

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO – PRPG
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – CCHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS – PPGPP**

MARIA DE FÁTIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS

**OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA
DE SAÚDE MENTAL: uma análise nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do
Estado do Piauí**

TERESINA

2022

MARIA DE FÁTIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS

OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE
SAÚDE MENTAL: uma análise nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do
Estado do Piauí

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Políticas Públicas da Universidade
Federal do Piauí, como requisito para a aquisição
do título de Mestre.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Sofia Laurentino
Barbosa Pereira

TERESINA

2022

MARIA DE FÁTIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS

OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE
SAÚDE MENTAL: uma análise nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do
Estado do Piauí

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Políticas Públicas da Universidade
Federal do Piauí, como requisito para a aquisição
do título de Mestre.

TERESINA, ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Sofia Laurentino Barbosa Pereira

ORIENTADORA

Prof.^a Dr.^a Lucia Cristina dos Santos Rosa

MEMBRO INTERNO

Prof.^a Dr.^a Ellayne Karoline Bezerra da

MEMBRO EXTERNO

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

Divisão de Representação da Informação

S237p Santos, Maria de Fátima de Moura Porto dos.

Os processos de trabalho das(os) assistentes sociais na política de saúde mental : uma análise nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Piauí / Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos. -- 2022.

193 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências Humanas e Letras, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Teresina, 2022.

“Orientadora: Prof^{ra}. Dr^a. Sofia Laurentino Barbosa Pereira”.

1. Saúde Mental. 2. Serviço Social. 3. Processos de Trabalho.
I. Pereira, Sofia Laurentino Barbosa. II. Título.

CDD 362.2

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me sustentado e guiado por todo esse período de estudo, perpassado por um cenário nunca visto de pandemia, por ser meu socorro e meu refúgio.

Sou grata à minha família, em especial, à minha mãe, Rosa Ercilia, e ao meu pai, Getúlio Santos, em um momento de alta de desemprego e escassez de bolsas, todo o amor, o apoio financeiro e emocional foi primordial para chegar a essa conquista, mesmo com todas as adversidades.

Muito obrigada às minhas amigas verdadeiras, que nunca soltaram minha mão, impulsionam-me a continuar, sempre com conversas otimistas e incentivo aos estudos. Enfim, ajudando-se, sorrindo e chorando juntas com orações e palavras de encorajamento.

Sou grata aos mestres que me instruíram e contribuíram em todos esses anos da Pós-Graduação em Políticas Públicas, sendo de grande valia seus ensinamentos e reflexões no meu processo de formação. Agradeço também à Universidade Federal do Piauí por ser uma casa acolhedora de formação profissional e humana. Sem a educação pública essa dissertação não seria possível.

Agradeço à SESAPI, em nome da gerente em saúde mental Virginia Pinheiro, e a toda a sua equipe, que sempre estiveram à disposição para ajudar com dados sobre o estudo.

Sou grata ao grupo de estudos PPSAM por possibilitar reflexões que contribuíram para a construção da minha dissertação, da minha vida profissional e pessoal.

Agradeço à banca examinadora por tamanha contribuição no aprimoramento da minha dissertação.

E, principalmente, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Sofia Laurentino, sem a senhora esse sonho não seria possível. Obrigada por ser essa professora humana, paciente, compreensiva, clara, acessível, dentre vários outros adjetivos que a contemplam. Contribuindo na minha graduação em Serviço Social e, sobretudo, para a efetivação da minha dissertação. Em todos esses anos, sua contribuição foi primordial para esse trabalho.

Agradeço também às(aos) profissionais sujeitas(os) desse estudo, que tiraram um pouco de seu tempo para colaborar com a realização deste trabalho.

“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas.

É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade...”

(Nise da Silveira)

RESUMO

O presente estudo analisou como se configuram os processos de trabalho das e dos assistentes sociais na política de saúde mental do estado do Piauí, com destaque para a atuação nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, no período de 2018 a 2022. Os objetivos específicos foram: caracterizar o perfil profissional e as condições de trabalho das e dos assistentes sociais inseridos nos CAPS nos doze (12) territórios de desenvolvimento no estado do Piauí; identificar as principais demandas, instrumentos e respostas às expressões da questão social dadas pelas e pelos assistentes sociais inseridos nos CAPS no Piauí; compreender os principais fundamentos, competências e atribuições demandadas e utilizadas pelas e pelos assistentes sociais no seu trabalho nos CAPS do Piauí, a luz dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do CEFSS; verificar as aproximações, divergências e particularidades dos processos de trabalho das/dos assistentes sociais nos diferentes municípios do Piauí. As principais categorias envolvidas no estudo foram: processo de trabalho, Serviço Social e Saúde Mental. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou dados primários – entrevistas semiestruturadas e questionário com assistentes sociais que trabalham nos CAPS do Piauí –, e secundários, tais como documentos institucionais, normativas, legislações, dentre outros. Foram entrevistados(as) 10 profissionais dos seguintes municípios: Bom Jesus, Campo Maior, Floriano, Luís Correia, Picos, Piripiri, São João do Piauí, Teresina e Valença do Piauí. Também foi aplicado um questionário *on-line* com 31 assistentes sociais de 10 territórios de desenvolvimento diferentes: Planície Litorânea – 2, Cocal – 2, Entre Rios – 15, Carnaubais – 1, Vale do Sambito – 3, Vale do Canindé – 1, Vale do Rio Guaribas – 1, Chapada Vale do Rio Itaim – 2, Serra da Capivara – 1, Chapada das Mangabeiras - 3. A coleta de dados ocorreu de 2 de dezembro de 2021 a 30 de abril de 2022, após autorização da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI), bem como do consentimento dos/as participantes através da assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) pelos(as) respondentes e depoentes. O método utilizado foi o materialismo histórico e dialético de Marx e a análise de conteúdo. Conclui-se que há processos de trabalho diferentes em relação ao trabalho de assistentes sociais inseridos(as) em CAPS nos diferentes territórios de desenvolvimento piauiense. O perfil encontrado é de assistentes sociais, em sua maioria, mulheres, jovens, pardas e pretas, esposas e mães, egressas da UFPI, com renda salarial entre 1 e 4 salários-mínimos e formação a nível de especialização. Constatou-se que houve avanços no que diz respeito à descentralização e à regionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Piauí, com dispositivos em diversos municípios em todo o estado. Todavia, na capital existe uma rede de serviços estruturada com melhores condições de trabalho, vínculos empregatícios efetivos e maior preocupação com a qualificação permanente. Sobre os fundamentos, atribuições e competências profissionais, observa-se um certo desconhecimento sobre o que preconiza a formação. O caráter generalista e a capacidade para pesquisa intelectual da(o) assistente social aparenta ficar em segundo plano, pois as falas remetem a uma visão tecnicista da profissão. Com isso, a relevância desse estudo concentrou-se em produzir conhecimentos que possam favorecer os processos de trabalho de profissionais do Serviço Social e dos serviços de saúde, às instituições e à própria Rede de Atenção Psicossocial no Piauí e no Brasil.

Palavras-chave: Saúde Mental; Serviço Social; Processos de Trabalho.

ABSTRACT

The present study analyzed how the work processes of social workers are configured in the mental health policy of the state of Piauí, with emphasis on the performance in Psychosocial Care Centers - CAPS, from 2018 to 2022. The specific objectives were: to characterize the professional profile and the working conditions of the social workers inserted in the CAPS in the twelve (12) development territories in the state of Piauí; identify the main demands, instruments and responses to the expressions of the social question given by and by the social workers inserted in the CAPS in Piauí; understand the main fundamentals, skills and attributions demanded and used by social workers in their work at CAPS in Piauí, in the light of the Parameters for the Performance of Social Workers in the CEFSS Health Policy; to verify the approximations, divergences and particularities of the work processes of the social workers in the different municipalities of Piauí. The main categories that involved the study was: work process, Social Work and Mental Health. This is a qualitative research that used primary data – semi-structured interviews and a questionnaire with social workers who work at CAPS in Piauí – and secondary data – such as institutional documents, regulations, legislation, among others. Ten professionals from different municipalities were interviewed (Bom Jesus, Campo Maior, Floriano, Luís Correia, Picos, Piripiri, São João do Piauí, Teresina and Valença do Piauí). An online questionnaire was also applied to 31 social workers from 10 different development territories (Planície Litorânea – 2, Cocal – 2, Entre Rios – 15, Carnaubais – 1, Vale do Sambito – 3, Vale do Canindé – 1, Vale do Rio Guaribas – 1, Chapada Vale do Rio Itaim – 2, Serra da Capivara – 1, Chapada das Mangabeiras - 3). Data collection took place from December 2, 2021 to April 30, 2022, after authorization from SESAPI, CEP/UFPI and consent of the participants by signing the TCLE with the respondents and deponents. The method used was Marx's historical and dialectical materialism and content analysis. It is concluded that there are different work processes in relation to the work of social workers inserted in CAPS in the different territories of Piauí development. The profile found is of social workers, mostly women, young people, brown and black, wives and mothers, UFPI graduates, with salary income between 1 and 4 minimum wages and training at a specialization level. It was found that there were advances with regard to the decentralization and regionalization of the RAPS of Piauí, with devices in several municipalities throughout the state. However, in the capital there is a structured service network, with better working conditions, effective employment relationships and greater concern with permanent qualification. Regarding the foundations, attributions and professional competences, there is a certain lack of knowledge about what the training advocates. The social worker's generalist character and capacity for intellectual research seem to be in the background, as the speeches refer to a technician view of the profession. Thus, the relevance of this study focused on producing knowledge that can favor the work processes of professionals in the Social Work and health services, institutions, and the Psychosocial Care Network itself in Piauí and Brazil.

Keywords: Mental Health; Social Service; Work Process.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Código de Ética
CEP/UFPI	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Corona Vírus Disease, 2019
CR	Consultório de Rua
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
HUT	Hospital de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFCE	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MDER	Maternidade Dona Evangelina Rosa
MRP	Movimento de Reforma Psiquiátrica
MRPB	Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEP	Projeto Ético-Político do Serviço Social
PPGPP	Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
PET-Saúde/GraduaSUS	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PTM	Pessoa com Transtorno Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RJ	Rio de Janeiro
RP	Reforma Psiquiátrica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAPI	Secretaria de Estado da Saúde do Piauí

SEPLAN	Secretaria do Planejamento do Estado do Piauí
SOF	Sempreviva Organização Feminista
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UNILAB	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
UNITAU	Universidade de Taubaté
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPE	Universidade de Pernambuco

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Número de CAPS de 2002 a 2021.....	34
Figura 2 –	Incremento anual de CAPS – Brasil – 2003-2020.....	43
Figura 3 –	Mapa do Piauí dividido nos 12 Territórios de Desenvolvimento.....	47
Figura 4 –	Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes.....	52
Figura 5 –	Linha do Tempo: Principais Marcos Legais da trajetória da Atenção Psicossocial no Piauí.....	54
Figura 6 –	Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Piauí por Territórios de Desenvolvimento.....	88
Figura 7 –	Municípios em que as(os) assistentes sociais participaram da pesquisa respondendo aos questionários <i>on-line</i>	93

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Faixa Etária de Assistentes Sociais que trabalham em CAPS no Piauí.....	94
Gráfico 2 –	Identidade de Gênero de Assistentes Sociais que trabalham em CAPS no Piauí.....	95
Gráfico 3 –	Cor/Etnia das(os) assistentes sociais.....	97
Gráfico 4 –	Estado Civil dos(as) Assistentes Sociais que trabalham em CAPS no Piauí.....	98
Gráfico 5 –	Prole dos(as) Assistentes Sociais que trabalham em CAPS no Piauí.....	98
Gráfico 6 –	Tempo de Serviço de Assistentes Sociais nos CAPS do Piauí.....	100
Gráfico 7 –	Tempo de formação em Serviço Social das(os) assistentes sociais que atuam nos CAPS do Piauí.....	101
Gráfico 8 –	Grau de formação profissional das(os) assistentes sociais que atuam nos CAPS do Piauí.....	102
Gráfico 9 –	Tipo de Instituição de Ensino Superior em que realizou a graduação em Serviço Social.....	103
Gráfico 10 –	Modalidade de ensino em que realizou a graduação em Serviço Social....	103
Gráfico 11 –	Vínculos Empregatícios de Assistentes Sociais de CAPS no Piauí em outras instituições/políticas.....	108
Gráfico 12 –	Carga horária trabalhada nos CAPS.....	109
Gráfico 13 –	Principais expressões da questão social nos CAPS do Piauí.....	114
Gráfico 14 –	Ações socioassistenciais desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí.....	118
Gráfico 15 –	Ações socioeducativas desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí.....	119
Gráfico 16 –	Ações de mobilização, participação e controle social desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí.....	122
Gráfico 17 –	Ações de investigação, planejamento e gestão desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí.....	126
Gráfico 18 –	Ações de assessoria, qualificação e formação profissional desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí.....	128
Gráfico 19 –	Profissionais que mais desenvolvem atividades conjuntas com as(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí.....	129
Gráfico 20 –	Atividades desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais com a Equipe Multiprofissional.....	131
Gráfico 21 –	A formação profissional em Serviço Social e os fundamentos necessários para atuação no campo da saúde mental.....	132
Gráfico 22 –	Visão sobre o produto do seu trabalho enquanto assistente social de CAPS no Piauí.....	139

Gráfico 23 – Suspensão do atendimento ao público no CAPS durante a pandemia.....	151
Gráfico 24 – Mudanças ocorridas no trabalho dos CAPS durante a pandemia.....	151

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Componentes da RAPS.....	33
Quadro 2 –	Divisão do Piauí por região.....	48
Quadro 3 –	Competências e Atribuições Privatistas do Serviço Social.....	67
Quadro 4 –	Eixos de atuação a partir dos parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.....	77
Quadro 5 –	Sujeitos da pesquisa: entrevistas realizadas.....	85
Quadro 6 –	Componentes da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí.....	91
Quadro 7 –	Cursos de Bacharelado em Serviço Social no Piauí e em seus estados limítrofes.....	104
Quadro 8 –	Vínculos empregatícios das(os) assistentes sociais no CAPS do Piauí.....	106
Quadro 9 –	Remuneração mensal das(os) assistentes sociais em seu trabalho nos CAPS do Piauí na capital e no interior.....	110
Quadro 10 –	Trechos das entrevistas sobre o produto do trabalho das(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí.....	136
Quadro 11 –	Compreensão sobre as competências e atribuições das(os) assistentes sociais.....	140
Quadro 12 –	Dificuldades no processo de trabalho das(os) assistentes sociais.....	144

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO PIAUÍ.....	25
2.1	A trajetória da política de saúde mental no Brasil: do modelo manicomial à reforma psiquiátrica.....	25
2.2	A política nacional de saúde mental em tempos de neoliberalismo e neoconservadorismo.....	35
2.3	A política de saúde mental no cenário piauiense.....	44
2.3.1	Da Chapada das Mangabeiras ao Delta do Parnaíba: conhecendo a terra “Filha do sol do Equador”.....	45
2.3.2	Do pavilhão à galeria de arte do inconsciente: caminhos da política de saúde mental no Piauí.....	53
3	APREENSÕES SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	61
3.1	A inserção do Serviço Social na saúde e na saúde mental.....	61
3.2	O trabalho do Serviço Social na política de saúde mental.....	70
3.2.1	Compreendendo as categorias trabalho e processos de trabalho.....	70
3.2.2	O trabalho da(o) assistente social na política de saúde mental no contexto contemporâneo.....	76
4	OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL: uma análise da atuação nos CAPS do estado do Piauí.....	83
4.1	Percurso metodológico e as características dos territórios de desenvolvimento no Piauí.....	83
4.1.1	Características dos territórios de desenvolvimento no Piauí.....	87
4.2	Perfil das(os) Assistentes Sociais de CAPS no território piauiense.....	93
4.3	Assistentes Sociais e os CAPS: configurações dos processos de trabalho dessas(es) profissionais no cenário piauiense.....	112
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
	REFERÊNCIAS.....	161
	APÊNDICES.....	172
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	173
	APÊNDICE B - Termo de Confidencialidade.....	175
	APÊNDICE C - Declarações do(s) Pesquisador(es).....	176
	APÊNDICE D - Roteiro de entrevista estruturada com as(os) assistentes sociais que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial do Piauí.....	177

APÊNDICE E – Questionário do perfil das(os) assistentes sociais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial do Piauí.....	178
ANEXOS	184
ANEXO A - Autorização da SESAPI.....	185
ANEXO B - Anuência CEP/UFPI.....	186

1 INTRODUÇÃO

Este estudo analisou como se configuram, na atualidade, os processos de trabalho das e dos assistentes sociais que atuam na Política de Saúde Mental, tendo como *locus* de investigação o trabalho profissional nos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Piauí.

O interesse pela temática perpassa o trajeto vivenciado pela pesquisadora desde a graduação em Serviço Social na Universidade Federal do Piauí, na cidade de Teresina, no período de 2015-2018, através da inserção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/GraduaSUS), tendo como um dos campos de prática o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Leste. Além disso, realizou Estágio Supervisionado no Hospital de Urgência de Teresina (HUT) e o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no cenário da Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), nos leitos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), indicando o desejo pelo estudo do tema da saúde mental.

O atual modelo de sociedade capitalista e as constantes transformações no mundo do trabalho despertaram a motivação de investigar sobre suas repercussões no exercício profissional das e dos assistentes sociais, duplamente afetados(as) pelos desafios cotidianos da classe trabalhadora, haja vista fazerem parte da “classe-que-vive-do-trabalho”¹, assim como atuam nos seus diversos espaços sócio-ocupacionais com usuários que são, notadamente, impactados pelos efeitos da precarização do trabalho, pela ampliação do desemprego e o desfinanciamento das políticas e dos serviços sociais.

Na atualidade, o Serviço Social é regulamentado como profissão da saúde, conforme a Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o que também está disposto na Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Mas esse é um campo histórico de atuação profissional, permanecendo na atualidade como espaço de grande absorção de assistentes sociais, o que justifica a importância da realização de estudos sobre esse tema.

No tocante à saúde mental, Vasconcelos (2002) defende que as primeiras escolas de Serviço Social no Brasil tiveram influência do Movimento de Higiene Mental, com destaque para a Escola do Rio de Janeiro. Assim, as e os assistentes sociais, nos primórdios no País,

¹ No contexto dos rearranjos do mundo do trabalho contemporâneo, Ricardo Antunes (2006) utiliza o termo “classe-que-vive-do-trabalho” para referir-se aos trabalhadores, tanto homens como mulheres, que estão inseridos no mercado de trabalho e os que estão compondo o “exército industrial de reserva”. Discute ser essencial para o funcionamento do capitalismo não só o trabalhador produtivo, como também o improdutivo.

tinham uma formação marcada pela influência higienista, aliada aos fundamentos da doutrina católica e do Serviço Social franco-belga. Ainda, o autor afirma que a presença dessa categoria nos hospitais psiquiátricos e manicômios era frequente, atuando principalmente no processo de inscrição, no “tratamento social de caso” e ajustamento de conduta. E mesmo sendo uma área de atuação histórica da profissão, para Vasconcelos (2002), as(os) assistentes sociais passam a ter um “recalcamento” de se aproximar de temas como a subjetividade e saúde mental, pelo temor de retorno ao conservadorismo da profissão.

Nesse sentido, as(os) assistentes sociais atuam nos diversos dispositivos da saúde mental, tendo como fundamento a formação generalista e crítica inserida no campo das ciências sociais aplicadas, compreendendo a saúde a partir de uma concepção ampliada, em um processo de trabalho que deve ter como norte os fundamentos do Projeto Ético-Político da profissão, aliado à perspectiva da Reforma Psiquiátrica e Sanitária. Isto, pois a saúde mental se consolida enquanto política pública social firmada pela lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que se configura como fruto da luta, principalmente, de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental pela garantia de direitos e vida digna, conquistas da Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados os “carros-chefes” da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo serviços especializados de atendimento “porta aberta”, que primam pelo cuidado à pessoa com transtorno mental no território, pautado no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, onde atuam equipes multiprofissionais. Assim, o estudo sobre esses serviços contribui não apenas com a produção de conhecimentos na academia, mas com sua avaliação, valorização e disseminação de informações à comunidade.

Nessa direção, no que tange aos CAPS, o quantitativo de assistentes sociais, segundo o DATASUS, representa 3.902 profissionais de Serviço Social no âmbito nacional, e 81 a nível estadual, constituindo como grande empregadora a área da saúde, o que remete à importância deste estudo que se comprometeu a analisar os processos de trabalho.

É importante compreender que a reforma psiquiátrica aconteceu de forma diversificada em cada país e região, e no Piauí não foi diferente. Sobre isso, Rosa (2008) aponta que os serviços alternativos, em substituição aos hospitais psiquiátricos, por muitas vezes se deram por investidas do Ministério Público a gestores, principalmente da capital piauiense, resultando na criação de dois CAPS, um na zona norte e outro na zona leste de Teresina, no ano de 2005, observando-se com isso uma particularidade do estado no que tange à Reforma Psiquiátrica. Assim, Rosa e Guimarães (2017) abordam que o processo de institucionalização dos princípios

da reforma no Piauí se deu de forma lenta, com um desenvolvimento acelerado a partir de 2005, com a criação de CAPS, e a ampliação da rede através de serviços residenciais terapêuticos e implantação de leitos em hospitais gerais. Esse fato reitera a importância de se ter estudos atuais que analisem as particularidades da implementação da política de saúde mental no decorrer dos 20 anos da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001). Ademais, a maioria das pesquisas realizadas estão centradas em Teresina, capital do estado, sendo necessário mais investigações que permitam compreender as distinções e especificidades na RAPS nos diferentes municípios, permitindo uma reflexão sobre os processos de descentralização e regionalização dos serviços.

