevenção às Drogas. Todo dia 26 de junho, em Viena, é lançado o Relatório Mundial de Drogas contendo informações atualizadas sobre consumo, produção e tráfico de drogas.

A Reforma Psiquiátrica trouxe avanços quanto a atenção à saúde mental de pessoas com sofrimento mental. O SUS e a Reforma Sanitária também tiveram grande parcela nessa construção social. Menciona-se que não se pode deixar de pensar na responsabilidade de toda a sociedade, para que manicômios e instituições asilares não existam mais. É fundamental não retroceder trazendo práticas violadoras de direitos novamente para o seio social. Quem perde são todos os usuários da saúde mental, seus familiares e todos que lutaram por uma vida de cuidado digno com referência as pessoas com sofrimento mental e por estes poderem existir, viver e conviver em sociedade, mesmo sendo “louco”, pois viver em sociedade é um direito do cidadão. As pessoas com sofrimento mental, as usuárias de drogas, dentre outras pessoas em situação de vulnerabilidade, têm rosto, nome, história, têm direito à vida e à cidadania.

Outra luta que não se pode esquecer é a dos trabalhadores por condições melhores de trabalho e de vida. Que não adoeçam diante deste do sistema capitalista que exclui, explora, isola e tira a dignidade dos trabalhadores, assim como em relação aos usuários da saúde mental. É coletivamente que se vence essas lutas.

---

<sup>97</sup> UNODC- O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime ou Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime é uma das agências especializadas da ONU criada em 1997. Implementa medidas que refletem as três convenções internacionais de controle de drogas e as convenções contra o crime organizado transnacional e contra a corrupção. O trabalho do UNODC está baseado em três grandes áreas: saúde, justiça e segurança pública. Dessa base tripla, desdobram-se temas como drogas, crime organizado, tráfico de seres humanos, corrupção, lavagem de dinheiro e terrorismo, além de desenvolvimento alternativo e de prevenção ao HIV entre usuários de drogas e pessoas em privação de liberdade. O UNODC e a resposta às drogas. O UNODC é a agência das Nações Unidas com mandato de apoiar os países na implementação das três convenções da ONU sobre drogas: Convenção Única sobre Entorpecentes (1961), emendada pelo protocolo de 1972; Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971) e Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (1988). Com base nessas convenções, o UNODC auxilia os Estados-membros a desenvolver suas legislações nacionais sobre drogas, buscando estabelecer marcos legais de referência sobre o assunto, tanto nacional, quanto regional e globalmente. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/sobre-unodc/index.html>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

## BIBLIOGRAFIA

ABRAMIDES, M. B. Memória: 80 anos do Serviço Social no Brasil: O III CBAS “O Congresso da Virada” 1979. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 128, jan./abr, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282017000100181&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000100181&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 abr. 2018.

\_\_\_\_\_.; CABRAL, M. do S. **A organização política do Serviço Social e o papel da Ceneas/Anas na virada do serviço social brasileiro**. 30 Anos do Congresso da Virada. Brasília: Cfess, 2009. p. 55-78.

Abrasco publica nota sobre mudanças nas políticas nacionais de saúde mental e sobre drogas. Publicada em 26/02/2019. [https://www.ufsj.edu.br/noticias\\_ler.php?codigo\\_noticia=7378](https://www.ufsj.edu.br/noticias_ler.php?codigo_noticia=7378)

AMARANTE, P. D. C. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE P. *Loucos pela vida – a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). *Pós neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 09-23.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho**: ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo-SP, Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. *Trabalho e precarização numa ordem neoliberal*. Buenos Aires: CLACSO, 2000.

\_\_\_\_\_. A crise, o desemprego e alguns desafios atuais. In: *Serv. Soc. Soc.*, n. 104, 632-636, São Paulo, 2010.

\_\_\_\_\_. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

\_\_\_\_\_. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999/2010.

\_\_\_\_\_. *Adeus ao trabalho?* São Paulo: Cortez, 1995, p. 28.

\_\_\_\_\_.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.

BASÁGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

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

\_\_\_\_\_. **Serviço Social: uma análise institucional da prática.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BARROCO, M. L. **Ética e serviço social: fundamentos ontológicos.** São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **Ética e serviço social: fundamentos ontológicos.** São Paulo: Cortez, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edição 70, 1977.

BASAGLIA, F. Um problema institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASTOS, F.I. **Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira.** In: BASTOS F.; KARAM M.L.; MARTINS S.M. (Org.). Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003.

BASTOS, F.I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L.F. (Org.). **Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.**

Breggin, P.R. «Ethical Human Psychology and Psychiatry». Springer Publishing. Consultado em 14 de junho de 2008. Arquivado do [original](#) em 8 de março de 2008.

BISNETO, J.A. **Serviço Social: uma análise institucional da prática.** 2011, p. 21. 3.ed.- São Paulo: Cortez, 2011, p. 24-40.

\_\_\_\_\_. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática.** São Paulo: Cortez. 2007, p. 18 - 200.

BOLTANSKI, L; CHIAPELLO, È. **O Novo Espirito do Capitalismo.** WMF. MARTINS FONTES. São Paulo. 2009, p. 10-414.

BORBA, L. de O. et al. Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 1, p. 88-94, jan./fev. 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a15.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. **Comunicação e Educação em Saúde**. Brasília, 2004. p. 13. Série F. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **MS participa de celebração dos 30 anos do primeiro CAPS, em São Paulo**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/52433-ms-participa-de-celebracao-dos-30-anos-do-primeiro-caps-em-sao-paulo>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

BRÊDA, M. Z. et al. **Duas estratégias e desafios comuns**: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13 n. 3, mai./jun. 2005.

BRASIL DE FATO. István Mészáros: **“Capitalismo ameaça o futuro da humanidade”**. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2017/10/02/istvan-meszaros-capitalismo-ameaca-o-futuro-da-humanidade/>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

CABRAL, B. et al. Câmara S. Estação Comunidade. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura 7 – Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 137-53.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência**: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

**“CAPS” com lógica manicomial não funcionam**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/caps-com-logica-manicomial-nao-funcionam/>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

CASTEL, R. **A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a “desfiliação”**. In: Caderno CRH, n. 26/27, 19-40, Salvador, 1997.

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica: cuidar sim.** Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/reformapsiquiatrica.html>>. Acesso: 23 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **Influências: Franco Basaglia (1924-1980).** Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/basaglia.html>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

**Centro de Convivência E de Lei.** Disponível em: <<https://edelei.org/home/nossa-historia/>>. Acesso: 02/03/19.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas.** 13. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CHIAVERINI, D. H. et al. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. p. 13-15.

CISNE, Mirla. **Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social.** São Paulo: Outras Expressões, 2012.

CISNE, M. **Gênero, Divisão Sexual do Trabalho e Serviço Social.** 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2012 p. 47.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Org.). **Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional.** Brasília: CFESS, 2005. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas\\_edicaovirtual2006.pdf](http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2019.

**Conselho Municipal de Políticas Públicas Sobre Álcool e outras Drogas de Diadema (COMAD),** criado pela Lei 3.260/12, de 3 de outubro de 2012. Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/component/content/article?id=23472:diadema-promove-roda-de-conversa-sobre-drogas>>

COORDENAÇÃO DE APOIO TÉCNICO PERICIAL CATEP. **Instrução Técnica nº 002/2017 Unidades Técnico-Periciais em Psicologia e em Serviço Social: Avaliação Institucional de Comunidade Terapêutica.** Goiânia, 2017. Disponível em: <[http://www.mpgo.mp.br/portal/arquivos/2017/02/24/15\\_52\\_27\\_733\\_INSTRUCAO\\_TECNIC\\_A\\_CENTRO\\_DE\\_INTERNACAO\\_2017\\_02\\_24.pdf](http://www.mpgo.mp.br/portal/arquivos/2017/02/24/15_52_27_733_INSTRUCAO_TECNIC_A_CENTRO_DE_INTERNACAO_2017_02_24.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2018.

**DECLARAÇÃO DE CARACAS.** Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990. Disponível em: <[http://www.abrasme.org.br/resources/download/1358516130\\_ARQUIVO\\_DeclaracaodeCaracas.pdf](http://www.abrasme.org.br/resources/download/1358516130_ARQUIVO_DeclaracaodeCaracas.pdf)>. Acesso em: 30 mai. 2017.