Apesar de haver uma ampliação de estudos sobre o Serviço Social na saúde mental na última década, a maioria das produções ainda estão concentradas na região sul e sudeste:

Apesar dos avanços significativos das produções e do acúmulo já consignado, inclusive em trabalhos já publicados em anais de eventos da categoria, observa-se que a produção, sobretudo no formato de livros, concentra-se sua atenção para a experiência de assistentes sociais na cidade/estado do Rio de Janeiro. Além disso, ainda persistem várias e sérias lacunas sobre a complexidade do trabalho do assistente social na saúde mental, em diferentes equipamentos, territórios e eixos (ROSA, 2016, p. 26).

Um dos estudos realizados por Rosa (2008), que merecem destaque, foi um perfil dos assistentes sociais que atuavam na assistência psiquiátrica piauiense nos anos 2006 e 2007, quando existiam CAPS com assistentes sociais apenas na capital e em outras 6 cidades. Essa pesquisa foi realizada há mais de 15 anos, quando começou a implementação da Reforma Psiquiátrica no estado, visto que o primeiro CAPS foi habilitado no ano de 2005. Além disso, foi o único trabalho encontrado, que propôs realizar um levantamento sobre o perfil e a atuação das e dos assistentes sociais que atuam na política de saúde mental na realidade piauiense de forma ampla, tendo em vista que os demais estudos encontrados foram realizados em âmbito institucional ou local, sobretudo no cenário de Teresina, tendo poucas investigações sobre as particularidades dos processos de trabalho nos municípios do interior do Estado. Nesse sentido, esta investigação de dissertação propõe trazer um olhar ampliado sobre a categoria, contribuindo com dados sobre o exercício profissional nos dispositivos de atenção psicossocial na atualidade no Piauí, deslocando análise apenas da capital como será visto nos capítulos subsequentes.

Diante do exposto, reflete-se acerca do fazer profissional da(do) assistente social na política de saúde mental no Piauí. Dessa forma, buscou-se redarguir a questão norteadora central subsequente: como se configuram os processos de trabalho das(os) assistentes sociais

na política de saúde mental do estado do Piauí, com destaque para a atuação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)?

Dessa forma, tem-se como objetivo geral: analisar como se configuram os processos de trabalho das e dos assistentes sociais na política de saúde mental no estado do Piauí, com destaque para a atuação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no período de 2018 a 2022. E como objetivos específicos: 1. caracterizar o perfil profissional e as condições de trabalho das e dos assistentes sociais inseridos em CAPS nos doze (12) territórios de desenvolvimento no estado do Piauí; 2. identificar as principais demandas, instrumentos e respostas às expressões da questão social dadas pelas e pelos assistentes sociais inseridos em CAPS no Piauí; 3. compreender os principais fundamentos, competências e atribuições demandadas e utilizadas pelas e pelos assistentes sociais no seu trabalho nos CAPS do Piauí, à luz dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do CEFSS; 4. verificar as aproximações, divergências e particularidades dos processos de trabalho das(os) assistentes sociais nos diferentes municípios do Piauí.

Posto isso, esta é uma pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (2016, p. 21-22), preocupa-se com “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”. Trata-se de um estudo de campo, que segundo Gil (2008), é um estudo aprofundado de questões presentes em um determinado grupo, utilizando técnicas como a observação e análise das estruturas e formas de organizações do grupo.

Nesse sentido, o campo empírico para a referida investigação foram os Centros de Atenção Psicossocial, em suas várias modalidades, dos diferentes Territórios de Desenvolvimento do estado do Piauí, visto ser esse o principal serviço acessado na Rede de Atenção Psicossocial, um ponto estratégico da RAPS e considerado “carro-chefe” da reforma psiquiátrica no Brasil.

Ademais, este estudo foi embasado pela leitura dos principais autores e bibliografias referentes ao tema, bem como de trabalhos disponíveis em plataformas como *Scielo*, bancos de dados da Universidade Federal do Piauí, Plataformas do Governo Federal Brasileiro e informações da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

A revisão de literatura utilizada foi a do tipo narrativa², que selecionou artigos, livros, teses e dissertações sobre as categorias Trabalho, Serviço Social, Saúde Mental e Piauí, cuja

² Segundo Rother (2007, p. 1), “as revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos (1)

seleção foi realizada a partir da subjetividade da pesquisadora, sem necessariamente sistematizar diversos estudos e metodologias acerca dos descritores.

Foi utilizada também a triangulação de dados³ como forma de desenvolver o estudo, visto que foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a temática, com a utilização de dados primários, como as entrevistas estruturadas e o questionário *on-line*, bem como foram utilizados dados dispostos em *sites* oficiais, dados sobre a RAPS no Piauí, disponibilizados pela SESAPI no Portal da Saúde, como também o número de CAPS e assistentes sociais de CAPS disponíveis na plataforma DATASUS; e a própria legislação vigente, o que possibilitou analisar o objeto a partir da literatura, dos documentos como o Relatório Anual de Gestão de 2019 e 2020 da SESAPI, e das vivências relatadas.

O método de análise foi o materialismo histórico e dialético de Marx, buscando ir além dos significados dispostos na aparência. Isto é, por materialismo histórico entende-se como o “caminho teórico que aponta a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade” (MINAYO, 1993, p. 107). Já a dialética é a metodologia utilizada para captar a realidade, “é a estratégia de apreensão e compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade [...] de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos” (MINAYO, 1993, p. 108).

Como forma de análise e interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, que segundo Minayo “diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (MINAYO, 2014, p. 303). Ainda sobre isso, para Bardin (2016), a análise de conteúdo pode ser entendida como:

Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas – desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade (BARDIN, 2016, p. 15).

Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.”

³ A triangulação “significa você assumir diferentes perspectivas sobre um tema que você esteja estudando ou no responder às suas questões de pesquisa [...] mediante o uso de vários métodos ou várias abordagens teóricas [...] pode se referir à combinação de diferentes tipos de dados no pano de fundo das perspectivas teóricas que você aplica aos dados” (FLICK, 2013, p. 183).

Isto é, o estudo buscou, de forma objetiva e sistemática, analisar os dados, sentidos e significados obtidos com a pesquisa, sendo uma análise qualitativa que teve a intenção de compreender o conteúdo para além do que os dados quantificados possam expressar.

Vale destacar que este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI), via Plataforma Brasil, com CAAE: 53053321.1.0000.5214, por envolver seres humanos. Também foi autorizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI). Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) tanto nas entrevistas quanto nos questionários, sendo a coleta de dados realizada apenas depois de autorizada pela SESAPI e pelo CEP-UFPI. Também está em conformidade com os aspectos éticos da pesquisa estipulados nas resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012; e nº 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

Como forma de coleta de dados primários, utilizou-se das técnicas da entrevista e questionário. No correspondente à entrevista, segundo Gil (2008, p. 109), ela é definida “como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”. O tipo de entrevista que se realizou foi a entrevista estruturada que, segundo Minayo (2008, p. 261), é um tipo de entrevista em que a “sondagem de opinião, no caso de ser elaborada mediante um questionário totalmente estruturado, no qual a escolha do informante está condicionada a dar respostas a perguntas formuladas pelo investigador”; possibilitando maior apreensão sobre o objeto.

Por se tratar de uma pesquisa de campo, os sujeitos foram os(as) assistentes sociais que trabalham na política de saúde mental, especificamente nos dispositivos do CAPS do estado do Piauí. Para tal, adotou-se como critérios de inclusão: a) possuir idade igual ou superior a 18 anos e participar da pesquisa; b) ser assistente social; c) estar devidamente registrado no Conselho Regional de Serviço Social do estado do Piauí (CRESS – 22ª REGIÃO – PI); d) possuir vínculo empregatício (efetivo/concursado, cargo comissionado, contrato temporário, voluntário ou outra forma de prestação de serviço) como assistente social em CAPS no Piauí. Já os critérios de exclusão foram: a) possuir idade inferior a 18 anos; b) pertencer a outra categoria profissional que não seja assistente social, mesmo que trabalhe em CAPS no Piauí; c) ser assistente social que atue em outro estado brasileiro, que não seja o Piauí; d) assistente social que trabalhe no Piauí, mas que não possua vínculo empregatício em CAPS.

Dito isso, foram planejadas 12 entrevistas com assistentes sociais, sendo a proposta de pesquisa entrevistar 1 profissional em cada um dos territórios de desenvolvimento do Piauí, com base em roteiro preestabelecido (APÊNDICE D). A proposta da pesquisa era que os profissionais selecionados fossem preferencialmente os que atuassem em CAPS do tipo II, por

se configurar em uma modalidade destinada a um maior número de usuários, em razão de ser indicado a municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes, ou que trabalhe em CAPS I com mais tempo habilitado, dentre os que compõem cada território, sendo escolhidas(os) as(os) assistentes sociais com maior tempo no serviço dos CAPS no estado do Piauí.

Assim, foram escolhidos, a priori, sujeitos que trabalhassem no CAPS II de Parnaíba, no que tange ao território da Planície Litorânea, porém, não foi possível, no momento da coleta de dados, sendo necessária a substituição pela(o) participante do CAPS I de Luís Correia, no mesmo território. Em Picos, que corresponde ao Vale do Rio Guaribas, também houve substituição, e a entrevista foi realizada com a(o) profissional do CAPS AD, pela indisponibilidade com assistentes sociais do CAPS II. No território Serra da Capivara, a(o) assistente social do CAPS II do município de São Raimundo Nonato foi substituído pela(o) do CAPS I de São João do Piauí, pois a(o) profissional do primeiro não quis participar, sendo respeitada sua decisão. Em relação a Paulistana, na Chapada Vale do Rio Itaim, e a Uruçuí, no Tabuleiros do Alto Parnaíba, não foram realizadas entrevistas, por não conseguir contatar nenhuma(um) assistente social que se dispusesse a participar da pesquisa. Nos demais territórios, foi possível seguir o planejamento inicial.

Com relação aos questionários, o contato com as(os) sujeitos variou entre 3 e 5 tentativas de aproximação, sendo a recusa expressa ou a falta de retorno ao primeiro contato entendida como não interesse em participar da pesquisa, sendo sua vontade respeitada. No período do estudo, a pesquisadora realizou contato com 50 profissionais que atuavam em CAPS, todavia, apenas 31 concordaram em participar.

As entrevistas estruturadas tiveram em média de 11 a 60 minutos de duração e foram realizadas de maneira remota, através da plataforma *Google Meet*, após autorização do participante e o aceite expresso no TCLE, sendo gravadas e posteriormente transcritas, seguindo as recomendações da Comissão Nacional de Ética na Pesquisa (CONEP). As perguntas feitas pela pesquisadora foram abertas, de acordo com os objetivos da pesquisa, e os entrevistados responderam livremente. Dessa forma:

2.1.2. Qualquer convite individual deve esclarecer ao candidato a participantes de pesquisa, que antes de responder às perguntas do pesquisador disponibilizadas em ambiente não presencial ou virtual (questionário/formulário ou entrevista), será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ou Termo de Assentimento, quando for o caso) para a sua anuência (BRASIL, 2021, [n. p.]).

Já o questionário, de acordo com Richardson (2012, p. 189), “permite observar as características de um indivíduo ou grupo”, ou seja, é uma forma de descrever e caracterizar o

objeto a ser estudado. Com isso, o questionário empregado foi construído em um modelo que combinou perguntas fechadas e abertas, para melhor analisar o objeto, com base em roteiro preestabelecido (APÊNDICE E). Dessa forma, foi criado o formulário *on-line*, por meio do *Google Forms*, com perguntas abertas e fechadas, de acordo com os objetivos da pesquisa, com estimativa de tempo médio para resposta de 10 a 20 minutos. O questionário foi disponibilizado por *e-mail* e por *WhatsApp* aos(as) assistentes sociais que trabalharam nos CAPS no estado do Piauí no período da coleta de dados, independente do tempo de trabalho nesses serviços. Esse instrumento foi respondido de acordo com a indicação de assistentes sociais participantes da pesquisa, através da técnica de bola de neve (*snowball*), que consiste em:

[...] lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa [...] Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador (VINUTO, 2014, p. 203).

Vale destacar que, como as entrevistas, os questionários também seguiram as recomendações do CEP/CONEP. A intenção era atingir todas(os) as(os) assistentes sociais que trabalhassem em CAPS do Piauí, por meio do questionário *on-line*, e/ou atingir pelo menos 60% desses profissionais. Contudo, somente foram respondidos 31 questionários, correspondendo a aproximadamente 38,27%⁴ das(os) sujeitos. Esse resultado se dá em virtude da dificuldade de contactar profissionais, principalmente dos municípios do interior, e mesmo quando contactado, nem sempre se tinham o apoio e a aderência a participar da pesquisa. Também outro fator que influenciou diretamente no estudo foi a pandemia de COVID-19, desenrolada no adoecimento, contaminação e medo que gerou não só aos respondentes, mas à população em geral.

A significância desse estudo concentra-se em produzir conhecimento com a pretensão de analisar, apontar e caracterizar os desafios e as possibilidades no trabalho das e dos assistentes sociais inseridos(as) no cenário da saúde mental piauiense nos dispositivos do CAPS, propiciando informações que possam favorecer o processo de trabalho de profissionais do Serviço Social, contribuir com a qualificação profissional, fornecendo subsídios teórico-metodológicos que auxiliem no aperfeiçoamento teórico, operacional e ético-político no seu

⁴ Por se tratar de um estudo qualitativo, esta dissertação não teve foco apenas em quantificar dados, mas em tentar apreender os significados e sentidos que os achados da pesquisa continham.

fazer profissional, como também, ao disponibilizar as contribuições do estudo para auxiliar os serviços de saúde, as instituições e a própria Rede de Atenção Psicossocial no Piauí e no Brasil.

Assim, a presente dissertação se dividida em 4 seções, sendo essa a primeira. As subsequentes são: 2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO PIAUÍ, que aborda a trajetória histórica, dos primórdios à contemporaneidade, da política de saúde mental no contexto nacional e estadual; 3. APREENSÕES SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL versa sobre o surgimento do Serviço Social no Brasil até os dias atuais, destaca os marcos legais da profissão e sua inserção na saúde mental, como também discute categorias como trabalho e processos de trabalho; por fim, 4. OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM EM CAPS NO ESTADO DO PIAUÍ refere-se à metodologia utilizada e à análise dos dados empíricos coletados na pesquisa.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO PIAUÍ

Este capítulo tem como objetivo discutir sobre a construção da política de saúde e saúde mental no contexto brasileiro, como também no cenário piauiense. Para tanto, buscou-se analisar a temática a partir das principais leis, decretos e portarias sobre o assunto, como também, dialogar com autores como Bravo (2006, 2018), Amarante (1996, 2009), Bisneto (2007), a nível nacional; e Rosa (2008, 2016, 2017), Pereira (2015, 2020), Guimarães (2020), no que diz respeito ao Piauí, dentre outros.

O capítulo está dividido nas seguintes seções: **2.1 A trajetória da política de saúde mental no Brasil: do modelo manicomial à reforma psiquiátrica**, que traça uma linha histórica da construção da política de saúde e saúde mental; **2.2 A política nacional de saúde mental em tempos de neoliberalismo e neoconservadorismo**, que aborda a questão das forças antagônicas que disputam a política. Tem-se ainda o tópico **2.3 A política de saúde mental no cenário piauiense**, que está subdividido em: **2.3.1 Da Chapada das Mangabeiras ao Delta do Parnaíba: conhecendo a Filha do Sol do Equador**, que relata brevemente a formação socioeconômica do Piauí e faz a caracterização dos territórios de desenvolvimento do estado; e, por fim, **2.3.2 Do Pavilhão à Galeria de Arte do Inconsciente: caminhos da política de saúde mental no Piauí**, que aborda a trajetória e construção da política de saúde mental no caso do Piauí.

2.1 A trajetória da política de saúde mental no Brasil: do modelo manicomial à reforma psiquiátrica

Ao se debruçar sobre a história da saúde mental no Brasil, essa nem sempre foi tratada como um direito social. Durante o processo de colonização das terras brasileiras pelos portugueses, a assistência médica era quase que inexistente. No período do Brasil Império, a assistência à saúde, as pessoas consideradas “loucas” (também estereotipadas de perigosas, incapazes e motivo de vergonha) era realizada por asilos e Santas Casas, serviço de caráter primordialmente messiânico e que, muitas vezes, atuava como forma de enclausurar os considerados desviantes do padrão, como as pessoas com transtorno mental.

No início do século XX, tem-se a publicação do Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganiza a assistência à pessoa com transtorno mental, ou como o próprio decreto aborda, “alienados” em asilos. O decreto aborda a visão sobre o “louco” como perigoso e/ou incapaz, pois em seu artigo primeiro, traz que o “indivíduo que, por moléstia mental,

congenita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (BRASIL, 1903, [n. p.]). Seguindo a lógica manicomial da época, de enclausuramento dos considerados “anormais”, em 25 de maio de 1921 é publicado o Decreto nº 14.831, que aprova e regulamenta o primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina, para pessoas com “moléstia mental⁵” que tenham conflito com a lei.

Em 27 de dezembro de 1923, o Decreto nº 4.778 reconhece a Liga Brasileira de Higiene Mental como algo de utilidade pública, e em consonância, em 3 de julho de 1934, o Decreto nº 24.559 é publicado, que “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências” (BRASIL, 1934, [n. p.]), também instituindo o Conselho de Proteção aos Psicopatas.

Com o avançar do processo de industrialização, também em 1923 foi instituída a Lei Eloy Chaves, que cria a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) dos trabalhadores ferroviários; e em 1933, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões, fatos importantes para a construção do que seria depois de anos a previdência social.

Dando prosseguimento à trajetória da saúde mental, em 1946, o Ministério da Educação e Saúde é autorizado, pelo Decreto-Lei nº 8.550, “a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional” (BRASIL, 1946, [n. p.]). Isso possibilitou a construção e habilitação de hospitais e serviços psiquiátricos nas regiões do País.

Principalmente na Era Vargas, observa-se que existiam dois modelos de assistência à saúde: de um lado, a assistência à saúde pública, com aspectos preventivos e associada a instituições ligadas à Igreja; de outro lado, a assistência à saúde focada na atenção curativa com assistência médica regulada pela previdência social. Nesse período, segundo Bisneto (2007), haviam os hospitais gerais ou psiquiátricos da rede dos IAPs para os trabalhadores e seus dependentes, além de poucos hospícios estatais e poucas clínicas psiquiátricas privadas. Assim, era uma assistência psiquiátrica ligadas a grandes instituições, nos grandes centros urbanos, e que focavam na doença.

Como resultado da junção de todos os IAPs do período, em 1966 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e em 1967, foi instituído pelo Decreto nº 60.252, o Ministério da Saúde, como também a Campanha Nacional de Saúde Mental. Com esse cenário de mudanças na saúde e previdência, Bisneto (2007) afirma que:

⁵ Nomenclatura utilizada pelo Decreto para designar pessoa com transtorno mental.

O número de hospícios no Brasil teve um grande aumento após 1964 com as reformas da saúde e da previdência promovidas pela ditadura militar, com administração centralizada e com a privatização do atendimento médico. Com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada abriam-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS (BISNETO, 2007, p. 23).

Com o passar dos anos, no período da Ditadura Militar no Brasil ocorreu o fortalecimento do modelo manicomial. Sobre isso, segundo Cabral e Darosci (2019), o momento entre as décadas de 1964 a 1974 ficou conhecido como “indústria da loucura”, em cujo período houve a expansão dos leitos em hospitais psiquiátricos, reforçando a tendência manicomial à assistência psiquiátrica oferecida na época. É importante destacar que essa “indústria da loucura” trata a “loucura” como mercadoria e lucra com ela, primando pelo cuidado através da reclusão e do uso de psicotrópicos, fazendo girar o capital farmacêutico.

Em 1977, é criado pela Lei nº 6.439, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Desse modo, a saúde seguia uma lógica mercadológica e assistencialista, estando inserida na pasta da previdência social, com suas ações centralizadas, focalizadas e destinadas aos trabalhadores e aos seus familiares que contribuíam junto ao INAMPS. Para as demais camadas da sociedade que não tinham condições de contribuir para o INAMPS, apenas restava a caridade, ou seja, as classes pauperizadas e à margem do mercado de trabalho formal ficavam à mercê de entidades filantrópicas e religiosas, observando-se uma cidadania seletiva e “regulada”⁶ (SANTOS, 1987).

Assim, a assistência psiquiátrica oferecida à pessoa com transtorno mental, na época, seguia o modelo centrado na doença e no isolamento nos hospícios e manicômios, que eram instituições de longa permanência, com atendimento marcado pela segregação, discriminação e violação de direitos humanos. Dessa forma, Noeremberg *et al.* (2013, p. 362) relatam que “o foco de atenção não era a pessoa, mas a doença. As pessoas com transtorno mental eram marginalizadas e desprovidas de autonomia, não sendo vistas como indivíduos ativos na sua terapêutica”.

Diante do cenário de Ditadura Militar, o País também era permeado por lutas e movimentos sociais contra o modelo ditatorial e em prol da democracia, das liberdades e dos direitos, sobretudo nas décadas de 1970 e 1980. Exemplo disso foi o movimento “Diretas já”, que ganhou as ruas em todas as regiões do País cobrando o direito ao voto direto, a escolher

⁶ Wanderley dos Santos, em sua obra *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*, utiliza o termo “cidadania regulada” para explicar o conceito da marginalização das camadas sociais pauperizadas, que não tinham acesso ao emprego formal e contributivo, elencando, assim, quem é e quem deixar de ser considerado cidadão na lógica do mercado.

seus representantes e abertura do Congresso. A efervescência popular por melhores condições de vida e por cidadania culminou com o fim da ditadura e a redemocratização do Brasil.

Um desses movimentos foi o da Reforma Sanitária, composto por grupos da sociedade civil como profissionais de saúde, líderes comunitários, universitários, dentre outros, que defendiam a saúde como direito, a partir de uma compreensão ampliada para além da ausência de doença. De acordo com Bravo (2006), a Reforma Sanitária tinha como propostas principais a universalização do acesso à saúde como direito social e dever do Estado. A política deveria organizar-se em um sistema unificado que contemplasse tanto a saúde individual quanto coletiva, descentralização da tomada de decisão, financiamento efetivo e democratização por meio de conselhos de saúde. Essa reforma na saúde ultrapassa os interesses de profissionais e usuários dos serviços, abarcando vários seguimentos populacionais, constituindo-se em um movimento de caráter político e democrático. Segundo Bravo (2006), a saúde não deveria ser encarada como mercadoria, mas sim como um direito social. Também propunha a intersetorialidade nos serviços como forma de atendimento integral, pois para alcançar a integralidade, as ações propostas deveriam ir além do setor da saúde.

Como desdobramento da Reforma Sanitária tem-se a 8ª Conferência Nacional em Saúde, em 1986, um dos marcos para a construção de um Sistema Único de Saúde, que trouxe melhores condições de saúde e de vida à população brasileira. Dessa forma:

[...] o Projeto da Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário, vigente no Brasil até o advento do SUS, por parte das universidades e entidades que congregavam o pensamento sanitário brasileiro (Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Foi influenciado, entre outros, pelo Movimento da Reforma Sanitária Italiana, e pelo novo pensamento em saúde latino-americano, que, por essa época, discutia e formulava um novo referencial para a explicação do processo saúde-doença, o modelo da determinação social (BRAVO *et al.*, 2018, p. 9).

Concomitantemente, no âmbito da saúde mental também se tinha o movimento de Reforma Psiquiátrica, que denunciava os maus-tratos e as violências existentes nos manicômios, exigindo uma nova forma de pensar o tratamento e a assistência às pessoas com transtornos mentais:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos

sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. 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 (BRASIL, 2005, p. 6).

Assim, o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro (MRPB) surge contra o modelo hospitalocêntrico de reclusão e segregação da pessoa com transtorno mental. Entendia-se que a esses sujeitos deveriam ser oferecidos serviços que estimulassem uma vida em comunidade, que a eles fossem assegurados os mesmos direitos dos outros cidadãos, ou seja, a exclusão social não deveria ser uma resposta a essas demandas. As propostas da Reforma Psiquiátrica se alinhavam ao momento em que se encontrava o Brasil, com o processo de redemocratização, lutas e conquistas de direitos. Com isso, o MRPB aponta que:

É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, de forma geral, que usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do louco da sociedade. Afinal, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo lugar social para os “loucos” (BRASIL, 2005, p. 40).

Diante disso, vale apontar que para alguns autores, como por exemplo Rosa (2016), a Reforma Sanitária não é avessa à Reforma Psiquiátrica, mas sim um capítulo dela, ganhando “identidade própria por lutar em prol dos direitos civis das pessoas com transtorno mental, excluídas do convívio social, enquanto a segunda destacava os direitos sociais, não sendo excludentes entre si, mas complementares” (ROSA, 2016, p. 21).

Nessa direção, Amarante (2009) afirma que o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro foi inspirado pelo pensamento de Basaglia⁷ com a Psiquiatria Democrática italiana. O MRPB, junto à Luta Antimanicomial, busca cessar com o velho modelo de atenção psiquiátrica com foco no estudo e no cuidado centrados na doença e na segregação social, ou seja, “[...] a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença” (AMARANTE, 2009, p. 5). Isso significa que é necessário romper com a ideia de centrar a atenção na doença, e não no sujeito e suas diversas particularidades e os fenômenos que compõem seu cotidiano. Com isso, o MRPB tem por objetivo, além da [...] “transformação do modelo assistencial (que, como vimos, é um elemento apenas de uma de suas dimensões), a

⁷ Franco Basaglia foi um médico psiquiatra italiano crítico ao modelo tradicional de medicina que focava na doença e no tratamento restrito ao interior de instituições como manicômios. Defensor do cuidado humanizado e pioneiro no movimento que veio a se chamar de Psiquiatria Democrática Italiana, e que influenciou o modo de cuidado na atenção psiquiátrica de outras partes do mundo, inclusive o Brasil, com o Movimento de Reforma Psiquiátrica, dentre outros aspectos elencados por Amarante (1996).

transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência” (AMARANTE, 2009, p. 2).

Ainda nesse sentido, Amarante (2020) aborda que o Movimento de Reforma Psiquiátrica possui quatro dimensões: a primeira é a dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, que corresponde ao saber psiquiátrico sobre a loucura e suas nuances no decorrer das épocas. Essa parte discute a “reflexão sobre o saber e as práticas psiquiátricas em busca de novas formas de cuidado e tratamentos efetivos, e não de isolamento, segregação e violência” (AMARANTE, 2020, p. 19). A segunda é a dimensão técnico-assistencial, que diz respeito às ações e serviços de atenção psicossocial consolidadas na RAPS e nos demais setores, primando pelo cuidado no território e pelo fortalecimento de vínculos familiares e sociais, sendo que essa atenção à Pessoa com Transtorno Mental (PTM) deve entender o “sujeito em sua integralidade, evitando o afastamento do paciente da sua família e da comunidade: tratamento individual ou grupal, atividades de inserção social – trabalho, lazer etc.” (AMARANTE, 2020, p. 21). A terceira é a dimensão jurídico-política, que rompe com a noção de que a PTM precise de tutela e curatela, defendendo a emancipação e a garantia da cidadania dos usuários, incentivando-os a organizar-se coletivamente por seus direitos. E, por fim, a quarta dimensão sociocultural propõe rever valores e crenças estigmatizantes, discriminatórias, excludentes e preconceituosas, na busca pela transformação do imaginário social e o lugar da “loucura”, apontando que:

Existem três linhas de atuação para a busca deste objetivo de transformar o imaginário, as representações, as relações sociais com a loucura/transtorno mental: 1. a participação social e política de todos os atores sociais envolvidos no processo; 2. as iniciativas de trabalho, geração de renda e cooperativismo social; e, 3. Os projetos artístico-culturais nos quais participam os usuários e outros profissionais (AMARANTE, 2020, p. 25).

Dessa forma, o MRPB luta contra a reclusão, a dependência e o foco na doença do modelo hospitalocêntrico e privatista, que primava pela segregação da pessoa com transtorno mental na sociedade e, portanto, compreende esses sujeitos como cidadãos. Com isso, as ações destinadas a esse público, em especial os serviços de saúde, deveriam incentivar o desenvolvimento da vida da pessoa com transtorno mental em comunidade, na família, com estímulo à escolarização e ao trabalho, no intuito de colaborar com a inserção social no território, instigando a emancipação e o empoderamento dos usuários.

Nessa direção, é importante ressaltar a luta dos movimentos sociais, que ultrapassa o campo da saúde, salientando as grandes conquistas de direitos sociais firmados pela Constituição Cidadã, como ficou conhecida a CF/1988. Nesse sentido, vale destacar a

Seguridade Social, disposta no art. 194, que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, [n. p.]). Outro que vale mencionar é o art. 196, que estabelece ser a saúde um “[...] direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988, [n. p.]).

Por volta da década de 1990, como resultado da Luta Antimanicomial⁸ e da Reforma Psiquiátrica, deu-se início, de forma lenta e gradual, às ações e aos serviços psicossociais de base territorial e comunitária, em contrapartida ao antigo modelo de assistência hospitalocêntrico e manicomial.

Como resultado dos movimentos e lutas sociais do processo de redemocratização, tem-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que relata “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990a, [n. p.]); como também, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990b, [n. p.]).

Ainda, ao abordar as conquistas da Reforma Psiquiátrica, é importante elencar a promulgação da Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001, que ficou nacionalmente conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, [n. p.]), constituindo-se como marco histórico de conquista da mencionada reforma. Outro fator importante com essa lei, é que ela passa a incluir a família no processo de cuidado ao usuário, apontando também a importância do viver em comunidade.

Isso tudo foi graças à mobilização pela luta do MRPB e parte da sociedade civil em prol da ampliação dos direitos sociais das(os) brasileiro(as), no caso da saúde/saúde mental. Mas a construção dessa política não foi fácil, era e é uma luta diária. Os desafios para a manutenção e consolidação da cidadania da pessoa com transtorno mental é constante e permeado por interesses, de um lado, a favor da ampliação de serviços públicos e de qualidade; e de outro está a visão mercadológica e direcionada a planos privados.

⁸ A Luta Antimanicomial pode ser compreendida como a luta pelos direitos da pessoa com transtorno mental, indo contra a concepção de que se precisaria isolar/enclausurar a pessoa com transtorno mental em favor do cuidado à doença, ao tratamento. A luta antimanicomial defende o direito à liberdade, o viver em sociedade, o ir e vir para todos os cidadãos, inclusive a pessoa com transtorno mental, primando pelo cuidado integral no território e em sociedade, respeitando as particularidades de cada um.

Em direção à construção da política de saúde mental, em 19 de fevereiro de 2002 são instituídos, em todo o território nacional, pela Portaria nº 336, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas várias modalidades (tipos: I, II, III, ad, i), direcionados às pessoas com transtorno mental grave e persistente. São dispositivos de base territorial e comunitária, de trabalho interdisciplinar e diálogo intersetorial. Atuando como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e manicômios, desenvolvendo um importante papel na organização e efetivação da atenção em saúde mental, sendo considerado o principal serviço e representante da Reforma Psiquiátrica.

Por conseguinte, tem-se, em 28 de junho de 2011, o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 e dispõe sobre a regionalização e hierarquização das redes de atenção à saúde, como forma de ampliar e universalizar o acesso à saúde aos cidadãos, promovendo também a descentralização da política de saúde aos interiores do País. Já a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a RAPS. Essa portaria foi criada com a finalidade de ampliar e articular os pontos de atenção de saúde mental aos demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede está dividida em atenção básica, especializada, de urgência e emergência, residencial transitório, hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). Tem como objetivos gerais, segundo o art. 3ª:

- 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; e
- 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 (BRASIL, 2011, [n. p.]).

Assim, a RAPS é composta pelos serviços do CAPS em todas as suas modalidades; as equipes de Consultório na Rua; os Serviços Residenciais Terapêuticos; as Unidades de Acolhimento; os Serviços de Atenção em Regime Residencial, como as Comunidades Terapêuticas; os Leitos em Hospitais Gerais e em Hospitais Psiquiátricos, dentre outros componentes que constituem a rede, como disposto no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Componentes da RAPS

EIXOS	DISPOSITIVOS
Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde; • Equipe de Consultório na Rua; • Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; • Centros de Convivência.
Atenção Psicossocial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades; • CAPS AD IV; • Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas.
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192; • Sala de Estabilização; • UPA 24 horas; • Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro; • Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento; • Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre as quais estão as Comunidade Terapêutica.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; • Hospital Psiquiátrico Especializado; • Hospital-dia.
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos; • Programa de Volta para Casa.
Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • As ações intersetoriais para reabilitação psicossocial; • Iniciativas de geração de trabalho e renda.

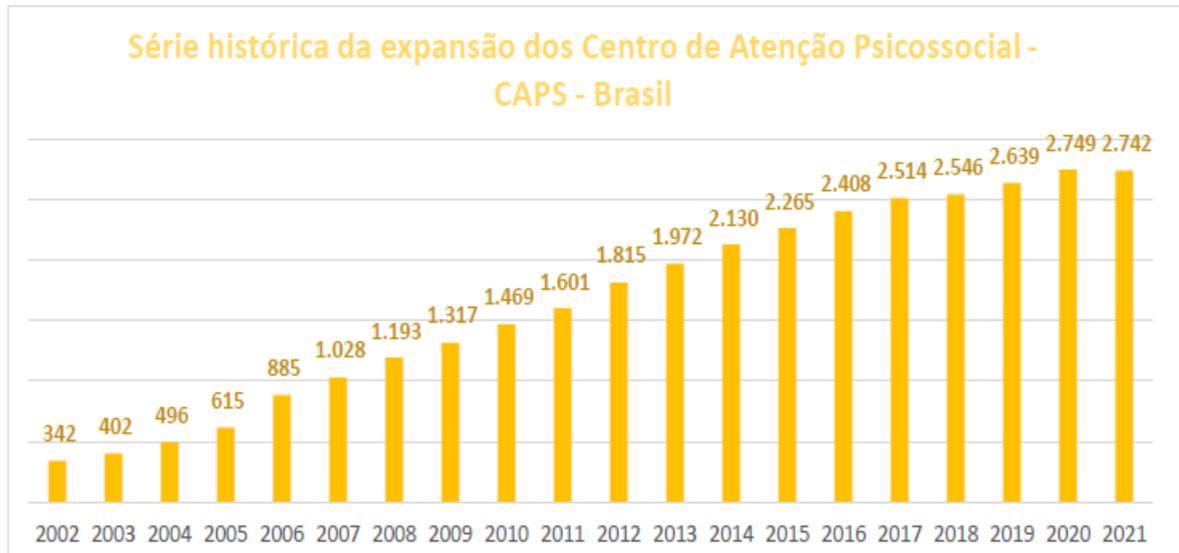
Fonte: Sistematização da autora com base nas Portarias nº 3.088/2011 e nº 3.588/2017 (2022).

O quadro acima mostra a ampliação de dispositivos e a articulação dos pontos de atenção de saúde mental aos demais serviços do SUS. Essa rede é dividida em atenção básica, especializada, de urgência e emergência, residencial transitório, hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). Importante destacar que esse modelo contribui para a garantia da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental, através de uma diversificação de estratégias de cuidado, nos diferentes níveis de complexidade, para atender os sujeitos de forma integral.

Contudo, como pode ser visualizado, a partir das modificações feitas pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, a RAPS passa a ser composta por Hospitais Psiquiátricos e Hospitais-dia, o que vai na contramão da atenção territorializada e integral, que prima pelo cuidado em família e no meio social, como propõe o MRPB, conforme será aprofundado no próximo tópico.

Percebe-se que, principalmente nos primeiros quinze anos do século XXI, no Brasil, houve um avanço nos serviços que compõem o SUS e, conseqüentemente, a RAPS. O número de CAPS em suas várias modalidades ampliou-se em todo o País, como pode ser observado na figura subseqüente:

Figura 1 – Número de CAPS de 2002 a 2021



Fonte: Brasil (2021, p. 5).

Seguindo a perspectiva da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, o SUS tem a responsabilidade de disponibilizar uma rede de atenção à saúde que contemple os serviços em saúde mental para assistir as pessoas com transtorno mental, bem como as demandas resultantes do consumo de álcool e outras drogas, de forma democrática, universal e integral, ampliando e promovendo o acesso ao atendimento em saúde mental para a população, desprendendo-se de ações conservadoras de viés moralista e repressor.

Mesmo com os avanços e ganhos sociais conseqüentes do período de redemocratização brasileira, o que se verifica no atual governo do presidente Jair Bolsonaro, eleito em 2018, é um modelo de gestão cada vez mais enxuto com relação à proteção social, no qual o foco é a manutenção do capital em uma sociedade de mercado livre. Um governo autodeclarado de direita, que vem sendo marcado por priorizar os ganhos da minoria detentora das riquezas em detrimento das classes menos abastadas. Desde meados da década de 1990, as tendências neoliberais já se adentravam na realidade brasileira, o que causou prejuízos aos ganhos de direitos sociais contidos na CF/88. Segundo Bravo (2006, p. 2014), a “hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde

e educação”. As políticas públicas continuam a desenvolver-se de forma paliativa e o conceito de “cidadania-regulada” segue vigorosamente presente. Estando no cenário de desmontes de direitos, a política de saúde mental tende a regredir cada vez mais a tendência da remanicomização, como pode-se observar na seção seguinte.

2.2 A política nacional de saúde mental em tempos de neoliberalismo e neoconservadorismo

Este tópico discute sobre os projetos antagônicos que disputam o controle e o financiamento da política pública de saúde, constituindo-se como um campo que também é permeado pela luta de classes e a relação de forças. Analisar esses projetos de interesses opostos permite ter uma compreensão ampliada e histórica do desenvolvimento da política pública de saúde mental no contexto brasileiro.

Como visto na seção anterior, o campo da saúde mental, guiado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica em sua perspectiva antimanicomial, que tem no seu cerne a defesa dos direitos humanos, o cuidado comunitário e em liberdade e, para tanto, segundo Silvio Yasui (2006, p. 158) demandam “[...] a construção de um novo lugar social para a loucura, por meio da transformação do seu imaginário social e de suas relações com a sociedade [...]”.

Contudo, há projetos que estão em constante confronto e disputam poder político, financiamento e a direção da política de saúde e saúde mental no País. De um lado, de acordo com Bravo (2006), têm-se os projetos progressistas, que defendem a presença obrigatória do Estado na garantia da saúde enquanto direito e parte de um sistema de proteção social universal; e de outro, projetos alinhados aos interesses do capital, com destaque para a ofensiva do neoliberalismo – que está pautada na política de ajuste fiscal e na privatização, tendo como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização de oferta e descentralização administrativa com isenção de responsabilidade do poder central (PEREIRA, 2020).

Nesse sentido, vê-se na política de saúde mental, de um lado, a perspectiva emancipatória e democrática representada pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial; do outro lado está a visão hospitalocêntrica, que prima pela reclusão, exclusão e fere a cidadania. Com isso, Rosa (2016) diz que:

No caso da saúde/saúde mental é fundamental a apreensão dos tensionamentos que ocorrem em prol da afirmação dos pressupostos do SUS/Reforma Psiquiátrica e da estratégia de redução de danos de um lado e os embates com os projetos privatizantes, travestidos de várias maneiras: reforço ao corporativismo de várias categorias profissionais (sobretudo medicina, via ato

médico); reforço ao modelo hospitalocêntrico, pela ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos; internação forçada cobertura universal da saúde; renúncia fiscal em prol dos planos privados de saúde, entre outros (ROSA, 2016, p. 27).

Nessa perspectiva, enquanto política pública, sendo de responsabilidade do Estado e, conseqüentemente, financiada por ele, vale ressaltar que a saúde está situada “[...] em uma arena de disputas entre projetos societários conflituosos, conformados por distintos interesses de classe e concepções de mundo e sociedade [...]” (PEREIRA, 2020, p. 73).

Por mais que haja, sobretudo a partir de 2001, com a aprovação da Lei nº 10.216, um avanço dessa política na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e um crescente investimento do Estado na criação e ampliação de serviços de atenção psicossocial substitutivos e de base comunitária, isso não ocorreu sem críticas e oposições, pois há um dissenso quanto às formas de assistência e tratamento à pessoa com transtorno mental.

Dentre as entidades que questionam o modelo substitutivo direcionado pela Reforma Psiquiátrica, destaca-se a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a qual relata que “trocou-se um modelo hospitalocêntrico obsoleto por um modelo Capscêntrico ineficiente e ineficaz para atender às necessidades de todos os pacientes psiquiátricos” (ABP, 2006, p. 20). Para a ABP, a reforma psiquiátrica não poderia excluir o hospital psiquiátrico, pois entende que, para o atendimento integral, essas instituições também deveriam estar na rede de atenção psicossocial, assim, afirmam que a reforma na saúde mental é um “processo não apenas de desospitalização, mas principalmente de “despsiquiatrização” da assistência, obedecendo a interesses ideológicos, econômicos e não científicos” (GAMA, 2012, p. 1398).

Essas questões expressam o confronto entre um modelo de base comunitária e pautado na lógica da liberdade *versus* um modelo centrado na internação/institucionalização, o que também pode ser observado no âmbito da Política Nacional sobre Drogas, no que diz respeito à atenção prestada ao público que tem necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (PEREIRA, 2020).

Desde a década de 1990, com a crise econômica (leia-se política) a qual o Brasil vem enfrentando, muitos desses direitos sociais conquistados a duras penas e firmados na CF/88 vêm sofrendo desmontes e sucateamento. Assim, “a tendência geral tem sido de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais [...] em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise” (BOSCHETTI; BEHRING, 2006, p. 156). O público é cada vez mais desvalorizado em favor do privado, e esse processo de incentivo à privatização cria um dualismo discriminatório entre quem pode e quem não pode pagar pelos serviços, propiciando mais lucros ao capital

(BOSCHETTI; BEHRING, 2006). E é nesse cenário, cujas forças conservadoras de tendência neoliberal retornam em 2016, com a redução da proteção social:

[...] tem-se propagado um discurso sobre a crise na saúde e na sociedade em geral, consistindo em um discurso ideológico, algo que podemos chamar de uma “[...] cultura política da crise [...] forjada já desde os anos 1990, que tenta fazer com que acreditemos que as propostas de ajustes e de retiradas de direitos são inevitáveis nesse contexto e que as perdas serão compartilhadas por todos. Na realidade, [...] é a classe trabalhadora que está pagando o preço desta crise (BRAVO *et al.*, 2018, p. 14).

Nessa direção, pode-se destacar a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, conhecida como a emenda do teto fiscal, a qual dispõe sobre o congelamento de 20 anos dos gastos públicos, corrigindo a inflação a cada ano (BRASIL, 2016). Assim, há uma redução dos investimentos públicos e um incentivo às ações de cunho privado, fortalecendo o mercado. Com isso, há uma tendência à precarização dos serviços públicos, já que as verbas existentes não seriam suficientes para efetividade das políticas sociais. Há uma redução do Estado de proteção social em favor da manutenção do capital, conseqüentemente, o desmonte nas políticas sociais, como a saúde.

Nesse contexto, o cenário brasileiro se encontrava cada vez mais polarizado entre esquerda e direita. Nesse momento, vê-se crescer mundialmente o pensamento de direita, chamada por alguns autores como *nova direita* ou *onda conservadora*. De acordo com Almeida (2019, p. 210), a onda conservadora “resulta de processos sociais desiguais, assimétricos e com temporalidades distintas, mas que, na conjuntura atual, concentraram-se politicamente em torno de inimigos comuns”. Ou seja, com o processo de globalização e o *boom* tecnológico, que diminuíram as fronteiras, principalmente na rapidez da disseminação de informações, a direita/conservadora ganha novas características no plano dos arranjos das sociedades contemporâneas, mascarando as tendências fascistas e nazistas da primeira metade do século XX, com um viés mais liberal e individual. Acrescenta-se a isso a aproximação evangélica à direita/conservadora. Ainda segundo Keller (2019), o conservadorismo, que sempre esteve presente no desenvolvimento histórico-cultural do Brasil, alinha-se ao liberalismo, em um arranjo sincrético, visando à continuidade das relações de dominação do capital, expresso na máxima “liberal na economia e conservador nos costumes”.