DELGADO, P. et al. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas,** p. 39 – 83. In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre, Artmed, 2007.

DEMARTINI, Z. B. F. **A questão da análise no processo de pesquisa**. In: LANG, A. B. S. G. (Org). *Desafio da pesquisa em Ciências Sociais*, 49-72. São Paulo: CERES, 2001.

Dissertação de Mestrado: O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do lugar de cuidado na saúde mental: contribuições e perspectivas para o serviço social/  
Camila Ávila de Lima. –

São Paulo: s.n., 2015.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? In: **Caderno CRH**, v. 24, n. 01, 37-57, Salvador, 2011.

Druck G, Franco T, organizadoras. A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo; 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3). 2008

Emenda Constitucional (EC) 95/16. <http://www.scielo.br/pdf/rinc/v4n1/2359-5639-rinc-04-01-0259.pdf>

FALEIROS, V. de P. Confrontos teóricos do movimento de reconceituação do Serviço Social na América Latina. **Serviço Social & Sociedade**, n. 24, ago. 1987.

FRANCO, T; DRUCK, G. O trabalho contemporâneo no Brasil: terceirização e precarização. In: SEMINÁRIO FUNDACENTRO. Salvador, 2009.

**FIOCRUZ. Maior pesquisa sobre crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil. 2015 Disponível em: < https://portal.fiocruz.br/noticia/major-pesquisa-sobre-crack-ja-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil >. Acesso: 22/05/2019.**

FIOCRUZ. 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso: 22/05/2019.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMAN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, São Paulo, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23, v. 7, p. 2327-2338, 2018.

GOUNET, Thomas. **Fordismo e toyotismo**. São Paulo: Boitempo, 1999.

HAYEK, F. A. **O caminho da servidão**. [1944]. 6 ed. São Paulo : Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**. Rio de Janeiro: Loyola, 1992.

HECKERT, S. M. R. Identidade e mulher no serviço social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 36, p. 55-73, ago. 1991.

HENNA, E. S. et al. Rede de atenção à saúde mental de base comunitária: a experiência de Santo André. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, n. 18, v. 1, p. 16-26, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n1/04.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**, 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **A prática como trabalho e a inserção do Assistente Social em processos de trabalho**. In: O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social. Ensaio Crítico**. São Paulo, Ed. Cortez, 1994.

\_\_\_\_\_. **A questão da metodologia no Serviço Social: indicações para o debate**. In: **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992. p. 172-181.

\_\_\_\_\_. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na cena contemporânea**. CEFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. P. 16-50.

\_\_\_\_\_. **A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n120/02.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

\_\_\_\_\_.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 36. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso: 10 03 2019.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 24, v. 4, p. 1247-1254, 2019

LANCETTI, A. **Contra fissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 159-634.

LANG, A. B. S. G. História oral: procedimentos e possibilidades. In: LANG, A. B. S. G. (Org.). **Desafio da pesquisa em Ciências Sociais**, 91-112. São Paulo: CERES, 2001.

\_\_\_\_\_.AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 159-173.

LAURREL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURREL, A. C. (Org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

Lei de Terceirização Lei nº 13.429 de 31/03/2017. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13429.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13429.htm)>. Acesso: 22/06/2019.

**Lei Orgânica do Município de Diadema. Artigo 223 Inciso XIII, letra F**, Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/lei-organica-diadema-sp>>. Acesso: 02 03 2019.

**Lei Orgânica Diadema.** Disponível em: <<http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/lom.php>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

**Lei nº 233,** Distrito de Diadema Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/cidade/conheca-diadema/historia>>. Acesso: 05 08 2019.

**Lei 172/76.** Disponível em: <[https://www.cetesb.sp.gov.br/licenciamento/documentos/1976\\_Lei\\_Est\\_1172.pdf](https://www.cetesb.sp.gov.br/licenciamento/documentos/1976_Lei_Est_1172.pdf)>. Acesso: 05/05/2019.