No âmbito da política de saúde mental, em 14 de dezembro de 2017, dando continuidade às reformas conservadoras e realinhando a lógica hospitalocêntrica travestida de ampliação dos serviços de saúde, foi promulgada a Resolução nº 32, da Comissão Intergestores Tripartite, com o intuito de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial. No entanto, ao mesmo tempo em que a

resolução veda o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos, ela amplia leitos em hospitais gerais e “fortalece a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2017a). Destarte:

Na perspectiva do Ministério da Saúde, a Resolução nº 32/2017 visa ampliar e fortalecer a RAPS. No entanto, as mudanças aprovadas parecem contraditórias, com forte tendência ao reforço do cuidado asilar, através da ampliação dos pontos de atenção que tratam diretamente de conteúdos como especialização da atenção e hospitais psiquiátricos. Tais conteúdos reforçam a lógica focal da especialização e setorização da atenção em saúde mental pautada no modelo hospitalocêntrico, afastando-se da lógica territorial e integral da atenção aos usuários da política de saúde mental para álcool e outras drogas (PRUDÊNCIO; SENNA, 2018, p. 86).

Isso evidencia mais uma vez a utilização das políticas sociais como forma de controle do diferente, pois ao passo em que ela incentiva a ampliação das Comunidades Terapêuticas (CTs), também induz a reclusão desses usuários a ambientes, em geral, conservadores, moralistas e religiosos, indo na contramão da laicidade do Estado e do direito a serviços substitutivos que prezem pelo habitar em comunidade. Essas instituições atuam com foco na abstinência como tratamento, indo contra a proposta de Redução de Danos disposta na Reforma Psiquiátrica. Igualmente, o redirecionamento de incentivo financeiro às CTs provoca mais ainda a precarização do trabalho nos CAPS, dispositivos que deveriam ser o centro da política de saúde mental. Dessa forma, aos poucos o processo de remanicomização vai se firmando gradualmente.

Com isso, percebe-se também a desqualificação e precarização dos aparelhos públicos da RAPS. É visto que as CTs se direcionam a uma parcela dos usuários de álcool e drogas com maiores chances de êxito, enquanto os CAPS são um serviço porta aberta de caráter universal e democrático.

Nesse sentido, tende a haver uma divisão de trabalho entre as CTs e os CAPS AD, em que as primeiras ficam encarregadas de um público mais seletivo, que apresenta maior possibilidade de êxito nos resultados, o que sinalizará maior eficiência dos serviços não governamentais. De outra maneira, o SUS ficará encarregado do público refratário, que tende a apresentar respostas limitadas, requerendo maior investimento dos profissionais e do serviço na atenção psicossocial. Ademais, há uma reatualização do coronelismo, em que o proprietário da CT, no geral associado a um líder religioso, figurará como o “salvador” a quem se deve gratidão, ou seja, o usuário é destituído da condição de cidadão, sujeito de direitos (GUIMARÃES *et al.*, 2019, p. 122).

Observa-se que essa disparidade na divisão dos recursos fortalece as modalidades de serviços geridas pelo terceiro setor, e que primam pelo isolamento, o moralismo e a religiosidade, o que mais uma vez promove a efetivação da proposta conservadora e neoliberal

do governo que, de acordo com Cepêda (2018), os ideais do liberalismo econômico se juntariam aos valores tradicionais.

É pertinente destacar acerca do “Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017”, realizado pelo Ministério Público Federal (MPF), em que foram relatadas situações que vão na contramão do preconizado na Lei nº 10.216/2001, visto seu caráter asilar, moralista, religioso, violador, segregador, isolador, focalizado na abstinência, dentre outros:

[...] o que as comunidades terapêuticas fazem é retirar as pessoas do convívio social, de forma que o pretense tratamento se dá em situação de segregação e isolamento [...] o que se encontra como regra são práticas de anulação de subjetividade, de restrição à privacidade e do contato com o mundo exterior, de modo que, ao retirar a pessoa dos ambientes em que vive, se estabelece um tratamento altamente invasivo (MPF, 2018, p. 56-57).

Outro fator a ser abordado é a violação de direitos que ocorre no interior dessas instituições, como a “retenção de documentos, de dinheiro e cartões de banco pela administração das comunidades terapêuticas ratifica a impossibilidade de saída sem autorização da coordenação novamente apontando para o caráter de isolamento e ruptura com o convívio social” (MPF, 2018, p. 61). Isso possibilita a exploração e o abuso aos residentes, ferindo os direitos da pessoa com transtorno mental e decorrente do uso de álcool e outras drogas.

Ainda no tocante as CTs, como confirmado pelo relatório, não são todas as instituições desse tipo que ofertam serviços de atendimento integral, como serviços de médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas etc. Além disso, não desenvolvem ações de fato para a reinserção comunitária, visto que muitas CTs se encontram localizadas longe dos centros urbanos, cercadas por altos muros, proporcionando o isolamento social de seus residentes. Nessa perspectiva, também se tem a perda da referência territorial do usuário, pois a internação funciona fora do seu meio cotidiano.

Seguindo a sequência de acontecimentos, em 11 de abril de 2019 é publicado o Decreto nº 9.761, que aprova a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), revogando o Decreto nº 4.345/2002. Elaborada por um grupo interministerial (MJSP/MS/MC/MDH), a PNAD resume bem a configuração do atual governo, pois apresenta natureza neoconservadora, moralista, religiosa, restritiva e retrógrada. A nova PNAD, em nenhum momento aborda a questão da redução de danos, perspectiva amplamente utilizada na prevenção de agravos à saúde, por diversos países desenvolvidos e amplamente disseminada pela Reforma Psiquiátrica. Essa nova política é focada na repressão, redução e abstinência ao “uso indevido” de drogas. Tem como um de seus objetivos:

3.3. Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade (BRASIL, 2019, [n. p.]).

Apesar de já estarem dispostas discretamente na política de saúde mental em governos anteriores, ditos de esquerda, essas instituições já estavam se mobilizando para sua maior inserção na política de saúde mental. Com a mudança política dos ideários de esquerda para os conservadores da direita, tem-se a exaltação das Comunidades Terapêuticas como dispositivo eficiente e capaz de atuar no trato da pessoa que consome e/ou dependente de álcool e outras drogas, deixando-a à margem dos serviços substitutivos que inicialmente compunham a RAPS. Instituições essas de cunho religioso, que vêm aumentando consideravelmente com os anos, ao passo que a bancada evangélica aumenta no Congresso Nacional. Deslindando as CTs, o que se vê são instituições impositivas, que muitas vezes são cenários de violação de direitos, nas quais a reclusão para o tratamento se equipara às asilares, sendo perdida a relação com a comunidade e a referência do território.

Em outro trecho da PNAD pode-se observar mais um reforço à velha política, agora neoconservadora e neoliberal, sempre evidenciando, de maneira nítida ou não, a intenção de reprimir, reduzir e promover a abstinência, indicando um autoritarismo velado, e que vale a pena apontar em uma de suas diretrizes:

4.2.2. Dirigir ações de educação preventiva, inclusive em parcerias públicas ou com entidades privadas sem fins lucrativos, de forma continuada, com foco no indivíduo e em seu contexto sociocultural, a partir da visão holística do ser humano e buscar de forma responsável e em conformidade com as especificidades de cada público-alvo:

- a) desestimular seu uso inicial;
- b) promover a abstinência; e
- c) conscientizar e incentivar a diminuição dos riscos associados ao uso, ao uso indevido e à dependência de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2019, [n. p.]).

A nova PNAD é uma vitória para as forças conservadoras. Gradualmente, as políticas sociais, em especial, a de política de saúde mental, álcool e outras drogas, caminham ao processo de remanicomização, uma vez que com as tendências neoliberais e neoconservadoras, impulsiona a segregação social, do isolamento dos ditos anormais ou desviantes do padrão, a um enclausuramento da pobreza. Isso se materializa na ampliação de leitos ofertados pelas CTs, passando, em 2017, de 2,9 mil para cerca de 11 mil em 2019, sendo estipulado para 2020 um

total de 20 mil leitos, que custarão a cifra de 300 milhões de reais, o dobro do financiamento destinado aos CAPS⁹. E esse financiamento só aumenta. No dia 25 de novembro de 2021, o Governo Federal, juntamente com o Governo do Estado do Rio de Janeiro, assinou um acordo de cooperação técnica no que corresponde à prevenção e à recuperação de pessoas que possuem dependência química, destinando um investimento de R\$ 10 milhões de reais para abertura de 550 novas vagas em CTs¹⁰.

Outro fator importante de destacar é a Portaria do Ministério da Saúde de nº 2.698, de 14 de outubro de 2019, que:

Art. 1º Suspende a transferência de incentivos financeiros referente ao número as Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipe de Saúde da Família Fluvial/Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (ESFF/UBSF), Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e Unidade Odontológica Móvel (UOM), na competência financeira março de 2019, dos municípios constantes nos anexos desta portaria, que não alimentaram o SISAB (e-SUS AB) por três competências consecutivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, [n. p.]).

Ao tomar essa medida, o governo modifica o Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011, acerca do financiamento do SUS, “dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios” (BRASIL, 2011, [n. p.]). Dessa forma, a Portaria nº 2.698/2019, ao suspender os incentivos federais aos estados e municípios em relação aos setores mencionados, deixa a cargo dos demais entes federados o financiamento desses serviços essenciais.

Assim, o financiamento da atenção básica passa a ser gerido de acordo com o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabelece:

Art. 9º O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:
I - capitação ponderada;
II - pagamento por desempenho; e
III - incentivo para ações estratégicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019ba).

Importante ressaltar que a atenção básica permite conhecer a população usuária, amplia a cobertura dos serviços, promove saúde e previne os riscos. Isso significa que a Portaria

⁹ Fonte revista Carta Capital, disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/Politica/o-psi-quiatra-que-da-verniz-cientifico-aos-planos-de-osmar-terra/>. Acesso em: 28 nov. 2021.

¹⁰ Fonte: Portal do Governo Federal – Ministério da Cidadania. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/governo-federal-firma-acordo-de-cooperacao-para-prevencao-as-drogas-com-o-rio-de-janeiro>. Acesso em: 28 nov. 2021.

supracitada enfraquece, precariza e reduz a política de saúde pública de forma a gerar consequências drásticas na atenção à saúde em diversos níveis, apesar de o desfinanciamento atingir diretamente a atenção básica à saúde, pois a rede de saúde atua de forma interligada e crescente. A escassez, e até mesmo a falta de atendimento primário pode levar ao posterior aumento das demandas de atenção terciária, o que eleva os custos com a saúde e com a possibilidade de risco de morte.

Engana-se quem pensa que com essa medida a atenção psicossocial não é afetada. Ao não financiar esses serviços, o atual governo compromete o matriciamento e, conseqüentemente, toda a articulação com a rede intra e intersetorial, que passa a ter mais lacunas e menos efetividade, prejudicando a qualidade de vida não só de usuários e trabalhadores dos serviços, mas de toda a população.

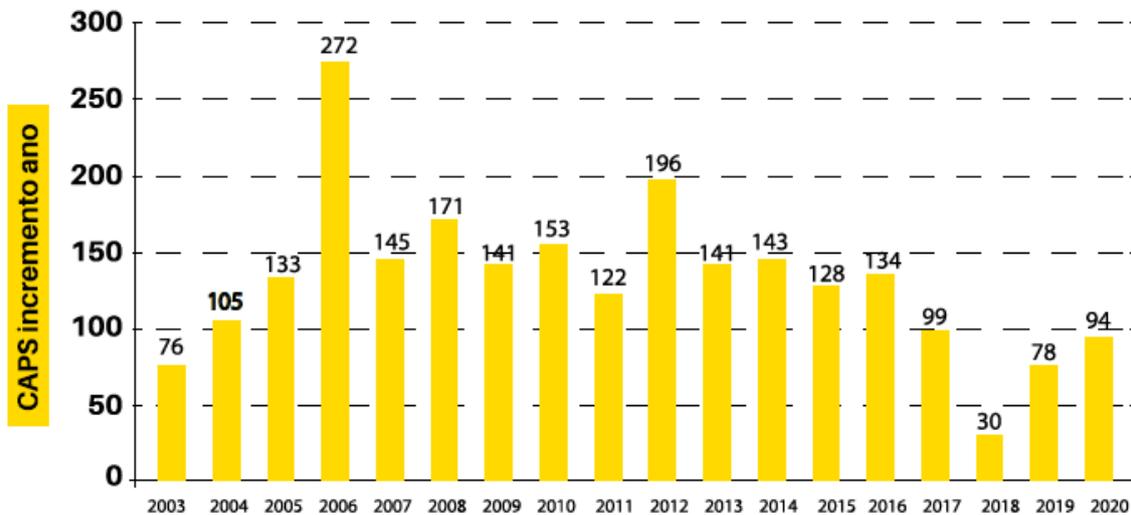
Os recursos do governo federal destinados aos CAPS foram instituídos pela portaria nº 3.089/2011, como pode ser visualizado na citação abaixo:

- I - CAPS I - R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais) mensais;
- II - CAPS II - R\$ 33.086,25 (trinta e três mil, oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos) mensais;
- III - CAPS III - R\$ 84.134,00 (oitenta e quatro mil, cento e trinta e quatro reais) mensais;
- VI - CAPS AD III (24h) - R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais) mensais." (NR).
- (Alterado pela PRT nº 1966/GM/MS de 10.09.2013)
- V - CAPS AD - R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil, setecentos e oitenta reais) mensais; e
- VI - CAPS AD III (24h) - R\$ 78.800,00 (setenta e oito mil, oitocentos) mensais. (BRASIL, 2011, [n. p]).

São mais de 10 anos sem reajuste nesses valores. Aumentam-se as demandas e necessidades em saúde mental, mas o incentivo financeiro disponibilizado é o mesmo, o que prejudica o desenvolvimento dos serviços.

O que também corrobora é o que demonstra a Figura 2 a seguir, que trata sobre os recursos destinados aos CAPS de 2003 a 2020:

Figura 2 – Incremento anual de CAPS – Brasil – 2003-2020



Fonte: Weber (2021, p. 28).

Vale destacar que o que parece ser um aumento expressivo nos incrementos nos anos de 2006 e 2012, é na realidade um indicativo de maior habilitação desses serviços no território nacional, e não que os recursos de cada CAPS tenha aumentado. Em geral, de 2003 a 2016, anos de implementação dos dispositivos da RP, tem-se oscilações nos recursos destinados a esses serviços públicos. No entanto, a partir de 2017, quando a ofensiva neoliberal ganha força e se instala no País, o valor destinado aos CAPS diminui exponencialmente.

Vive-se um momento de pandemia, de aumento das desigualdades sociais, econômica e culturais, o que propicia uma maior chance de adoecimento populacional, principalmente o desenvolvimento de transtornos mentais. Desde o início da COVID-19, organizações como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) vêm alertando os governos dos países sobre a necessidade de ampliar ações de saúde mental. E o que se percebe é um desfinanciamento de um dos dispositivos fundamentais da política de saúde mental no País, como os CAPS. Dessa forma:

Desde o início do monitoramento da série, no ano de 2003, nunca o investimento voltado à expansão de CAPS no Brasil foi tão baixo como no triênio 2018-2020. Em prejuízo desses dispositivos, considerados fundamentais para o funcionamento da RAPS, parece ter havido um redirecionamento de prioridades por parte das gestões do Ministério da Saúde no período analisado (WEBER, 2021, p. 29).

Percebe-se que quando se tem um governo neoconservador e neoliberal (caracterizado como de direita), monta-se o fetiche da ideia de participação social (leia-se responsabilização dos serviços de saúde à sociedade civil e precarização dos serviços). Por outro lado, tem-se a

ampliação de leitos e o incentivo à hospitalização, expandindo a medicalização, agradando a indústria farmacêutica, que eleva seus lucros. Reforçando esse fetiche, tem-se a desconstrução do controle social como resultado do esvaziamento dos conselhos de saúde. Dessa forma, em um governo de caráter neoliberal, é interessante a retomada à remanicomização, pois ao passo que aumenta o financiamento e induz o confinamento dos tidos “anormais”, proporciona o viés da saúde como mercadoria, subsidiando a “indústria da loucura”.

Dessa forma, na atualidade brasileira, o modelo de governo vigente tende, gradativamente, a subtrair as ações de proteção social. O projeto privatista de saúde é cada vez mais forte e presente, o que coloca em risco o texto da Constituição Cidadã, que prevê a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Na política de saúde mental, o resultado dessa disputa entre projetos antagônicos revela resquícios do paradigma manicomial de isolamento e violação dos direitos humanos, principalmente dos segmentos que se encontram à margem e fora de padrões normativos, ocorrendo de maneira cada vez mais frequente. A lógica do manicômio ganha novas roupagens em forma de estímulo à centralidade em modelos especializados e hospitalocêntricos, como também a forma de distanciamento social existente em parte considerável das Comunidades Terapêuticas. Assim, percebe-se um movimento contraditório, no qual se ampliam as despesas e se fragilizam os serviços públicos de saúde.

Logo, a forma como o financiamento (ou desfinanciamento) das políticas, a mudança (retrocesso) nas ações e atividades dos serviços da política de saúde mental brasileira está imbricada nesse cenário antagônico de disputa de projetos (privatista x democrático) o que implica diretamente nos processos de trabalho das(os) assistentes sociais que atuam nos serviços de saúde mental, como também nas demais políticas.

2.3 A política de saúde mental no cenário piauiense

Este tópico tem o intuito de discorrer e analisar como se configura o território piauiense e como é implementada a política de saúde mental no estado, na busca de se ter uma compreensão histórica e de totalidade sobre o caso do Piauí. Assim, faz-se um breve apanhado histórico do Piauí, tanto no que diz respeito à formação socioeconômica e às divisões territoriais, quanto à construção da assistência psiquiátrica.

2.3.1 Da Chapada das Mangabeiras ao Delta do Parnaíba: conhecendo a terra “Filha do sol do Equador”

O Piauí, também conhecido como terra “Filha do Sol do Equador¹¹”, de “Torquato Neto¹²” e “Berço do Homem Americano¹³”, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2022), o estado em questão possui 224 municípios e uma área territorial de 251.755,485km², com uma população estimada em 2021 de 3.289.290 habitantes. Ainda possui um rendimento domiciliar per capita de R\$ 859,00 (IBGE, 2020); sendo o Índice de Desenvolvimento Humano em 0,646 (IBGE, 2010), ocupando a 24^a posição em relação aos 27 entes federativos.

Segundo dados do IBGE¹⁴, o Piauí é o terceiro maior estado do Nordeste brasileiro em relação às dimensões territoriais, correspondendo a 2,9% do território nacional. Ao Norte, tem como limite o Oceano Atlântico; a Leste, faz fronteira com os estados do Ceará (Chapada Ibiapaba) e Pernambuco (Chapada do Araripe); ao Sudeste, seu limite é com o estado da Bahia; ao Sudoeste, a fronteira é com o estado do Tocantins (Chapada das Mangabeiras); e ao Oeste, seus limites são com o estado do Maranhão, onde a fronteira é demarcada pelo rio Parnaíba.

Diferentemente de outros estados nordestinos, o processo de colonização do Piauí se deu do interior ao litoral. De acordo com Alves (2003), primordialmente por expedições vindas da região do Rio São Francisco (principalmente de Pernambuco e Bahia), a partir da segunda metade do século XVII, que primavam pela instalação de grandes fazendas para a criação de animais para corte, como o gado. Ainda segundo Alves (2003, p. 65), “os cursos d’água tornam-se a referência para a fixação do homem à terra no Piauí; foi nas proximidades deles que se instalaram os sítios, as fazendas de gado e a maioria das aglomerações urbanas.”

Anos depois, as fazendas foram ampliadas, pois na região do Piauí havia uma grande quantidade de terras, chuvas e facilidades de instalações de fazendas, rendendo um grande desenvolvimento pecuário na região, resultando na exportação desse tipo de produto a outros estados do Nordeste (ALVES, 2003). Ainda o mesmo autor relata que:

¹¹ O Hino do Piauí, ao caracterizar o estado, traz em alguns de seus versos de seu refrão essa nomenclatura como pode ser visualizado a seguir: “[...] Piauí, terra querida / Filha do Sol do Equador [...]”.

¹² Nascido no ano de 1944, na capital, Teresina, Torquato Pereira de Araújo Neto foi um importante compositor, ator, cineasta e jornalista brasileiro. Merece destaque sua influência no Tropicalismo, movimento cultural que começou no final da década de 1960, como Andrade (2008) aponta em sua dissertação “Torquato Pereira de Araújo Neto marcou época tendo sido um importante jornalista, compositor, cineasta e ator brasileiro”.

¹³ O Parque Nacional Serra da Capivara, localizado na região sudeste do Piauí, é considerado Patrimônio Cultural Brasileiro, que de acordo com Carvalho (2012), é um local turístico onde existe vários sítios arqueológicos que ajudam a contar um pouco mais a história do homem americano.

¹⁴ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/historico>. Acesso em ago. de 2022.

A grande proliferação das fazendas de gado pelo Piauí permitiu que tal capitania se tornasse, no século XVIII, uma das mais importantes zonas produtoras de gado vacum e cavalariço do Brasil. Os rebanhos eram enviados, a princípio, para Pernambuco e Bahia, os primeiros mercados consumidores da pecuária piauiense (ALVES, 2003, p. 67).

De povoado a vila da Mocha¹⁵, Oeiras passou a ser cidade em 19 de junho de 1761, onde seria a primeira capital do Piauí (nos dias atuais, é conhecida como capital da fé). Somente em 16 de agosto de 1852, a capital é transferida para Teresina. Apesar de declarar independência de Portugal em 19 de outubro de 1822, o Piauí só passa a ser estado brasileiro no ano de 1889, quando o Brasil passa a ser República.

O Portal do Governo do Estado do Piauí¹⁶ afirma que a economia piauiense é constituída principalmente da renda obtida com o setor terciário. Contudo, algumas atividades do setor primário e secundário também completam os ganhos econômicos do estado, como: a agricultura, com destaque na produção de milho, feijão, arroz, mandioca, soja, manga, laranja, castanha-de-caju e algodão; a pecuária, com destaque para os rebanhos de caprinos, bovinos, suínos, ovinos e asininos; o extrativismo vegetal de babaçu e carnaúba; e o extrativismo mineral de mármore, amianto, gemas, ardósia, níquel e vermiculita.

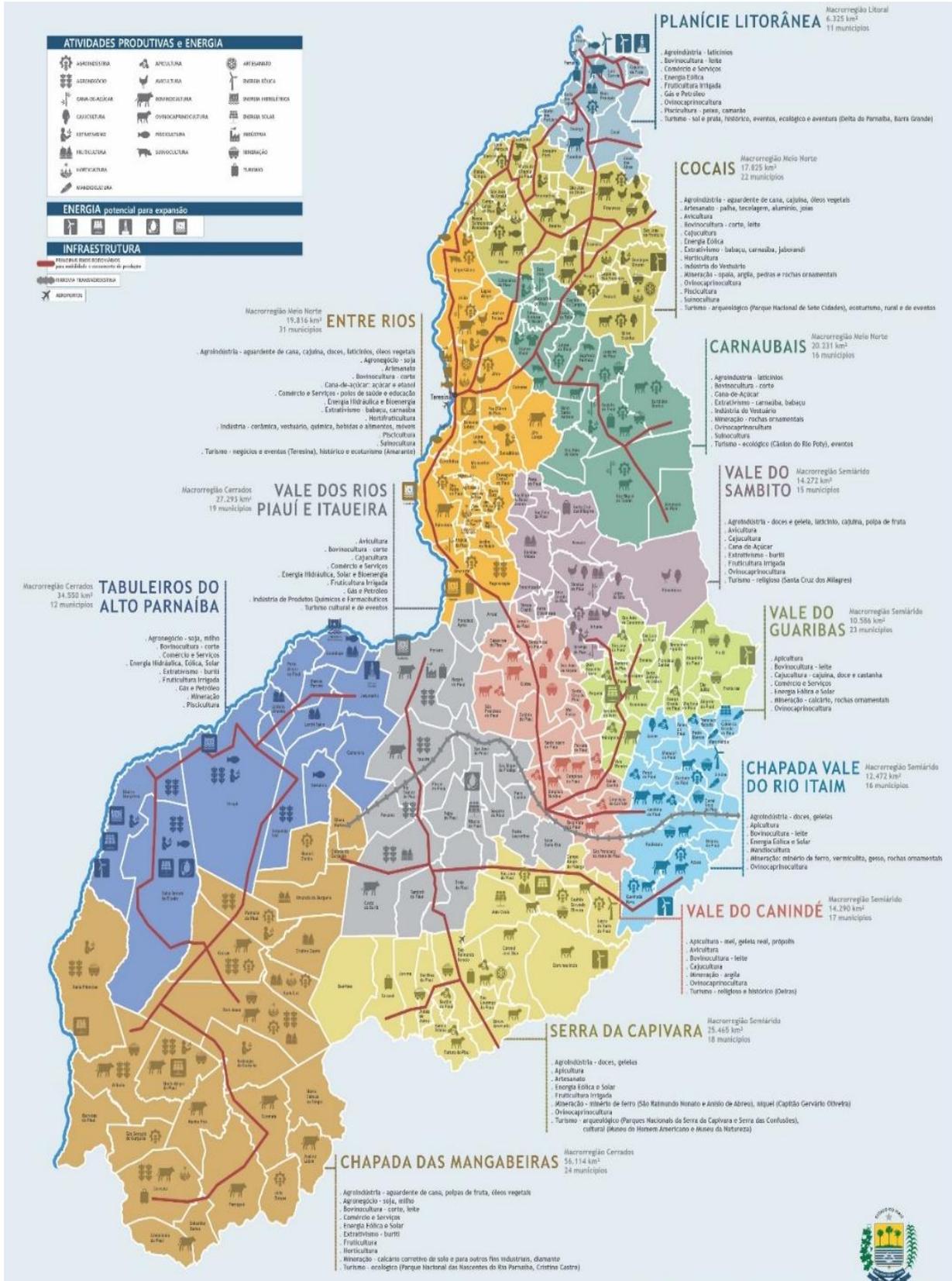
Ainda, o referido portal destaca que o Piauí também é cheio de riquezas naturais, com poços jorrantes, cachoeiras, litoral de praias com águas quentes, delta do rio Parnaíba e lençóis piauienses, dentre outros. Ainda pode-se elencar os Parques e Reservas Naturais, como o Parque Nacional Serra da Capivara, localizado na região sudeste do estado, onde existem os sítios arqueológicos mais antigos do Brasil e das Américas. Também merecem destaque o Parque Nacional Serra das Confusões e o Parque Nacional de Sete Cidades.

Dessa forma, no intuito de desenvolver um planejamento mais participativo e sustentável das ações do estado, e em vista das particularidades regionais, segundo a Lei complementar nº 87, de 22 de agosto de 2007, modificada pela Lei nº 6.967, de 3 de abril de 2017, na qual acrescenta o território Vale do Rio Itaim, o Piauí está dividido em 4 macrorregiões (Litoral, Meio Norte, Semiárido e Cerrados); 12 territórios de desenvolvimento (Planície Litorânea, Cocais, Carnaubais, Entre Rios, Vale do Sambito, Vale do Rio Itaim, Vale do Rio Guaribas, Vale do Canindé, Serra da Capivara, Vale dos Rios Piauí e Itaueira, Tabuleiros do Alto Parnaíba e Chapada das Mangabeiras); e 28 aglomerados. Como consta na Figura 3 a seguir:

¹⁵ “[...] no final do século XVII surge a primeira povoação no Piauí, a freguesia de Nossa Senhora da Vitória, elevada à categoria de vila na segunda década do século XVIII. A Vila da Mocha” (ALVES, 2003, p. 62).

¹⁶ Disponível em: <http://www.jucepi.pi.gov.br/piaui.php>. Acesso em: 29 nov. 2021.

Figura 3 – Mapa do Piauí dividido nos 12 Territórios de Desenvolvimento



Fonte: Figura construída pela Secretaria de Estado do Planejamento (SEPLAN)¹⁷.

¹⁷ Disponível em: <<http://www.seplan.pi.gov.br/mapa-grande.pdf>>. Acesso 22/07/2022.

Diante disso, é importante compreender cada um dos territórios de desenvolvimento, visto que, a divisão do Piauí em territórios visa descentralizar as ações e serviços, a fim de democratizar o acesso à cidadania as regiões do interior. Assim, com essa forma de territorialização, busca-se o “desenvolvimento sustentável do Estado, a redução de desigualdades e a melhoria da qualidade de vida da população piauiense, através da democratização dos programas e ações e da regionalização do orçamento” (PIAUI, 2007, [n. p.]).

Quadro 2 – Divisão do Piauí por região

Macrorregiões	Territórios de Desenvolvimento	Aglomerados e Municípios
Litoral	Planície Litorânea	<p>AG 1: Cajueiro da Praia, Ilha Grande, Luís Correia, Parnaíba.</p> <p>AG 2: Bom Princípio do Piauí, Buriti dos Lopes, Caraúbas do Piauí, Caxingó, Cocal, Cocal dos Alves e Murici dos Portelas.</p>
		<p>Informações adicionais: Parnaíba se destaca como principal município sede de políticas públicas. É uma região que se destaca no turismo (como o Museu do Mar, o Delta do Parnaíba, Lençóis Piauienses e diversas praias), na pesca e aquicultura, na produção de energia eólica e no beneficiamento de carnaúba e ceras.</p>
Meio Norte	Cocais	<p>AG 3: Barras, Batalha, Campo Largo do Piauí, Esperantina, Joaquim Pires, Joca Marques, Luzilândia, Madeiro, Matias Olímpio, Morro do Chapéu do Piauí, Nossa Senhora dos Remédios, Porto, São João do Arraial.</p> <p>AG 4: Brasileira, Domingos Mourão, Lagoa de São Francisco, Milton Brandão, Pedro II, Piracuruca, Piri-piri, São João da Fronteira, São José do Divino.</p>
		<p>Informações adicionais: Piri-piri se destaca como polo de serviços das políticas públicas. É uma região que tem como potencialidades a produção de grãos (soja e milho); fruticultura irrigada; o extrativismo vegetal (babaçu e carnaúba) e mineral (opala); turismo (principalmente no Parque Nacional de Sete Cidades e na Cachoeira do Urubu); e na indústria de vestuário, com malharia e lingerie.</p>
	Carnaubais	<p>AG 5: Boa Hora, Boqueirão do Piauí, Cabeceiras do Piauí, Campo Maior, Capitão de Campos, Cocal de Telha, Jatobá do Piauí, Nossa Senhora de Nazaré, Sigefredo Pacheco.</p> <p>AG 6: Assunção do Piauí, Buriti dos Montes, Castelo do Piauí, Juazeiro do Piauí, Novo Santo Antônio, São João da Serra, São Miguel do Tapuio.</p>
		<p>Informações adicionais: Destaca-se o município de Campo Maior como sede dos serviços de políticas públicas. Como atividades econômicas,</p>

	evidencia-se a agroindústria, o extrativismo vegetal (carnaúba) e mineral (pedra mourisca), e o turismo (Cânions do Rio Poty).	
	Entre Rios	<p>AG 7: Alto Longá, Altos, Coivaras, José de Freitas, Lagoa Alegre, Miguel Alves, Nazária do Piauí, Pau D'Arco, Teresina, União.</p> <p>AG 8: Beneditinos, Curralinhos, Demerval Lobão, Lagoa do Piauí, Miguel Leão, Monsenhor Gil.</p> <p>AG 9: Agricolândia, Água Branca, Amarante, Angical do Piauí, Barro Duro, Hugo Napoleão, Jardim do Mulato, Lagoinha do Piauí, Olho d'Água do Piauí, Palmeirais, Passagem Franca do Piauí, Regeneração, Santo Antônio dos Milagres, São Gonçalo do Piauí, São Pedro do Piauí</p>
	<p>Informações adicionais: Por ser onde se contra a capital piauiense, é a região polo de comércio e serviços. Teresina concentra a maior parte das políticas públicas do estado, sendo referência principalmente nos serviços de saúde e educação. Como potencialidades, pode-se elencar o turismo de negócios e eventos; a produção de aves e ovos; agroindústria (produção de derivados do caju); e a indústria (cerâmica, móveis, vestuário, bebidas, alimentos).</p>	
Semiárido	Vale do Sambito	<p>AG 10: Aroazes, Prata do Piauí, Santa Cruz dos Milagres, São Félix do Piauí, São Miguel da Baixa Grande.</p> <p>AG 11: Barra d'Alcântara, Elesbão Veloso, Francinópolis, Inhumas, Ipiranga do Piauí, Lagoa do Sítio, Novo Oriente do Piauí, Pimenteiras, Valença do Piauí, Várzea Grande.</p>
	<p>Informações adicionais: Tem Valença do Piauí como município sede das políticas públicas. A matriz econômica são a agroindústria de alimentos (cajuína, doces e queijos), ovinocaprinocultura, apicultura e fruticultura. Aponta-se também o turismo religioso em Santa Cruz dos Milagres.</p>	
	Vale do Rio Guaribas	<p>AG 12: Aroeiras do Itaim, Bocaina, Dom Expedito Lopes, Geminiano, Itainópolis, Paquetá, Picos, Santana do Piauí, Santo Antônio de Lisboa, São João da Canabrava, São José do Piauí, São Luis do Piauí, Sussuapara, Vera Mendes.</p> <p>AG 15: Alagoinha do Piauí, Alegrete do Piauí, Campo Grande do Piauí, Francisco Santos, Fronteiras, Monsenhor Hipólito, Pio IX, São Julião, Vila Nova do Piauí.</p>
	<p>Informações adicionais: Tem o município de Picos como polo estratégico das políticas públicas e serviços da região. Suas potencialidades estão voltadas para a apicultura, ovinocaprinocultura, mandiocultura, cajucultura e mineração.</p>	
	Vale do Canindé	<p>AG 16: Cajazeiras do Piauí, Colônia do Piauí, Oeiras, Santa Cruz do Piauí, Santa Rosa do Piauí, São Francisco do Piauí, São João da Varjota, Tanque do Piauí, Wall Ferraz.</p> <p>AG 17: Bela Vista do Piauí, Campinas do Piauí, Conceição do Canindé, Floresta do Piauí, Isaías</p>

		Coelho, Santo Inácio do Piauí, São Francisco de Assis do Piauí, Simplício Mendes.
		Informações adicionais: Nessa região, o município referência e base de serviços é Oeiras, que já foi a primeira capital do Piauí e atualmente é considerada a capital da fé. Como potencialidades e atividades econômicas, possui atividades voltadas para apicultura, ovinocaprinocultura, cajucultura fruticultura, mineração (argila) e o turismo (histórico e religioso).
	Serra da Capivara	AG 18: Campo Alegre do Fidalgo, Capitão Gervásio Oliveira, João Costa, Lagoa do Barro do Piauí, São João do Piauí. AG 19: Anísio de Abreu, Bonfim do Piauí, Caracol, Guaribas, Jurema, São Braz do Piauí, Várzea Branca. AG 20: Coronel José Dias, Dom Inocência, Dirceu Arcoverde, Fartura do Piauí, São Lourenço do Piauí, São Raimundo Nonato.
		Informações adicionais: Como referência na implementação e prestação de serviços e políticas públicas na região, tem-se o município de São Raimundo Nonato. Sobressaem-se as atividades econômicas voltadas para apicultura, ovinocaprinocultura, cajucultura, fruticultura irrigada, mandiocultura, mineração (níquel e ferro), o turismo (Parque Nacional Serra da Capivara e Parque Nacional Serra das Confusões) e a produção de energia solar.
Cerrados	Chapada Vale do Rio Itaim	AG 13: Belém do Piauí, Caldeirão Grande do Piauí, Francisco Macedo, Jaicós, Marcolândia, Massapê do Piauí, Padre Marcos, Simões. AG 14: Acauã, Betânia do Piauí, Caridade do Piauí, Curral Novo do Piauí, Jacobina do Piauí, Patos do Piauí, Paulistana, Queimada Nova.
		Informações adicionais: Destaca-se como estratégico para os serviços e as políticas públicas o município de Paulistana. Assim como o território anterior, o Vale do Itaim tem sua atividade econômica voltada principalmente para apicultura, ovinocaprinocultura, mandiocultura, cajucultura e mineração.
	Vale dos Rios Piauí e Itaueira	AG 21: Arraial, Floriano, Francisco Ayres, Nazaré do Piauí. AG 22: Nova Santa Rita, Paes Landim, Pedro Laurentino, Ribeira do Piauí, Socorro do Piauí, São José do Peixe, São Miguel do Fidalgo. AG 23: Brejo do Piauí, Canto do Buriti, Flores do Piauí, Itaueira, Pajeú do Piauí, Pavussu, Rio Grande do Piauí, Tamboril do Piauí.
		Informações adicionais: Tem Floriano como principal município sede de políticas públicas. Salienta-se as atividades econômicas voltadas para fruticultura irrigada, pecuária de corte, ovinocaprinocultura, energia solar e turismo (eventos).
	Tabuleiros do Alto Parnaíba	AG 24: Bertolândia, Canavieira, Guadalupe, Jerumenha, Landri Sales, Marcos Parente, Porto Alegre do Piauí.

	AG 25: Antônio Almeida, Baixa Grande do Ribeiro, Ribeiro Gonçalves, Sebastião Leal, Uruçuí.
	Informações adicionais: Tem o município de Uruçuí como polo estratégico das políticas públicas e serviços da região. Destaca-se as atividades econômicas voltadas para pecuária de corte (bovinos), agricultura de alto rendimento (soja, algodão, milho e arroz) e mineração.
Chapada das Mangabeiras	AG 26: Alvorada do Gurgueia, Bom Jesus, Colônia do Gurgueia, Cristino Castro, Currais, Eliseu Martins, Manoel Emídio, Palmeira do Piauí, Santa Luz. AG 27: Avelino Lopes, Curimatá, Júlio Borges, Morro Cabeça do Tempo, Parnaguá, Redenção do Gurgueia. AG 28: Barreira do Piauí, Corrente, Cristalândia do Piauí, Gilbués, Monte Alegre do Piauí, Riacho Frio, Santa Filomena, São Gonçalo do Gurgueia, Sebastião Barros.
	Informações adicionais: Nessa região, o município de Bom Jesus é sede estratégica das políticas públicas e serviços. Aponta-se como potencialidades as atividades econômicas voltadas para pecuária de corte (bovinos), fruticultura irrigada, agricultura de alto rendimento (soja, algodão, milho e arroz), mineração e energia solar.

Fonte: Sistematizado pela autora com base na Lei Complementar nº 87, de 22/8/2007; Lei nº 6.967, de 3 de abril de 2017; e Nota Técnica Compatibilização entre Territórios de Desenvolvimento e Instâncias de Gestão Regionais (CEPRO, 2017).

O quadro acima aponta como está dividido o Piauí nas suas 4 macrorregiões, 12 territórios de desenvolvimento e 28 aglomerados. Uma forma organização desenvolvida pela SEPLAN que visa a descentralização e aprimoramento das ações e atividades no estado. Com isso, percebe-se que entre os territórios existem congruências e particularidades que influenciam diretamente na vida e serviços das políticas públicas e privadas habilitadas nesses territórios.

Como dito, o cenário desse estudo foram CAPS dos territórios de desenvolvimento do Piauí. Sobre a relação populacional e a quantidade de dispositivos CAPS habilitados em seu território, pode ser visualizado na Figura 4 abaixo:

Figura 4 – Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes

Região	UF	População Estimada (IBGE 2020)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS infanto-juvenil	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD IV	Total Geral	Relação de CAPS por 100 mil hab.	Parâmetro Relação de CAPS por 100 mil hab.
Centro-Oeste	Distrito Federal	3.055.149	1	3		2	4	3	-	13	0,43	regular/baixa
Centro-Oeste	Goiás	7.113.540	48	16	2	3	8	2	-	79	1,11	Muito boa
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	2.809.394	16	6	3	2	3		1	31	1,10	Muito boa
Centro-Oeste	Mato Grosso	3.526.220	32	3		3	5		-	43	1,22	Muito boa
Centro-Oeste		16.504.303	97	28	5	10	20	5	1	166	1,01	Muito boa
Nordeste	Alagoas	3.351.543	54	7		1	2	1	-	65	1,94	Muito boa
Nordeste	Bahia	14.930.634	188	35	3	11	17	6	-	260	1,74	Muito boa
Nordeste	Ceará	9.187.103	70	30	4	9	22	5	-	140	1,52	Muito boa
Nordeste	Maranhão	7.114.598	55	17	4	3	7		-	86	1,21	Muito boa
Nordeste	Paraíba	4.039.277	66	8	5	12	6	9	-	106	2,62	Muito boa
Nordeste	Pernambuco	9.616.621	72	25	6	11	12	7	-	133	1,38	Muito boa
Nordeste	Piauí	3.281.480	44	10	1	2	6	2	-	65	1,98	Muito boa
Nordeste	Rio Grande do Norte	3.534.165	19	11	1	3	7	3	-	44	1,24	Muito boa
Nordeste	Sergipe	2.318.822	30	4	3	2	3	2	-	44	1,90	Muito boa
Nordeste		57.374.243	598	147	27	54	82	35	-	943	1,64	Muito boa
Norte	Acre	894.470	5	1				1	-	7	0,78	Muito boa
Norte	Amapá	861.773	2			1	1	1	-	5	0,58	Boa
Norte	Amazonas	4.207.714	15	4	2	1	1	1	-	24	0,57	Boa
Norte	Pará	8.690.745	56	18	4	3	6	1	-	88	1,01	Muito boa
Norte	Rondônia	1.796.460	14	5		1	1		-	21	1,17	Muito boa
Norte	Roraima	631.181	7	1	1	-	-	1	-	10	1,58	Muito boa
Norte	Tocantins	1.590.248	10	5	-	-	1	4	-	20	1,26	Muito boa
Norte		18.672.591	109	34	7	6	10	9	-	175	0,94	Muito boa
Sudeste	Espírito Santo	4.064.052	13	8	1	3	4	1	-	30	0,74	Muito boa
Sudeste	Minas Gerais	21.292.666	174	62	20	40	39	24	1	360	1,69	Muito boa
Sudeste	Rio de Janeiro	17.366.189	48	52	6	30	23	6	-	165	0,95	Muito boa
Sudeste	São Paulo	46.289.333	114	109	45	77	81	20	-	446	0,96	Muito boa
Sudeste		89.012.240	349	231	72	150	147	51	1	1.001	1,12	Muito boa
Sul	Paraná	11.516.840	67	26	6	14	25	11	-	149	1,29	Muito boa
Sul	Rio Grande do Sul	11.422.973	80	43	2	31	30	14	1	201	1,76	Muito boa
Sul	Santa Catarina	7.252.502	66	15	2	9	13	2	-	107	1,48	Muito boa
Sul		30.192.315	213	84	10	54	68	27	1	457	1,51	Muito boa
BRASIL		211.755.692	1.365	524	121	274	327	127	3	2.742	1,29	Muito boa

Fonte: Brasil (2021, p. 7).

Pode-se perceber, na figura, que o Piauí ocupa a segunda colocação, a nível regional e nacional, na relação CAPS/100 mil habitantes de 1,98, com a classificação de “muito boa” para a relação de cobertura do serviço, ficando atrás apenas do estado da Paraíba, que detém o coeficiente de 2,62. Segundo esses dados, sugere-se que os estabelecimentos de saúde habilitados seriam suficientes para o território piauiense, em razão de sua população. Contudo, esse estudo observou que os dados nem sempre condizem com a realidade, pois o estado ainda possui áreas que precisam de cobertura, os serviços existentes necessitam de fortalecimento, e embora se tenha começado a descentralização e regionalização dos serviços de saúde mental, esses ainda não são suficientes e o foco continua na capital, Teresina.