**Lei 9.866/97.** Disponível em: 05/05/2019. <[https://www.cetesb.sp.gov.br/licenciamento/documentos/1997\\_Lei\\_Est\\_9866.pdf](https://www.cetesb.sp.gov.br/licenciamento/documentos/1997_Lei_Est_9866.pdf)>. Acesso:

**Lei Municipal 6.510/89, 6.608/90, 6.614/90, 7.717/98, 8157/2001, 8.459/02, 8.704/04 e**

**Lei Federal 4.320/64.** Disponível em:<<https://www2.santoandre.sp.gov.br/index.php/departamentos-ssau>>. Acesso:

**Lei Orgânica do município de Santo André.** Disponível em: <<http://www.cmsandre.sp.gov.br/lom.html>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

**Legislação Federal nº 10.216** de 06 de abril de 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 02 jul. 2019.

**Legislação de Proteção e Recuperação dos Mananciais de Santo André. Lei n.º 898/75.** Disponível em: <[https://www.cetesb.sp.gov.br/licenciamento/documentos/1975\\_Lei\\_Est\\_898.pdf](https://www.cetesb.sp.gov.br/licenciamento/documentos/1975_Lei_Est_898.pdf)>. Acesso: 05/05/2019.

LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). **Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública** – Projeto ITD Biblioteca Virtual em saúde – Saúde Pública Brasil. São Paulo, 2004. Disponível em: <[http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Politicass\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf)>. Acesso em: 15 mai 2018.

LESSA, S. **Mundo dos homens: trabalho e ser social**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

LINDNER, L.; SIQUEIRA, D. **Redução de Danos: Como foi? O que é possível? O que é preciso?** In: SOUZA, A. C. et al (Org). **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

LUCÁKS, G. **Para uma ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MACEDO, J. P. et al. **A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Saúde Sociedade, São Paulo, v. 26, n. 1, p.155-170, 2017.

MAIOLINO, A. L. G.; MANCEBO, D. **Análise histórica da desigualdade: marginalidade, segregação e exclusão**. Psicologia & Sociedade, n. 17, v. 2, p. 14-20, 2005.

MARTINELLI, M. L. **Pensar a identidade: eis a tarefa. Um ensaio sobre a identidade profissional do Serviço Social**. In: KARSCH, U. (Org.). **Estudos do Serviço Social: Brasil e Portugal**, v. 2. São Paulo: EDUC, 2005.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras/Nepi, 1999.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social: identidade e alienação**. São Paulo: Cortez, 1997.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2010.

\_\_\_\_\_. ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2008.

\_\_\_\_\_. **A miséria da filosofia**. [1847]. 2 ed. São Paulo: Global, 1985.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos econômico-filosóficos**. [1932]. São Paulo: Boitempo, 2004.

\_\_\_\_\_. **O Capital: crítica da economia política**. [1867]. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MÉCIA et al., 2005, p.2. **Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família**; Mércia Zeviani Brêda; Walisete de Almeida Godinho Rosa; Maria Alice Ornellas Pereira; Maria Cecília Morais Scatena **Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.3 Ribeirão Preto Maio/Junho, 2005**

Mesquita, F. C. (1991). **AIDS e drogas injetáveis**. In H. Daniel, et al. *Saúde & Loucura* 3 (2a ed.). São Paulo: Hucitec.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS**. As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica – Relatório de Gestão 2007/2010. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.588** de 21 de dezembro de 2017 – Ministério da Saúde, 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, 2017.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS - As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010**. Brasília. Janeiro de 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_frenteiras\\_reforma\\_psiquiatica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_frenteiras_reforma_psiquiatica.pdf)>. Acesso: 03/03/2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **CADERNO HumanizaSUS**. Vol. 5. Brasília-DF. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf)>. Acesso: 02/02/2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas **Estratégicas Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde Brasília – DF 2004, p.13 Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso: 01 03 2019.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde - SUS LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso: 15/09/2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota**

**Técnica** Nº **11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS** Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados\\_prevencao\\_drogas/obid/legislacao/nota\\_saudemental.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf)>. Acesso em: 04 mai. 2019

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 3.088**, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, o artigo 3º e art. 4 inciso V. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso: 06 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM Nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: MS; 2002.