Assim, ao analisar cada território de desenvolvimento a partir do exposto e dos dados coletados, o estudo em tela visa compreender as particularidades de cada região, de como estão os processos de trabalho das(os) assistentes sociais que atuam em CAPS no Piauí e, conseqüentemente, como estão esses serviços, desvelando singularidades territoriais, potencialidades, dificuldades que possibilitarão comparar serviços da capital como também do interior, apontando congruências e discordâncias, o que leva a uma reflexão sobre o trabalho nesses dispositivos e a um possível aprimoramento do mesmo após a divulgação dos resultados desta dissertação, como será aprofundado no capítulo sobre os dados empíricos.

2.3.2 Do pavilhão à galeria de arte do inconsciente: caminhos da política de saúde mental no Piauí

Este tópico aborda a construção da política de saúde mental no estado do Piauí, trazendo uma linha histórica desde as primeiras ações em saúde e saúde mental e elencando os principais marcos que formaram essa política cenário em questão, como pode ser visualizado na Figura 5 a seguir:

Figura 5 – Linha do Tempo: Principais Marcos Legais da trajetória da Atenção Psicossocial no Piauí



Fonte: Sistematizado pela autora com base nas legislações estaduais e pesquisas¹⁸ na área.

¹⁸ Dissertação de Lima (2004): "A prática do assistente social na área da saúde mental: uma análise centrada na cidadania dos usuários"; Artigo de Rosa (2008) "Perfil e desafios dos assistentes sociais que atuam na assistência

No Piauí, o primeiro hospital somente foi aberto em 1849, na então capital, Oeiras. Posteriormente, no ano de 1852, a capital passou a ser Teresina, mas somente em 1861 é inaugurada a Santa Casa de Misericórdia na nova sede, e segundo Lima (2004, p. 59), “com a menção de cuidados médicos aos “loucos”, nessa instituição, só sendo feita no ano de 1890, pelo Decreto- Lei nº 25, de 22 de abril”.

A história da política de saúde mental no Piauí revela que ela se deu inicialmente pelo viés do modelo manicomial. De acordo com Moura (2017), o marco do surgimento da assistência psiquiátrica no estado foi a criação do Asilo de Alienado Areolino de Abreu, em 1907, em resposta às pressões sociais da época, em razão da grande quantidade de migrantes que perambulava pelas ruas da capital. Moura (2017, p. 81) também discorre que o tratamento no interior do asilo “reproduzia unicamente práticas prisionais, violentas e correcionais até a chegada dos primeiros médicos especialistas na área na entrada dos anos 1940”.

Dando continuidade ao percurso trilhado pela assistência psiquiátrica piauiense e não fugindo à regra do cenário nacional, no ano de 1940 foi criado o Departamento de Saúde Pública, ente ligado à Secretaria de Educação. Essa medida era um acordo de cooperação, cuja política de educação auxiliava a compreender e responder as questões da saúde (inclusive saúde mental), principalmente nas regiões mais interioranas, onde por vezes a assistência médica era escassa ou inexistente.

Vale lembrar que nesse período, como no restante do País e em parte do mundo, a visão sobre o “louco” é enxarcada pelo estigma e preconceito, os considerados desviantes, “loucos” eram tidos como sub-humanos, a visão de periculosidade e tutela era marcante, pautando o cuidado à reclusão em asilos, hospícios, manicômios como forma não de verdadeiro cuidado, mas de experienciar a doença, de enclausurar o motivo de vergonha e até mesmo trancar tudo que não fosse considerado normal.

Lima (2004) aborda que a sociedade pregava uma espécie de higiene, de norma e padrão, sendo muitas vezes o diferente aprisionado, quer em cantos escuros de suas próprias casas, quer em grandes instituições. Ainda a autora, em sua dissertação, aponta que em 2 de maio de 1941, pelo Decreto-Lei nº 360, é dado início às atividades no Hospital Getúlio Vargas (HGV), que passou a ser o hospital de referência estadual. A essa nova instituição de saúde também cabia o atendimento à pessoa com transtorno mental, porém, nem sempre isso acontecia. A falta de

psiquiátrica no Piauí”; Artigo de Guimarães e Rosa (2017) “Política Estadual sobre drogas no Piauí”; Tese de Guimarães (2020) “A participação social na política de álcool e outras drogas no contexto piauiense no período de 2005 a 2019: relação de forças, consensos e tensionamentos”.

preparo, o estigma e preconceito por vezes limitaram o atendimento desse público a instituições manicomiais.

Em 1941, o Asilo de Alienado Areolino de Abreu passou a se chamar Hospital Areolino de Abreu (HAA); e em 1942, é criado o Ambulatório de Higiene Mental do Piauí, que funcionava em anexo do HAA. E no ano de 1954 foi inaugurado o Sanatório Meduna. Essas duas instituições – HAA (público) e Meduna (privado) foram as grandes responsáveis durante muito tempo por oferecer serviços psiquiátricos no estado.

Ainda segundo Lima (2004), em sua fundação e nos anos subsequentes, o Sanatório Meduna era referência em assistência psiquiátrica não só no Piauí, como no Nordeste e no restante do País. No ano de 1972, o sanatório tinha capacidade de 500 leitos, divididos em duas clínicas: uma de repouso para os pacientes em remissão e uma psiquiátrica para pacientes em situação crônica. As atividades do Meduna, como era conhecido, foram encerradas em 2010.

Em 1968 é criado o primeiro hospital-dia em Teresina. No entanto, Moura (2017) aborda que a criação do hospital-dia tinha o intuito de lidar com a questão da superlotação hospitalar psiquiátrica, e não de fato ser uma mudança ao modelo de cuidado a saúde mental que era marcado pela ótica manicomial.

Lima (2004) afirma que anos depois da experiência da capital, são criados mais dois hospitais-dia, um em 1997, em Picos, outro em 1998, em Parnaíba. Dessa forma, de forma lenta e gradual, a assistência psiquiátrica começa a ultrapassar as alas e pavilhões de internações para consultas ambulatoriais; e a descentralizar os serviços da capital para o interior.

Segundo Lima (2004), em 1980 surge a Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí (ACSM), responsável pela “I Jornada de Saúde Mental Comunitária”, no ano de 1982, o que contribuiu para que em 1983 fosse implementado o Programa de Saúde Mental Comunitária (PSMC-PI). Guimarães (2020) afirma que o PSMC-PI tinha, principalmente, dois objetivos: descentralizar a assistência psiquiátrica para as demais regiões do interior do estado e transformar administrativa, assistencial e fisicamente o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu.

Guiada pelos ideais do Movimento de Reforma Psiquiátrica, diante do processo de redemocratização brasileiro e criação do Sistema Único de Saúde, em 1991 aconteceu em Teresina a I Conferência Estadual de Saúde, como o tema “Municipalização é o Caminho”.

Dando prosseguimento à trajetória da construção da política de saúde e saúde mental no Piauí, Cardoso (2016, p. 52) discorre que apesar da implantação da Secretária de Estado da Saúde ter permitido “efetivar as relações estabelecidas no poder oligárquico local, que é a marca da política no Piauí desde seus primórdios”, a criação da Secretaria de Saúde do Piauí (SESAPI)

foi um importante passo para a valorização de uma política de saúde no estado. Ainda segundo Cardoso (2016), outro fator importante no fortalecimento da política foi a instituição da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), pela Portaria GAB-SES/PI de nº 0677/93, em 1º de junho de 1993.

Guimarães (2020) aborda que em 1992 foi criado o Conselho Estadual de Saúde, no Piauí, porém, veio a ser instalado somente no ano de 1993. Rosa e Guimarães (2017) abordam que, após a experiência realizada pelo Dr. Passamani com servidores da prefeitura de Teresina que tinham problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, é transformado, em 1995, em Núcleo de Atenção Psicossocial. As autoras ainda abordam que no ano de 1995 surgem as primeiras Comunidades Terapêuticas no estado, na cidade de Teresina, sendo A fazenda da Paz, associada à Igreja Católica; e a Oficina da Vida, associada à Igreja Evangélica.

Lima (2004) relata que em 1996 aconteceu a II Conferência Estadual de Saúde, com o tema “SUS - na construção de um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. E em 1999, a III Conferência Estadual de Saúde, com o tema “SUS – PIAUÍ, consolidando municípios saudáveis”. Nessa direção, em 2001 é habilitado o Centro de Atenção Psicossocial, sendo o primeiro dispositivo CAPS ad do estado do Piauí. Também nesse período é habilitado o primeiro CAPSi.

É importante compreender que a reforma psiquiátrica aconteceu de forma diversificada em cada país e região, e no Piauí não foi diferente. Sobre isso, Rosa (2008) aponta que os serviços alternativos, em substituição aos hospitais psiquiátricos, por muitas vezes se deram por investidas do Ministério Público a gestores, principalmente da capital piauiense, resultando na criação de dois CAPS, um na zona norte e outro na zona leste de Teresina, no ano de 2005, observando-se com isso uma particularidade do estado em questão no que tange à Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, Rosa (2008) também aponta a questão da centralidade da atenção psicossocial na capital, Teresina, que apesar da política prevê ações descentralizadas e regionalizadas, no intuito de abranger cada vez mais a população usuária, isso nem sempre acontece. Um exemplo simples dessa centralização da saúde mental na capital são os CAPS i do Piauí, em que Teresina possui 2 dispositivos (um de gestão estadual e um de gestão municipal), e mais 1 no município de Paulistana, ficando os outros 10 territórios de desenvolvimento sem esse tipo de dispositivo específico. Um outro fator associado a isso são os grandes vazios populacionais, principalmente na região sul do estado.

Assim, Rosa e Guimarães (2017) abordam que o processo de institucionalização dos princípios da reforma no Piauí se deu de forma lenta, com um desenvolvimento acelerado a

partir de 2005, com a criação de CAPS e ampliação da rede através de serviços residenciais terapêuticos e a implantação de leitos em hospitais gerais.

Entre 2008 e 2009 é habilitado, no Hospital do Mocambinho, em Teresina, o Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas, que visa a desintoxicação dos usuários em um curto período e posterior acompanhamento pela rede de serviços intersetorial. Também é interessante destacar o início, em 2010, das atividades da Casa de Acolhimento Transitório, que passou, em 2012, a ser Unidade de Acolhimento.

Visando fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, no mês de março de 2017 foram inaugurados os primeiros leitos de atenção psicossocial do Estado, na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER). Esse serviço contempla usuárias com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde como, por exemplo, as decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como álcool, crack e outras drogas (SESAPI, 2017).

Nos dias atuais, e depois de vivenciar várias reformas políticas e administrativas, o HAA continua como referência psiquiátrica, possuindo atendimento de urgência, ambulatório e internação psiquiátrica integral, porém, nesse novo cenário, o hospital passou a atuar em vistas aos apontamentos previstos pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Merece pontuar que as(os) assistentes sociais também foram profissionais presentes nesse processo de mudança em direção aos princípios da Reforma Psiquiátrica no Piauí. A exemplo disso tem-se a assistente social Edna Castelo Branco, que no ano de 2005 “assumiu a gestão estadual da política de saúde mental, orientada pela reforma psiquiátrica, na direção antimanicomial, reorientando a atenção do HAA para serviços comunitários/extra-hospitalares,” (PEREIRA e ROSA, 2022, p. 27). A frente da construção e implementação do projeto Rede, Instituições e Articulações (RIA), em Teresina estavam duas assistentes sociais Sayonara Genilda de Souza Lima e Diaponira Vitória da Silva que trabalhavam no CAPS II SUL de Teresina. Assim, visando a intersectorialidade das políticas públicas e o cuidado integral, a RIA iniciou suas atividades em 2015 e teve como principal objetivo “articular a rede formal e informal do seu território de abrangência, criando um espaço de comunicação contínua entre os diversos atores sociais que compõem essa rede.” (LIMA e SANTOS, 2017, p. 129).

Ademais, vale destaque as associações da sociedade civil no âmbito da saúde mental como, de acordo com Guimarães (2020), a associação “Amigos no Ninho”; a ÂNCORA - Associação de Usuários, Familiares e Pessoas interessadas na Saúde Mental do Piauí; Associação Liberdade; Fênix; NAVI - Associação de Usuários e Familiares de Saúde Mental

de Água Branca; e a *Homo Lobus* - Associação Piauiense de Usuários de Álcool e outras Drogas.

Nesse sentido, ao apontar os avanços da reforma psiquiátrica no contexto piauiense, tem-se a criação e ampliação dos serviços psiquiátricos presentes desde a atenção básica até a reabilitação psicossocial. O cuidado ultrapassa a visão biomédica e de isolamento da doença, serviços como os CAPS disponibilizam uma equipe multiprofissional diversificada, que dialoga e discute cada caso respeitando a singularidade de cada usuário. A pessoa com transtorno mental é compreendida como sujeito capaz de tecer suas escolhas e viver em comunidade, como o que acontece nos serviços das residências. Já no campo cultural, apesar de existirem ações de incentivo à cultura e à arte, por vezes essas ações ficam restritas a iniciativas de CAPS, percebendo-se pouco incentivo.

Observa-se que a Política de Saúde Mental no Piauí avançou. Hoje, nas primeiras duas décadas do século XXI, a pessoa com transtorno mental é vista para além da sua condição psiquiátrica, para além do capacitismo, da tutela e do perigo. Seus direitos como cidadãos foram reforçados pelas legislações, principalmente a lei nº 10.216/2001. Os tidos como “loucos” agora podem ir além de muros e correntes. Podem habitar e recriar espaços da cidade. São arte e produzem artes que, por vezes, já foram expostas e apreciadas, tendo algumas aparições na galeria do inconsciente.

Contudo, é importante destacar que a tendência neoliberal que afetou a política de saúde e saúde mental no contexto nacional, principalmente a partir de 2016, também está presente no piauiense. Principalmente no que se refere ao (des)financiamento dos serviços substitutivos dos CAPS, da atenção básica, NASF e CR, dentre outros serviços, equipes e ações que foram minguadas pela lógica privativa no âmbito nacional e conseqüentemente no estadual.

No Piauí também se observa o incentivo a CTs que nem sempre são de fato fiscalizadas, os serviços de saúde em geral ainda são aglutinados em Teresina. A precarização do trabalho e dos serviços é presente no cenário local, como será trabalhado em capítulos subsequentes. Ainda há muito a se caminhar.

Logo, a RAPS disposta no Piauí ainda possui pontos de fragilidades. Os serviços de atenção psiquiátricos, como no restante do País, são atravessados pelo processo de terceirização e precarização do trabalho e, conseqüentemente, dos serviços, o que foi agravado pela pandemia de COVID-19. A assistência psiquiátrica especializada ainda é centralizada e tem como referência Teresina, sendo a descentralização e a desinstitucionalização uma meta a ser atingida. Além disso, ainda se depara com o aumento de CTs que, muitas vezes, não são supervisionados e fiscalizados pelos órgãos competentes.

Diante das categorias trabalhadas ainda falta analisar o processo de trabalho das(os) assistentes sociais na saúde mental, o que será discutido no capítulo a seguir.

3 APREENSÕES SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Esta seção discute e analisa os processos de trabalho das(os) assistentes sociais no contexto brasileiro da política de saúde e saúde mental. Para tanto, faz um apanhado histórico sobre o surgimento da profissão e sua relação com a área da saúde mental até a atualidade.

A fim de cumprir seu objetivo, o capítulo está subdividido da seguinte forma: **3.1 O Serviço Social na saúde e saúde mental**, que aborda o surgimento do Serviço Social no Brasil e sua atuação nas políticas de saúde e saúde mental; **3.2 O trabalho do Serviço Social na política de saúde mental**, sendo este dividido em: **3.2.1 Compreendendo as Categorias Trabalho e Processos de Trabalho**, que traz as concepções adotadas sobre essas categorias; e **3.2.2 O trabalho do Serviço Social na política de saúde mental no contexto contemporâneo**, frente as novas roupagens da questão social do contexto atual.

3.1 A inserção do Serviço Social na saúde e na saúde mental

O modelo socioeconômico da sociedade brasileira é composto por traços herdados do período colonial e imperial, em um processo de desenvolvimento que foi baseado na extração e exploração por meio da utilização da força de trabalho escrava. Após a abolição da escravatura e o início do processo de industrialização, o período da Primeira República no Brasil foi marcado também pela latência das desigualdades e problemáticas sociais, ilustradas pelos movimentos e lutas, principalmente de trabalhadores, que compunham a classe empobrecida e explorada pelo capital. Muitas vezes, as expressões da questão social não eram respondidas por meio de políticas públicas sociais inclusivas por parte do Estado. Como explica Iamamoto (2012, p.145), “a questão social fica, assim, renegada a um obscuro segundo plano”.

Dessa forma, Cerqueira Filho (1982) afirma que a questão social, antes da década de 1930, era vista e tratada como “caso de polícia”, de desordem pública, reprimida pelos aparelhos do Estado. Apenas após 1930, com o processo de industrialização, a questão social “ganha as ruas”, exigindo novas respostas do poder público e da burguesia, passando a ser tratada como “caso de política”. Isto, pois segundo Iamamoto (2012), com a industrialização, há um aumento do proletariado, que passa a reivindicar melhores condições de vida e se torna uma ameaça à classe dominante burguesa, culminando no reconhecimento de parte de suas demandas, o que se deu através da criação de legislações sociais no período do governo Vargas.

É nesse contexto de efervescência de movimentos sociais e reconhecimento de direitos da classe trabalhadora que surge, no Brasil, o Serviço Social, atuando frente às expressões da questão social. De acordo com Iamamoto (2014), a primeira escola de Serviço Social de São Paulo, e do Brasil, foi fundada em 1936, sendo influenciada pela Ação Social Católica, passando a ter formação especializada e técnica inspirada no Serviço Social Franco-Belga.

Após 1945, o Serviço Social brasileiro passa a receber influências norte-americanas na tentativa de se enquadrar nas novas características do modelo capitalista de produção, diante dos anseios sociais, tomando como base o pensamento funcionalista, que se fundamenta na manutenção da ordem social. Sobre isso, Andrade (2008) destaca:

Sob a concepção funcionalista, o controle social exercido pressupunha a integração do indivíduo ao bom funcionamento de uma sociedade proposta pela classe dominante. Era enfatizado o trabalho com grupos, quer para interação, quer para fins terapêuticos, de forma a conseguir a melhor adaptação do indivíduo ao seu meio. O modo funcionalista de pensar, investigar e intervir na realidade social ganhou força porque, culturalmente, correspondia aos interesses da ordem e da lógica burguesas instauradas na sociedade civil e no Estado Brasileiro (ANDRADE, 2008, p. 279).

A partir desse momento, o Serviço Social, no Brasil, passa a se desenvolver com base nos métodos do trabalho de caso, grupo e comunidade, na tentativa de integrar o ser humano desajustado ao meio social em que vive, na busca de manter o equilíbrio e a manutenção da estrutura social. Dessa forma, compreendia que a ordem não deveria ser modificada, pois de acordo com os resquícios neotomista e o funcionalismo, o cerne dos problemas se encontra no indivíduo, e não no sistema vigente. Nessa perspectiva, Iamamoto (2014) aborda que a ação doutrinária desenvolvida pela Igreja não trabalhava apenas o viés da caridade, mas também em uma perspectiva de intervenção ideológica de efeitos políticos, que aparecia como concorrente do socialismo e culminava no enquadramento de populações pobres, carentes e exploradas.

Vasconcelos (2002) afirma que, sobretudo a partir de 1946, com as escolas do Rio de Janeiro, o Serviço Social tinha uma formação influenciada pelo movimento de higiene mental, com disciplinas de higiene geral, higiene do trabalho, higiene mental, dentre outras que estavam presentes no currículo. Além disso, a formação era alinhada ao conservadorismo da psicologia do ego, da sociologia e antropologia funcionalista da chamada Escola Diagnóstica do Serviço Social.

Nessa direção, Vasconcelos aborda que:

A presença da influência norte-americana a partir dos anos 40 não significou uma ruptura com os princípios fundamentais da tradição higienista e doutrinária católica até então, e sim apenas o aprofundamento e

complexificação de alguns de seus componentes, através da influência da psicanálise inspirada na psicologia do ego, tendo em vista que esta última abordagem significou uma clara continuidade da perspectiva higienista nos Estados Unidos (VASCONCELOS, 2002, p. 129).

Assim, nesse contexto, a saúde e a saúde mental eram campos de absorção profissional. Verifica-se a presença de assistentes sociais no quadro de funcionários de hospitais psiquiátricos e manicômios, respondendo por todas as demandas que eram consideradas por outras profissões como não psíquicas ou somáticas, atuando sobretudo como auxiliares dos médicos, o que gerou um caráter de subalternidade da profissão. Ademais, o autor informa que naquele momento, o Serviço Social tinha um caráter de prática uniprofissional, com abordagens burocráticas, assistencialistas e superficiais.

Vasconcelos (2002) ainda afirma que as(os) assistentes sociais atuavam principalmente no processo de inscrição, no “tratamento social de caso” e ajustamento de conduta “marcada por forte viés adaptativo, individualizador e normatizador, dada esta inspiração geral no higienismo, o seu enquadramento e subalternidade ao paradigma médico” (VASCONCELOS, 2002, p. 184).

O autor também discute que:

A presença direta do Serviço Social em serviços de saúde mental no Brasil, e em especial no Rio de Janeiro, se inicia sob inspiração direta do modelo das ‘Child Guidance Clinics’ proposto pelos higienistas americanos e brasileiros, como estratégia de diagnóstico e tratamento de ‘crianças problemáticas’ e implementação da educação higiênica nas escolas e na família, principalmente através dos Centros de Orientação Infantil (COI) e Juvenil (COJ), que tiveram papel fundamental na sistematização e difusão da tradição do Serviço Social Clínico (VASCONCELOS, 2002, p. 129-130).