\_\_\_\_\_. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Mental-Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017** Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso: 01/02/19.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001 Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso: 22/06/2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.197/GM14** de outubro de 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html)>. Acesso: 03/03/2019.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)>. Acesso: 01/12/2018

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 3.088** de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso: 10/03/2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010. **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso: 20/01/2019.

\_\_\_\_\_. **DECRETO Nº 9.761**, DE 11 DE ABRIL DE 2019. Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)>. Acesso: 02 10 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS 122**, de 25 de janeiro de 2011. Consultório na Rua. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso: 02/02/2019.

\_\_\_\_\_. **Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.197**, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

MORAES, M. **O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.121-133, 2008.

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

\_\_\_\_\_. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992, p. 120

\_\_\_\_\_. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64** / José Paulo Netto – 8. Ed – São Paulo: Cortez, 2005.

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas Portal: <http://www.obid.senad.gov.br>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001** – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: World Health Organization, 2001.

Plano Municipal de Saúde Santo André (2018-2019) Disponível em: <<file:///C:/Users/pc/Downloads/PMS%202018%202021%20-%20Aprovado%20pelo%20CMS.pdf>>. Acesso: 06 jul. 2019.

**Plano Municipal de Saúde de 2018-2021 de diadema**. Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/dmp/comunicacao/Comunicacao/Site2/PMSDiadema2018-2021.pdf>>. Acesso: 01 08 2019.

**Plano Municipal de Saúde 2018-2021, (p. 126),** Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/dmp/comunicacao/Comunicacao/Site2/PMSDiadema2018-2021.pdf>>. Acesso: 02 02 2019.

**Plano Diretor Municipal de Santo André - Lei nº 8.696/04, alterada pela Lei nº 9394/12.** Disponível em: <[http://www3.santoandre.sp.gov.br/portaldotransito/index.php?option=com\\_weblinks&view=category&id=14&Itemid=32](http://www3.santoandre.sp.gov.br/portaldotransito/index.php?option=com_weblinks&view=category&id=14&Itemid=32)>. Acesso: 15/02/2019.

PASSOS, I. C. F. **Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais.** Belo Horizonte: Argvmentvm, 2009. p. 159.

PICOLI, C. M. C. **Adesão de Usuários de Crack ao Tratamento num Capsi do Interior do Rio Grande do Sul.** 2013. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

PITTA, A. M. F. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas.** Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12. 2011.

**Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas.** In: BRASIL. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3 ed, Brasília: Presidência da República. Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD, 2010.

QUEIROZ, Valéria Debórtoli de Carvalho. **Entre o passado e o presente: a atuação do Assistente Social no campo da saúde mental.** 2009. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

RAICHELIS, R. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos.** Serviço Social & Sociedade, n.107, p. 420-437, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n107/03.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos.** In: Serviço Social & Sociedade, n. 107, São Paulo, 2011.

\_\_\_\_\_. **Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial.** In: Serviço Social & Sociedade, n. 116, São Paulo, 2013.

RAICHELIS, R; VICENTE, D; ALBUQUERQUE, V. **A Nova Morfologia do Trabalho no Serviço Social.** São Paulo, 2017. Editora Cortez. 2018.

**Reforma Trabalhista Lei 13.467 de 13/07/2017.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm)> Acesso: 20/08/2019.

**Resolução CFESS nº 383/99 de 29/03/1999.** Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf)>. Acesso: 10/06/2019.

RETONDAR, A. M. A. **(re)construção do indivíduo: a sociedade de consumo como “contexto social” de produção de subjetividades.** Sociedade e Estado, Brasília, v. 23, n. 1, p. 137-160, jan./abr. 2008.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: TUNDIS, S. A; COSTA, N.R (Orgs.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 10-78.

ROBAINA, C. M. V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

ROSA, L. C. S. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 71, 2002.

SANTOS, M. **A natureza do espaço.** São Paulo: EDUSP, 2002.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. **Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 118, p. 309. abr./jun. 2014.

SENAD – **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.** Disponível em: Site: <<http://www.senad.gov.br>>

SILVA, S.M. Mestrado. USP-SP (Universidade de São Paulo), em 2006 - 2008, **“A Unidade de Redução de Danos do Município de Santo André: Uma Avaliação”.**

Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)>. Acesso: 02/03/2019.

SOUZA, J. **“O combate à corrupção no Brasil é uma mentira”, diz sociólogo Jessé Souza. [Entrevista concedida a] Elcio Ramalho.** RFI Brasil. 2019. Disponível: <<http://br.rfi.fr/brasil/20190709-rfi-convida-jesse-souza>>. Acesso: 13 jul. 2019.

UFRGS. **Quem foi Franco Basaglia?** Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/e-psico/etica/temas\\_atuais/luta-antimanicomial-franco.html](http://www.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/luta-antimanicomial-franco.html)>. Acesso em: 27 abr. 2019.

TOLENTINO, E.; BASTOS, V. **População em situação de rua: crise do capital e o desmonte das políticas públicas**. *Temporalis*, Brasília, ano 17, n. 34, jul./dez. 2017. Disponível em: <periodicos.ufes.br/temporalis/article/download/17908/pdf\_1>. Acesso em: 01 ago. 2018.

TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. **Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação**. *Revista Saúde Pública*, Campinas, n. 51, v. 19, 2017.

UNODC – **United Nations Office on Drugs and Crime** (2011). *World Drug Report 2011*. Viena: UNODC. Recuperado de [http://www.unodc.org/documents/dataandanalysis/WDR2011/World\\_Drug\\_Report\\_2011\\_ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/dataandanalysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf)

VASCONCELOS, A. M. **Serviço Social e prática reflexiva**. In: *Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, n. 10, Rio de Janeiro, 1997.

\_\_\_\_\_. (Org.) **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. **Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional**. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: **Serviço Social & Sociedade**, v. 18, n. 54, 132-157, São Paulo, 1997.

VICENTE, D. **Desgaste mental de assistentes sociais: um estudo na área da habitação**. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 123, p. 562-581, jul./set. 2015.

VIEIRA, B. O. **História do serviço social**. Rio de Janeiro: Agir, 1985.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

#### 1 Identificação:

Data da Entrevista: \_\_/\_\_/\_\_.

Idade: \_\_\_\_\_

1.1 Gênero: Masc. ( ) Fem. ( )

1.2 Estado Civil: Solteiro (a) ( ) Casado (a) ( ) União Estável ( )

1.3 Cidade Onde mora: \_\_\_\_\_

1.4 Cidade onde trabalha: \_\_\_\_\_

1.5 Local de Trabalho: CAPS-AD ( ) NAPS ( ) Serviço de Redução de Danos ( )

1.6 Tipos de contratações Funcionária: Pública ( ) Celetista ( ) outros ( )  
\_\_\_\_\_

1.7 Jornada semanal de trabalho contratada \_\_\_\_\_

1.10 Jornada de trabalho que realmente cumpre \_\_\_\_\_

1.11 Salário bruto \_\_\_\_\_

Formação \_\_\_\_\_

1.12 Tempo de formação: \_\_\_\_\_

1.13 Tempo neste serviço: \_\_\_\_\_

1.14 Especialização: Sim ( ) Não ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outros ( )  
\_\_\_\_\_

1.15 Experiências Anteriores de Trabalho:  
\_\_\_\_\_

#### 2. Dinâmica do serviço e o trabalho do Serviço Social e da equipe do CAPS AD e da Redução de Danos

2.1 Qual a dinâmica de trabalho no CAPS? E na Redução de danos?

2.2 Como o/a usuário/a de drogas chega até você?

2.3 Como você organiza o seu trabalho junto aos (às) usuários (as)?

2.4 Quais as intervenções junto aos usuários (as)?

2.5 Você discute em equipe o seu trabalho junto aos (as) usuários (as) e famílias?

2.6 Sua posição profissional é respeitada pela equipe? E pela chefia do CAPS-AD?

2.7 Você acha que o trabalho da equipe e o seu têm efetividade? Quais são as principais dificuldades? O que poderia melhorar?

2.8 O que o (a) usuário (a) espera do seu trabalho? E da equipe? Os (as) usuários (as) se sentem contemplados com o seu atendimento? E da equipe?