Segundo Netto (2005, p. 121), impulsionado pelo processo de industrialização, regido pelo grande capital e o Estado autocrático burguês, nos anos cinquenta e sessenta tem-se a ampliação do, nas palavras do autor: “mercado nacional de trabalho para os assistentes sociais”, sendo o Estado o maior empregador dessa categoria. Também analisa que após os anos do “milagre econômico”, o setor empresarial expande as contratações de assistentes sociais, principalmente no que tange à vigilância e ao controle da força de trabalho. Com isso, fez-se necessária uma “modernização” da profissão:

[...] no curso deste processo, mudou o perfil do profissional demandado pelo mercado de trabalho que as condições novas postas pelo quadro macroscópico da autocracia burguesa faziam emergir: exige-se um assistente social ele mesmo “moderno” - com um desempenho onde traços “tradicionais” são deslocados e substituídos por procedimentos “racionalistas” (NETTO, 2005, p. 123).

Para a efetivação dessa mudança havia a necessidade de se alterar também a formação. Assim, o autor aponta que no período da Ditadura Militar houve uma expansão dos cursos de Serviço Social em todo o território nacional, e uma “refuncionalização das agências de formação”, rompendo com o paroquialismo e os provincianismos dos primórdios da profissão. Dessa forma, as bases que legitimam a profissão mudaram, seguindo as exigências do mercado, levando à renovação do Serviço Social brasileiro.

Essa renovação é compreendida como um avanço da profissão, que “implica a construção de um pluralismo profissional, radicado nos procedimentos diferentes que embasam a legitimação prática e a avaliação teórica, bem como nas matrizes teóricas a que elas se prendem” (NETTO, 2005, p. 131). Assim, são quatro os aspectos importantes a se destacar nesse processo de renovação: o pluralismo teórico, ideológico e político; a heterogeneidade; a interlocução acadêmica e cultural a fim de superar a subalternidade intelectual; e a vanguarda (NETTO, 2005).

O autor (2005) também aponta três direções do processo de renovação: a perspectiva modernizadora, perspectiva de reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. A primeira perspectiva¹⁹ emerge em um contexto de erosão do “tradicionalismo”, que não era mais capaz de responder às demandas sociopolíticas decorrentes da Ditadura Militar, impondo a necessidade de “modernização” e “racionalização” do Serviço Social, que passa a buscar influências teórico-metodológicas novas, sobretudo a partir do funcionalismo. A segunda perspectiva, “recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos domínios da (auto)representação e da prática e os repõem sobre uma base teórico-metodológica que se reclama nova” (NETTO, 2005, p. 157). Assim, na reatualização do conservadorismo, o Serviço Social passa a aprimorar velhas práticas para responder às novas demandas da profissão, a partir da aproximação com a fenomenologia. Por fim, a perspectiva de intenção de ruptura se diferencia das anteriores, pois critica sistematicamente a prática tradicional e conservadora da profissão, tendo o intuito de romper com o Serviço Social Tradicional, aproximando-se da teoria de Marx:

A diferença do que estava em jogo no caso das perspectivas modernizadoras e de reatualização do conservadorismo, que encontravam (é verdade que de modo diverso) suportes para o seu desenvolvimento no curso anterior do acúmulo profissional, a perspectiva da intenção de ruptura deveria construir-se sobre bases quase que inteiramente novas; esta era uma decorrência do seu projeto de romper substantivamente com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais (NETTO, 2005, p. 249-250).

¹⁹ Nesse momento da perspectiva modernizadora, documentos importantes da profissão são construídos: o Seminário de Araxá (1967) e Teresópolis (1970),

Todas essas mudanças influenciaram diretamente o Código de Ética do Assistente Social, pois nesse documento pode-se acompanhar as mudanças dos fundamentos éticos e filosóficos. Nota-se que o Código de 1947 estava subordinado aos dogmas religiosos, enquanto que o de 1965 introduz alguns valores liberais, sem romper com os princípios do neotomismo e do funcionalismo. Já o de 1975 retorna as ideias de reatualização do conservadorismo profissional, suprimindo as referências democráticas liberais do CE anterior. Enquanto o CE de 1986 traz mudanças significativas, pois nele a dimensão política da profissão é especificada de maneira objetiva, tendo uma aproximação com as ideias de Marx, buscando, assim, a superação com a perspectiva da imparcialidade.

Importante ressaltar que a renovação do Serviço Social brasileiro acontece no cerne de um movimento mais amplo da profissão no cenário latino-americano, conhecido como Reconceituação. Esse movimento teve início em meados da década de sessenta, na América Latina, e questionava o Serviço Social Tradicional, considerado como não tendo mais a capacidade de responder às demandas das novas roupagens da questão social, no contexto de declínio de Welfare States, rearranjo industrial e, principalmente, a entrada da vertente marxista no pensar a profissão.

Assim, sobretudo entre as décadas de 1960 e 1980, em um período de efervescência social, em um contexto de revolução, e também de regimes políticos ditatoriais e transição do modelo de produção e sociedade, na América Latina surge o Movimento de Reconceituação, que criticava o Serviço Social Tradicional. Foi um movimento de repensar o Serviço Social, que contava com intelectuais do Serviço Social na América Latina, com destaque para a escola do Chile. Iluminado pelas ideias do pensamento marxista, esse movimento dentro da profissão passa a questionar o conservadorismo presente na formação e no exercício profissional. Há uma necessidade de se modernizar, reatualizar e romper com o conservadorismo que já não é suficiente para responder às demandas das novas roupagens da questão social, levando a se repensar e construir uma nova dimensão teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política da profissão.

Em outras palavras, o Movimento de Reconceituação pode ser entendido da seguinte forma:

O referido movimento, ao preconizar, de forma explícita, a necessidade de assumir a dimensão político-ideológica da profissão, desmitifica a suposta neutralidade assumida pelo assistente social e evidencia a inserção da profissão no contexto das forças sociais antagônicas, o que passa a indicar a possibilidade do estabelecimento de vínculo de profissionais com uma classe social determinada a partir de uma opção voluntária e consciente [...] Cabe aos

profissionais de Serviço Social a superação das limitações e dos equívocos, num permanente esforço de reconstrução histórica da profissão, sendo esse o verdadeiro significado desse movimento (SILVA; SILVA, 1995, p. 96).

Posto isso, no que tange à profissionalização do Serviço Social, vale destacar que o Movimento de Reconceituação questionou a concepção da profissão em seu projeto societário, trazendo uma nova visão sobre o fazer profissional, criticando o pragmatismo presente na concepção conservadora da profissão, a necessidade de se ter um olhar ampliado sobre as configurações sociais, apontando a necessidade da pluralidade. Deste modo, o Serviço Social passa a se articular com os movimentos sociais, junto às classes trabalhadoras, implementando o pensamento dialético crítico/investigativo da realidade, não sendo mais apenas um mediador entre proletário e capitalista. Porém, mesmo com o Movimento de Reconceituação, esse não foi um todo homogêneo, ainda existe a presença do conservadorismo na profissão.

Nessa direção, verifica-se que a vinculação do Serviço Social com a saúde mental é histórica, no entanto, alguns autores afirmam que, após o Movimento de Reconceituação as temáticas relacionadas às questões da subjetividade e saúde mental foram relegadas a segundo plano. Sobre isso, Vasconcelos (2002) afirma que a categoria passa a ter um “recalcamento” de se aproximar de temas como a subjetividade e saúde mental, pelo temor de retorno ao conservadorismo da profissão, assim, “o recalcamento da temática da subjetividade determinou reducionismos significativos na análise das implicações psíquicas dos processos de trabalho” (VASCONCELOS, 2002, p. 205).

Por conseguinte, têm-se como resultado da perspectiva de intenção de ruptura a construção do Projeto Ético Político (PEP) do Serviço Social, que redireciona a profissão. Para Teixeira (2009), são elementos que constituem o PEP:

- a) o primeiro se relaciona com a explicitação de princípios e valores ético-políticos;
- b) o segundo se refere à matriz teórico- metodológica em que se ancora;
- c) o terceiro emana da crítica radical à ordem social vigente – a da sociedade do capital – que produz e reproduz a miséria ao mesmo tempo em que exhibe uma produção monumental de riquezas;
- d) o quarto se manifesta nas lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria através de suas formas coletivas de organização política em aliança com os setores mais progressistas da sociedade brasileira (TEIXEIRA, 2009, p. 7-8).

Nessa perspectiva, Teixeira (2009) discute que, guiado pelo PEP, as(os) assistentes sociais, além de conhecimentos técnicos e normativos, precisam ter consciência de classe, do lugar onde ocupam e intervêm, como trabalhadores assalariados dentro de um processo coletivo, que são chamados a entender e analisar a conjuntura em que estão inseridos.

O PEP tem como principais bases a Lei nº 8.662, de 1993, que regulamenta a profissão; o Código de Ética da(o) Assistente Social, aprovado em 13 de março de 1993; e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS, de 1999.

O Código de Ética da(o) assistente social, de 1993, tem como princípios fundamentais a liberdade como valor ético central; a defesa intransigente dos direitos humanos; a ampliação e consolidação da cidadania; a defesa do aprofundamento da democracia; o posicionamento em favor da equidade e justiça social; a eliminação de todas as formas de preconceito; a garantia do pluralismo; projeto profissional vinculado à construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração; articulação com o movimento de outras categorias que partilhem os princípios deste código; compromisso com a qualidade dos serviços prestados; e exercício do Serviço Social sem ser discriminada(o) e nem discriminar ninguém de quaisquer formas.

Sobre a lei nº 8.8662/93, ela “dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências” (BRASIL, 1993, [n. p.]). Ao tempo que se configura como um marco regulatório, a referida lei discorre sobre as competências da(o) assistente social, que podem também ser realizadas por outros profissionais, bem como as atribuições privatistas, que somente o profissional de Serviço Social pode executar, como pode ser visualizado no Quadro 3 abaixo:

Quadro 3 – Competências e Atribuições Privatistas do Serviço Social

<p>Antes de tudo, entende-se que são assistentes sociais: Art. 2º: I - os possuidores de diploma em curso de graduação em Serviço Social, oficialmente reconhecido, expedido por estabelecimento de ensino superior existente no País, devidamente registrado no órgão competente; II - os possuidores de diploma de curso superior em Serviço Social, em nível de graduação ou equivalente, expedido por estabelecimento de ensino sediado em países estrangeiros, conveniado ou não com o governo brasileiro, desde que devidamente revalidado e registrado em órgão competente no Brasil; III - os agentes sociais, qualquer que seja sua denominação com funções nos vários órgãos públicos, segundo o disposto no art. 14 e seu parágrafo único da Lei nº 1.889, de 13 de junho de 1953. Parágrafo único. O exercício da profissão de Assistente Social requer prévio registro nos Conselhos Regionais que tenham jurisdição sobre a área de atuação do interessado nos termos desta lei. Art. 3º A designação profissional de Assistente Social é privativa dos habilitados na forma da legislação vigente.</p>	
<p>Atividades, ações e procedimentos em matéria de Serviço Social, privados apenas aos assistentes sociais</p>	<p>Competências que cabem aos assistentes sociais e demais profissionais</p>
<p>Cabe somente aos Assistentes Sociais, segundo artigo 5ª:</p>	<p>Compete aos assistentes sociais e podem ser executados por outras profissões, de acordo com o artigo 4ª:</p>

<p>I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;</p> <p>II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;</p> <p>III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;</p> <p>IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;</p> <p>V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;</p> <p>VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;</p> <p>VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;</p> <p>VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;</p> <p>IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;</p> <p>X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;</p> <p>XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;</p> <p>XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;</p> <p>XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.</p>	<p>I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;</p> <p>II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;</p> <p>III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;</p> <p>IV - (Vetado);</p> <p>V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;</p> <p>VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;</p> <p>VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;</p> <p>VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;</p> <p>IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;</p> <p>X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;</p> <p>XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.</p>
--	--

Fonte: Sistematização da pesquisadora com base na Lei n.º 8.662/93.

Ao trazer atividades, ações e procedimentos privativos aos assistentes sociais, o quadro ilustra que, no que tange à matéria exclusiva do Serviço Social, essas atribuições podem ser desenvolvidas somente por assistentes sociais, o que remete à necessidade da formação

continuada e ao conhecimento dos aparatos legais da profissão para, assim, evitar desenvolver atividades que não são de sua competência.

Segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, por competência entende-se como: “1. Direito, faculdade legal que um funcionário ou um tribunal têm de apreciar e julgar um pleito ou questão. 2. Capacidade, suficiência (fundada em aptidão). 3. Atribuições. 4. Porfia entre os que pretendem suplantar-se mutuamente” (PRIBERAM, 2022, [n. p.]).

As competências estão relacionadas à capacidade de realizar uma função. Em documento sobre as atribuições privatistas da(o) assistente social, o CFESS (2012), ao trabalhar a lei de regulamentação da profissão, aborda as atribuições privatistas como as “prerrogativas exclusivas” da profissão, ilustradas acima no artigo 5^a, sendo as competências a capacidade de resposta, sem necessariamente ser exclusiva de uma determinada especialidade, como pode ser visto no artigo 4^a acima.

Nesse sentido, Guerra *et al.* (2016) afirmam que a atribuição é o ato de imputar alguma coisa ao outro, e ao abordar o contexto de trabalho das(os) assistentes sociais, a autora afirma que essas atribuições podem gerar tensões entre a instituição e a categoria, quando elas não têm a mesma compreensão sobre as atribuições da profissão. Com isso, Guerra *et al.* (2016, p. 6) abordam que “as atribuições privatistas expressam o perfil de profissional que se encontra no mercado de trabalho, para o qual a formação profissional é central, pois sua função precípua é preparar seus profissionais para o desempenho dessas atribuições privatistas”. Isso significa, que as atribuições privatistas de uma profissão correspondem às funções que ela está capacitada a realizar, de acordo com a sua formação e o lugar, na divisão social e técnica do trabalho.

As Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996 abordam que lógica curricular deveria abarcar a nova concepção do PEP da profissão, cuja formação profissional está firmada no tripé do núcleo de fundamentos teóricos-metodológicos; núcleo de fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira; e o núcleo de fundamentos do trabalho profissional. Com isso, a ABEPSS buscou superar as lacunas das diretrizes anteriores, expandindo as áreas de conhecimento da formação profissional para que a(o) assistente social possa ter uma leitura da totalidade da realidade, utilizando as dimensões fundamentais ao exercício profissional. Isso significa que a formação tem que andar junto com as transformações da sociedade, para assim ter subsídios teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos capazes de responder às novas configurações que as expressões da questão social apresentam.

Assim, o Serviço Social é uma profissão coletiva, inserida na divisão social e técnica do trabalho, que tem como objeto de trabalho a questão social e suas várias expressões, tendo como produto principalmente o trato com as políticas sociais e privadas, com a finalidade de auxiliar

a manutenção da sobrevivência das camadas mais pauperizadas da classe trabalhadora. Na seção a seguir serão analisadas as categorias trabalho e processos de trabalho.

3.2 O trabalho do Serviço Social na política de saúde mental

Esse tópico traz discussões sobre a compreensão de trabalho, de processos de trabalho, e como isso se configura no Serviço Social. Também dialoga sobre as novas formas que o capitalismo apresenta para sua própria manutenção e as novas roupagens da questão social.

3.2.1 Compreendendo as categorias trabalho e processos de trabalho

Esse estudo parte da compreensão da categoria trabalho a partir de Marx (2017) e autores marxistas, como Antunes (2006), Lukács (2011), Iamamoto (2015), dentre outros. Nessa perspectiva, o trabalho é analisado a partir de sua dimensão ontológica e teleológica, pensado a partir do ser social, isto é, o “trabalho é, por isso, considerado como ‘modelo’, ‘fenômeno originário’, protoforma do ser social” (ANTUNES, 2006, p. 91). Dessa forma, o ser humano, ao contrário dos outros animais, é o único ser capaz de desenvolver um trabalho de forma consciente, planejada e racional.

Segundo Marx (2017), o trabalho é entendido como a ação racional que o ser humano desenvolve modificando a natureza para a manutenção de sua própria existência, ou melhor:

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como uma potência natural [*Naturmacht*]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. [...] Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. [...] o que desde o início distingui o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera (MARX, 2017, p. 255).

Para Marx (2017), o trabalho é a ação do ser humano idealizada a um fim que, pela capacidade da racionalidade humana, distingue-se das atividades realizadas pelos animais. Esse trabalho realizado pelo homem para modificar a natureza é feito de forma racional e planejada, com idealização do resultado da ação humana, o que é entendido como a dimensão teleológica do trabalho.

Nessa direção, sobre o conceito de trabalho, Lukács (2011, p. 4) afirma que “a essência do trabalho humano está no fato de que, em primeiro lugar, ele nasce em meio à luta pela existência e, em segundo lugar, todos os seus estágios são produtos da auto-atividade do homem”, ou seja, o trabalho como ação do ser humano modificando a natureza, utilizando-se de utensílios e idealizando formas de desenvolver atividades para a sua subsistência. Em outros termos:

[..] o trabalho é a atividade própria do ser humano, [...] É por meio do trabalho que o homem se afirma como um ser que dar respostas prático-conscientes aos seus carecimentos, [...] o homem é o único ser, que ao realizar o trabalho, é capaz de projetar, antecipadamente, na sua mente o resultado obtido [...] isto é dispõe de uma dimensão teleológica (IAMAMOTO, 2015, p. 60).

Dessarte, percebe-se que a categoria trabalho possui uma dimensão ontológica, pois precisa ser compreendida em sua relação dialética e concreta da realidade do ser humano em sociedade; e teleológica, já que é uma atividade pensada a um fim. Assim, de acordo com Lukács (2011), a relação entre o homem e a natureza, no desenvolvimento do trabalho, possui um meio e um fim que se homogeneízam no processo de trabalho e findam no produto do trabalho. Apesar de o produto final do trabalho parecer a parte mais importante nessa dinâmica, verifica-se que sem o domínio do objeto, dos meios e instrumentos, mais a força de trabalho, que constituem o processo de trabalho, esse fim idealizado não seria possível. Ou seja,

[...] em cada processo de trabalho concreto e singular o fim regula e domina os meios. Mas quando consideramos os processos de trabalho na sua continuidade e evolução histórica no interior dos complexos reais do ser social, surge uma certa inversão nesta relação hierárquica, a qual, embora não sendo certamente absoluta e total é de extrema importância para o desenvolvimento da sociedade e da humanidade. Uma vez que a pesquisa da natureza, indispensável ao trabalho, está, antes de mais nada, concentrada na preparação dos meios, são estes os principais portadores da garantia social de que os resultados dos processos de trabalho permaneçam fixados, que haverá tanto uma continuidade como, especialmente, um aperfeiçoamento na experiência laboral. É por isso que o conhecimento mais adequado que fundamenta os meios (utensílios, etc.) é, muitas vezes, para o ser social, mais importante do que a satisfação daquela necessidade (finalidade) (LUKÁCS, 2011, p. 19).

Concomitante, Marx (2017, p. 261) aborda que o processo de trabalho “em seus momentos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim – a produção de valores de uso”, já que o ser humano, ao se apropriar e modificar a natureza, utilizando-se de instrumentos e sua força na transformação do objeto, resulta no produto previamente pensado e que possui valor. Portanto, entende-se que:

Todo processo de trabalho implica uma matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação; meios ou instrumentos de trabalho que potenciam a ação do sujeito sobre o objeto; e a própria atividade, ou seja, o trabalho direcionado a um fim, que resulta em um produto (IAMAMOTO, 2015, p. 61).

Nessa perspectiva, o processo de trabalho, para Iamamoto (2015), que segue uma perspectiva marxista, corresponde aos elementos que compõem o ciclo do trabalho direcionado a um fim, ou seja, o processo de trabalho não se resume ao simples ato de trabalhar, ao dispêndio da força de trabalho. O processo de trabalho é constituído pelos insumos, os meios e instrumentos de trabalho, como também pela força de trabalho, que possibilitam a formação do produto final. Dessa forma, o processo de trabalho é constituído de elementos fundamentais: o trabalho ou força de trabalho; a matéria-prima ou objeto de trabalho; e os meios e instrumentos necessários para modificar o objeto para se chegar ao produto do trabalho.

Na sociedade capitalista, cujo trabalho é apropriado como meio de acumulação de lucros para o capital, este trabalho do ser humano precisa ter um valor de uso e um valor de troca. Assim, segundo Marx (2017), o burguês, detentor dos meios de produção e comprador da força de trabalho, consome essa força de trabalho a partir do momento em que faz com que o vendedor da força de trabalho (o trabalhador), trabalhe.

Para além disso, o trabalho, na lógica capitalista, não se resume ao trabalho com a simples finalidade de manutenção da vida. A disputa pela compra e venda de produtos no mercado segue a lei da procura e da oferta. Nessa dinâmica, a força de trabalho é vendida ao empregador como sendo o produto resultante e excedente do labor do trabalhador expropriado pelo burguês, ou seja, a mais-valia “[...] expressão exata do grau de exploração da força de trabalho pelo capital ou do trabalhador pelo capitalista. [...] De modo que o operário trabalha metade da jornada para si e a outra metade para o capitalista” (MARX, 2017, p. 294).

Dessa forma, o trabalho ganha um novo significado, passando a ser explorado para a produção e acumulação de riqueza em prol do capital, como aborda Marx (2017):

[...] nosso trabalhador sai do processo de produção diferente de quando ele entrou. No mercado, ele, possui a mercadoria força de trabalho, defronta-se com outros possuidores de mercadorias: um possuidor de mercadoria diante de outros possuidores de mercadorias. O contrato pelo qual ele vende sua força de trabalho ao capitalista prova – por assim dizer, põe o preto no branco – que ele dispõe livremente de si mesmo. Fechado negócio, porém, descobre-se que ele não era nenhum “agente livre”, que o tempo de que livremente dispõe para vender sua força de trabalho é o tempo em que é forçado a vendê-la, que, na verdade, seu parasita [*Sauger*] não deixará “enquanto houver um músculo, um nervo, uma gota de sangue para explorar” (MARX, 2017, p. 373).