2.9 O que o serviço oferta aos (às) usuários (as)? O que você acha do ofertado?

2.10E a rede de serviços? Como funciona? Quais as possibilidades e limites da interlocução e de intervenção coletiva?

2.11Há dificuldades no serviço para o desenvolvimento de suas intervenções sociais?

### **3 Formação profissional, organização, relações e gestão do trabalho:**

3.1 Motivos para escolha da profissão.

3.2 Expectativas, realizações, frustrações com a profissão e com o trabalho.

3.3 Há Capacitação inicial?

3.4 Há Formação continuada?

3.5 Há Supervisão institucional?

3.6 Há Reunião equipe?

3.7 Organização do trabalho e rotinas: o que faz, como faz, divisão do trabalho (quem define?).

3.8 Condições de trabalho: materiais, técnicas e éticas.

3.9 Quem e como se definem as atribuições e competências?

2.21 Trabalho na área de saúde mental há quanto tempo (pregressa/Atual?)

3.2 Tem outro trabalho?

3.3 Descrição do planejamento e execução do trabalho (para quê? /O quê? /Como?).

3.4 Relações com colegas de trabalho.

3.5 Relações com chefias.

3.6 Formas de controle e avaliação do desempenho.

3.7 Plano de Cargos, Carreira e Salário (PCCS), quando houver.

#### **4. Trabalho, sociabilidades e saúde**

3.5 Como você define trabalho?

3.6 Como você avalia o trabalho na atualidade?

3.7 Descrição de um dia de vida/trabalho.

3.8 Organização das atividades (horas de trabalho/ pausas para almoço/lanches).

3.9 Intervalo de tempo entre o trabalho desenvolvido e descanso.

3.10 Alguma vivência de sofrimento mental ou de adoecimentos? Relate.

3.11 Alternativas buscadas.

3.12 Compartilhamento com familiares e colegas de trabalho.

3.13 Sentimentos, pensamentos e formas de defesas (individuais e coletivas).

#### **5. Gestão do trabalho**

4.1 Relações hierárquicas.

4.2 Níveis de decisão.

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Este é um convite para você participar da pesquisa sobre: **O trabalho do Assistente Social no espaço socio-ocupacionaldo CAPS-AD: um estudo nas cidades do Santo André e Diadema (SP)**, construída no âmbito do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, na condição de Doutoranda em Serviço Social pela pesquisadora Silvia Moreira da Silva.

A pesquisa trata da inserção e desenvolvimento do trabalho do/a Assistente Social no serviço de saúde mental, no caso CAPS-AD, mediante a compreensão das condições e processos de trabalho, neste espaço socio-ocupacional. Para a realização do estudo, foram selecionados sujeitos considerados significativos para contribuir por meio do relato do seu trabalho e as formas como este acontece no cotidiano.

Considerando o exposto, sua participação se dará por meio de *entrevista semi-estruturada*, com questões pertinentes ao tema e com gravação de áudio. A adesão é voluntária e você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou problema. Esclareço que as informações colhidas pela pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, assegurando-se a não identificação dos participantes e o respeito aos protocolos oficiais da ética em pesquisa.

Ficará em seu poder uma cópia deste Termo e durante todo o período da pesquisa você poderá solicitar esclarecimentos sobre qualquer dúvida, bastando para isso entrar em contato diretamente com a pesquisadora por meio do endereço eletrônico: [silviagirard@gmail.com](mailto:silviagirard@gmail.com)

Silvia Moreira da Silva - Doutoranda em Serviço Social do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social/ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Rosangela Dias Oliveira da Paz.

**APÊNDICE C – Autorização**

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social

PUC-SP

---

**AUTORIZAÇÃO**

Eu ..... após a leitura deste documento e tendo tido a oportunidade de conversar com o (a) pesquisador (a) responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado (a) sobre minha participação na pesquisa, ficando esclarecido para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem qualquer penalidade. Estou ciente também da relevância, dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa dos quais participarei, da garantia de confidencialidade e sigilo das informações. Diante do exposto, expresso minha concordância e espontânea vontade em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) voluntário (a).

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o TCLE do (a) .....para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) pesquisador (a).

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.