A força de trabalho é cada vez mais explorada e fetichizada, o que leva ao aumento da pobreza e da mão de obra desempregada com capacidade de produzir, mas que fica à margem do processo de produção, ocasionando o que Marx (2017) denomina de “exército industrial de reserva”:

[...] se uma população trabalhadora excedente é um produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza com base capitalista, essa superpopulação se converte, em contrapartida, em alavanca da acumulação capitalista, e até mesmo numa condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se ele o tivesse criado por sua própria conta. Ela fornece a suas necessidades variáveis de valorização o material humano sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro aumento populacional (MARX, 2017, p. 707).

Isto é, na lógica da superacumulação desse sistema é impossível que se criem empregos para toda a força de trabalho disponível, já que o intuito desse modelo de produção prima pela acumulação, e não pela divisão da riqueza; assim, parte das pessoas fica à margem do mercado de trabalho.

O(A) assistente social não foge dessa realidade, tendo em vista que é um(a) trabalhador(a) assalariado(a), inserido(a) no âmbito da classe trabalhadora e que precisa vender sua força de trabalho para sobreviver.

Segundo Iamamoto (2015), nessa relação de compra e venda da força de trabalho, a(o) assistente social pode atuar tanto em serviços públicos como em privados, e tem como matéria-prima as múltiplas expressões da questão social, que permeiam todos os âmbitos da sociedade e se manifestam de diversas formas nos espaços sócio-ocupacionais onde se inserem os assistentes sociais. Dessa forma, o Serviço Social é uma profissão especializada, inserida na divisão sociotécnica do trabalho, que irá atuar no âmbito das políticas sociais de caráter público ou privado.

Sobre o processo de trabalho da(o) assistente social, Iamamoto (2015) o apresenta da seguinte forma:

- **O objeto de trabalho**, ou seja, a matéria-prima do assistente social, corresponde à questão social com suas várias expressões;
- **Os instrumentos de trabalho** são não apenas os meios materiais como também o conhecimento, a base teórico-metodológica no exercício da profissão, isto é, os meios utilizados para a efetivação do trabalho, que vão além de um “arsenal de técnicas”, o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelos assistentes sociais ao longo

do seu processo formativo e são parte do “acervo dos seus meios de trabalho”. Vale lembrar que essa profissão tem um caráter assalariado, possuindo uma inserção socioinstitucional na sociedade brasileira, portanto, parte dos meios dos trabalhos dependem da institucional empregadora.

- **O trabalho em si**, a força de trabalho utilizada para, juntamente com os meios e instrumentos, modificar o objeto a um fim ou produto. Nesse quesito, é importante versar que é uma profissão perpassada por relações de gênero, por ser composta majoritariamente por mulheres, possuindo traços de subalternidade, como também, postura e comportamentos messiânico e voluntarista como resquícios da influência católica dos primórdios da profissão (IAMAMOTO, 2015).
- **O produto**, o Serviço Social tem como produtos a interferência na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítico ou ideopolítica dos indivíduos sociais, contribuindo na criação de consensos na sociedade, ou seja, contribui no reforço da hegemonia vigente ou contra-hegemonia no cenário da vida social.

Sobre isso, a questão social e suas expressões é a matéria-prima e o objeto de trabalho das(os) assistentes sociais; que são modificados pelo conjunto dos meios, instrumentos materiais e o conhecimento (base teórico-metodológica); e a força de trabalho utilizada para, juntamente com os meios e instrumentos, transformar o objeto a um fim ou produto pelo trato com as políticas sociais e privadas, no intuito de viabilizar a garantia de direitos aos usuários dos serviços, o que nem sempre se consegue.

Ademais, como visto no tópico anterior, além de normativas legais que direcionam a profissão, pode-se elencar as dimensões que conformam o trabalho das(os) assistentes sociais. Assim, Guerra (2012) apresenta como dimensões do exercício profissional a teórico-metodológica, a técnico-operativa e a ético-política, sendo que uma está interligada à outra.

A dimensão teórico-metodológica diz respeito ao conjunto de saberes e conhecimentos apreendidos durante a graduação, nos cursos de qualificação permanente e de pós-graduação, que preparam e fundamentam as(os) assistentes sociais em seus processos de trabalho, ou melhor:

[...] A dimensão teórico-metodológica nos capacita para operar a passagem das características singulares de uma situação que se manifesta no cotidiano profissional do assistente social para uma interpretação à luz da universalidade da teoria e o retorno a elas. O conhecimento adquirido através deste movimento possibilita sistematizações e construções teórico-metodológicas que orientam a direção e as estratégias da ação e da formação profissional

(dimensão formativa), bem como permite aprofundar os fundamentos teóricos que sustentam as intervenções profissionais (GUERRA, 2012, p. 12).

A dimensão técnico-operativa está relacionada aos instrumentos e técnicas utilizados no trato com as expressões da questão social, que se apresentam como demandas nos serviços, e, para além disso, Guerra (2012) afirma que é essa dimensão que possibilita a legitimação do “*ethos* profissional”, por propiciar a combinação dos saberes adquiridos e, a partir desses, desenvolver formas de trabalho que foram se aprimorando e firmando com os anos. Em outras palavras:

[...] É através da dimensão técnico-operativa que o assistente social articula um conjunto de saberes, recriando-lhes, dando-lhes uma forma peculiar e constrói um “fazer” que é socialmente produzido e culturalmente compartilhado ao tempo em que os vários atos teleológicos dos profissionais resultam na criação/renovação de novos modos de ser desta cultura. É no desenvolvimento da dimensão técnico-operativa que o profissional constrói; reproduz códigos de orientação e um conjunto de valores e normas (GUERRA, 2012, p. 3).

Já a dimensão ético-política diz respeito aos valores e às direções que o profissional utiliza em seu processo de trabalho. Ela corresponde ao PEP, no qual está firmada a formação em que a(o) assistente social é guiado ao trato com a realidade social, a visão utilizada ao se analisar e responder às demandas encontradas. Com isso, Guerra (2012) afirma que:

[...] ao fazer suas escolhas, no que se refere às finalidades estabelecidas e aos meios (condições, instrumentos e técnicas) para alcançá-las, que resposta dar e em que direção, o assistente social exerce sua dimensão ético-política, a qual preocupa-se com os valores (de que valem as respostas dadas) e com a direção social das mesmas (que conjunto de forças está sendo contemplado nas respostas) (GUERRA, 2012, p. 14).

Assim, segundo essa autora (2012), ao desenvolver seu trabalho a(o) assistente social deve atentar-se às dimensões que fundamentam seu processo de trabalho: dimensão teórico-metodológica, que corresponde ao acúmulo teórico adquirido tanto na graduação quanto no processo de formação permanente; a dimensão técnico-operativa, que trata sobre os instrumentos e técnicas utilizados nas respostas às demandas que se apresentam; e a dimensão ético-política, que diz respeito aos saberes, valores e projetos societários. São essas dimensões que irão dar forma e conteúdo à profissão (GUERRA, 2012). Isso demonstra que essas dimensões não devem ser vistas de forma separada, pois cada dimensão está interligada e complementa a outra.

3.2.2 O trabalho da(o) Assistente Social na política de saúde mental no contexto contemporâneo

Como visto anteriormente, entende-se a saúde em sua concepção ampliada, de forma que, para Lima e Santos (2017, p. 132): “Promover saúde é articular políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços as pessoas”. Ou seja, a saúde não se resume apenas à falta de doença, mas à prevenção, promoção e proteção à vida. Dessa forma, ultrapassa-se a dimensão reducionista de saúde em seus aspectos biomédicos curativos, passando a ser compreendida pelos seus determinantes sociais. E é justamente nessa dimensão social que se desenvolve o processo de trabalho da(o) assistente social na área da saúde.

Por determinante social em saúde pode-se compreender os fatores que irão influenciar direta e diretamente na vida e no trabalho de determinada população, que podem se caracterizar como um aumento do risco ao processo de adoecimento. Assim, os determinantes sociais em saúde correspondem aos fatores raciais, culturais, econômicos, sociais e psicológicos que podem favorecer o desenvolvimento de problemas de saúde (BUSS *et al.*, 2007).

Dessarte, vale destacar que, no processo saúde-doença, a formação de equipes interdisciplinares e multiprofissionais é de grande importância para o atendimento integral ao usuário. Com isso, Nogueira e Miotto (2006, p. 6) afirmam que “viabilizando concretizar os princípios da universalidade de acesso e equidade em relação aos direitos sociais, a ação cotidiana dos assistentes sociais tem papel fundamental na construção da integralidade em saúde”.

Faz-se necessário compreender a regulamentação das categorias profissionais que compõem o campo da saúde, sendo uma delas os assistentes sociais, de acordo com a Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde, o que também é disposto da Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS):

Art. 1º - Caracterizar o assistente social como profissional de saúde.

Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções. (CFESS, 1999, [n. p.]).

Posto isso, como discutido nos tópicos anteriores, percebe-se que o Serviço Social está inserido nas várias políticas públicas, já que tem como objeto de intervenção a questão social e suas inúmeras expressões, que permeiam todos os cenários da sociedade capitalista, inclusive no campo da saúde.

Dessa forma, no âmbito da atuação profissional na área da saúde, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), a partir dos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, afirma que “os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010b, p. 41). Como pode ser visualizado no Quadro 4 abaixo:

Quadro 4 – Eixos de atuação a partir dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde

Categorias	Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde
Deveres da(o) assistente social	Os Assistentes Sociais devem: A) Desempenhar suas atividades profissionais com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; B) Utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; C) Abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes (CFESS, 2010b, p. 34).
Atendimento direto aos usuários	O atendimento direto aos usuários dá-se nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade , e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância à qual é vinculada, seja federal, estadual ou municipal. As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis. Cabe ressaltar, entretanto, que para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação , considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social (CFESS, 2010b, p. 41-42).
Mobilização, participação e controle social	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular, mobilizar e capacitar para participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde, em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas; • Articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos;

	<ul style="list-style-type: none"> • Participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meio de reuniões com o conselho diretor da unidade, bem como com os conselhos de saúde; • Participar dos conselhos de saúde; • Contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais; • Estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social; • Estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático; • Incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal; • Participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional); • Democratizar, junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde, os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos; • Socializar as informações com relação a eleição dos diversos segmentos nos conselhos de políticas e direitos; • Estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais; • Identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde (CFESS, 2010b, p. 59-60).
Investigação, planejamento e gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais da equipe; • Contribuir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde, inclusive no que se refere à deliberação das políticas; • Participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão; • Elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação; • Identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros; • Realizar a avaliação do plano de ação por meio da análise das ações realizadas pelo Serviço Social e pela instituição (em equipe) e os resultados alcançados; • Participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições; • Realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar e estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para a reorganização dos recursos institucionais; • Participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional e estadual; • Realizar investigação de determinados segmentos; • Fortalecer o potencial político dos espaços de controle social; • Participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho; • Realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional; • Fornecer subsídios para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional, a partir das investigações realizadas; • Criar estratégias e rotinas de ação; • Integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético-político profissional; • Sensibilizar os gestores da saúde para a relevância do trabalho do assistente social nas ações de planejamento, gestão e investigação (CFESS, 2010b, p. 62-63).
Assessoria, qualificação e formação profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer o controle democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde, em todos os níveis; • Formular estratégias coletivas para a política de saúde da instituição; • Criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas; • Participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular; • Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde; • Participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação/implementação da NOB RH/SUS nas esferas municipal, estadual e nacional; • Qualificar o trabalho do assistente social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada; • Elaborar plano de educação permanente para os profissionais de Serviço Social; • Criar fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social; • Assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade (CFESS, 2010b, p. 64-65).

<p>Não são atividades de competência da profissão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; • Solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; • Identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; • Pesagem e medição de crianças e gestantes; • Convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; • Comunicação de óbitos; • Emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; • Montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes (CFESS, 2010b, p. 46-47).
--	---

Fonte: Sistematizado pela autora com base nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (grifos nossos).

O quadro acima traz as orientações do CFESS para o trabalho da(o) assistente social na política de saúde, o que inclui a saúde mental, elencando o que se configura como competências, atribuições, trabalho em equipe, e o que não é competência desses profissionais, a partir dos quatro eixos de atuação.

O primeiro eixo – **Atendimento direto aos usuários** – diz respeito às ações socioassistenciais e socioeducativas materializadas através das seguintes ações: construção de perfis socioeconômicos; visitas domiciliares; atendimentos individuais ou coletivos que informam e orientam sobre benefícios e direitos; realização de grupos socioeducativos e rodas de conversas; construção de relatórios, laudos e pareceres; articulação intra e intersectorial com a rede de serviços; o matriciamento; a construção de materiais informativos (como folhetos e cartilhas) sobre direitos, benefícios, funcionamentos dos serviços para os usuários, dentre outras.

O segundo – **Mobilização, participação e controle social** – corresponde à participação em conselhos de políticas públicas (saúde, educação, idoso, criança e adolescente, etc.); incentivar e mobilizar usuários e familiares a participar de conselhos e construir coletivos de luta sociais; articulação com os movimentos sociais, e outras.

O terceiro – **Investigação, planejamento e gestão** – são os planejamentos, registros e avaliação das atividades desempenhadas; a gestão; a criação de planos de trabalho e projetos de ação; a construção do planejamento multiprofissional dos serviços; estudos sociais que possibilitam traçar o perfil dos usuários e da comunidade, dentre outras ações.

Por fim, o quarto eixo – **Assessoria, qualificação e formação profissional** – pode ser visualizado na supervisão de estágio a estudantes de Serviço Social; ao assessorar entidades e movimentos sociais; participar de oficinas, cursos, congressos, eventos etc.; estar comprometido com a capacitação permanente, dentre outras ações.

Também vale analisar uma problemática frequente nos processos de trabalho das(os) assistentes sociais na saúde e saúde mental, que são as demandas e atividades que não são de sua competência profissional, porém, fazem-se presente no seu cotidiano profissional, como foi ilustrado no Quadro 5.

Historicamente, questões meramente burocráticas e administrativas são postas pelas instituições e até mesmo por outros profissionais como competências profissionais das(os) assistentes sociais, como visto no tópico anterior. Marcações de consultas, busca por vagas na rede de serviços, concessão do TFD, informar sobre quadro clínico a usuários e familiares, dentre outras atividades não são atribuições de assistentes sociais, como o próprio CFESS aborda nos parâmetros expostos acima.

Essas demandas se apresentam historicamente para a profissão no campo da saúde, no entanto, com o contexto da pandemia da COVID-19, ocorre sua ampliação e intensificação, sobretudo nas instituições hospitalares. A exemplo, destaca-se o próprio Ministério da Saúde, ao publicar o protocolo de manejo de corpos na pandemia, em 2020, que atribuía ao Serviço Social a responsabilidade de comunicar o óbito a familiares de usuários. Essa medida foi repudiada pelos órgãos representativos da categoria – conjunto CFESS/CRESS – de forma que, em 31 de março de 2020, o CFESS publicou a Orientação Normativa nº 3/2020, que dispõe:

1. É garantido às famílias o direito de serem devidamente informadas sobre o óbito de seus entes e sobre as causas que resultaram no falecimento.
2. A comunicação de óbito não se constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social.
3. A comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa mortis dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes (CFESS, 2020, [n. p.]).

Isso aponta para a importância de a(o) assistente social possuir o conhecimento de suas atribuições e competências para que não exerça, ou seja coagido a exercer, atividades que não correspondam ao leque de ações, procedimentos, instrumentos e técnicas de que são capacitados

pelo seu processo de formação profissional. Mas isso não é tão simples. O aspecto messiânico e assistencialista dos primórdios da profissão ainda estão presentes no imaginário da sociedade. Muitas vezes essa categoria profissional precisa esclarecer aos demais profissionais que compõem a equipe de atendimento nos serviços, sobre o que lhe compete ou não como demanda, de acordo com sua formação, exigindo que as(os) assistentes sociais dialoguem e se articulem com a equipe.

Nessa direção, é possível ver a aproximação dos princípios da Reforma Psiquiátrica com o CE e PEP da(o) assistente social, pois possuem princípios que primam pelo direito à liberdade, cidadania, democracia, respeito, equidade, justiça social, emancipação etc., que caminham juntos para a garantia de direitos civis, políticos e sociais na construção de uma sociedade com menos desigualdades e explorações. Isso demonstra que a(o) assistente social não é apenas um profissional tecnicista, mas também possui um caráter político em sua intencionalidade ao realizar seu trabalho. E na saúde mental, seu processo de trabalho, seguido de acordo com seus marcos legais, deve caminhar para a consolidação da Reforma Psiquiátrica na viabilização da garantia dos direitos dos usuários dos serviços.

Nesse aspecto, o Serviço Social é uma profissão da área da saúde que lida diretamente com os determinantes sociais em saúde, não no sentido biomédico, mas no trato das expressões da questão social. Assim, “a maior provocação, portanto, para os profissionais que compõem a equipe de saúde mental e, conseqüentemente, o assistente social, é encarar a interdisciplinaridade como uma possibilidade e não uma limitação ao seu trabalho” (PEREIRA, 2015, p. 102).

Logo, a(o) assistente social que atua nos dispositivos da saúde mental, além de seu Projeto Ético-Político que está em consonância com os ideais democrático, de liberdade, igualdade, de cidadania, está em congruência com os princípios da Reforma Psiquiátrica, que deve ser sempre fortalecida e defendida como projeto emancipatório. Faz-se necessário conhecer suas atribuições e competências para que não respondam e/ou evitem responder a demandas equivocadas. Outro fator importante no processo de trabalho é a articulação intra e intersetorial com as demais políticas, já que as demandas dos usuários, no que corresponde a uma atenção integral, podem ultrapassar a capacidade de resposta de um determinado serviço ou setor.

4 OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL: uma análise da atuação nos CAPS do estado do Piauí

Este capítulo apresenta os resultados e a análise dos dados coletados na pesquisa de campo que teve como objetivo analisar como se configuram os processos de trabalho das e dos assistentes sociais na política de saúde mental no estado do Piauí, com destaque para a atuação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no período de 2018 a 2022. Dessa forma, explicita o percurso metodológico desenvolvido, o cenário e os sujeitos da investigação, assim como desvela o caminho perseguido na busca para responder o problema de pesquisa, através da análise das entrevistas, dos questionários e dos documentos examinados à luz do referencial teórico estudado.

Para tanto, o capítulo está subdividido em quatro tópicos. O primeiro, intitulado **“Percurso Metodológico e as características dos territórios de desenvolvimento no Piauí”**, a priori aborda como foi realizada a pesquisa de campo, a partir do desenho metodológico, e faz a caracterização da política de saúde mental nos territórios de desenvolvimento no subtópico **Características dos Territórios de Desenvolvimento no Piauí**. O segundo item, **“Perfil das(os) Assistentes Sociais de CAPS no território piauiense”** apresenta o levantamento sobre o perfil dessa categoria profissional no Piauí, com base nos questionários aplicados. O tópico seguinte, **“Assistentes Sociais e os CAPS: desafios e alternativas encontrados nos processos de trabalho no cenário piauiense”**, realiza uma análise, sobretudo, a partir da oralidade dos sujeitos, com base nas entrevistas estruturadas realizadas com profissionais de dez territórios de desenvolvimento do Piauí. Também aponta as aproximações, divergências, particularidades entre os processos de trabalho de profissionais que atuam nos CAPS de Teresina com os dispositivos das demais cidades do interior do estado.

4.1 Percurso metodológico e as características dos territórios de desenvolvimento no Piauí

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que se desenvolveu por meio do estudo de campo intitulado os processos de trabalho das(os) assistentes sociais que trabalham em CAPS no Piauí. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura acerca da temática, também foi desenvolvido um estudo documental de dados como documentos, principalmente nas plataformas do Governo Federal (DATASUS) e da SESAPI (Portal da Saúde), composição da RAPS no Piauí, quadro de profissionais assistentes sociais que trabalham em CAPS no estado. Para a pesquisa empírica foram utilizados os seguintes procedimentos para a coleta de dados: a entrevista estruturada,

realizada por meio da plataforma *Google Meet*, com dez (10) assistentes sociais de territórios de desenvolvimento diferentes, sendo preferível a participação de profissionais que atuem em CAPS II e/ou CAPS I mais antigo; e pelo questionário *on-line* realizado no *Google Forms*, que conseguiu atingir 31 profissionais que trabalham em CAPS do Piauí. O contato com as(os) participantes foi realizado através da “bola de neve” (*snowball*). O método de análise foi o materialismo histórico e dialético de Marx (MINAYO, 1993). Para análise e interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo e a triangulação.

Vale lembrar que o estudo foi desenvolvido em conformidade com as resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012; e nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Também foi autorizado pela SESAPI e pelo CEP-UFPI, com CAAE: 53053321.1.0000.5214. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tanto nas entrevistas quanto nos questionários, sendo a coleta de dados realizada apenas depois da devida anuência.

A coleta de dados primários foi realizada pelas técnicas da entrevista estruturada²⁰ e aplicação de questionário²¹ na modalidade *on-line*, no período de 2 de dezembro de 2021 a 30 de abril de 2022, após a autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética (CEP/UFPI). Esses instrumentos foram elaborados previamente, com base nos objetivos da pesquisa.

Foi adotada a modalidade *on-line* por conta das dificuldades impostas pela pandemia de COVID-19, que dificultou os encontros físicos, assim como pelas distâncias existentes entre os vários municípios piauienses, a se percorrer em um curto espaço de tempo. A partir das recomendações da Comissão Nacional de Ética na Pesquisa (CONEP), entende-se como:

Meio ou ambiente virtual: aquele que envolve a utilização da internet (como e-mails, sites eletrônicos, formulários disponibilizados por programas etc.), do telefone (ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas etc.), assim como outros programas e aplicativos que utilizam esses meios (BRASIL, 2021, [n. p.]).

Dessa forma, foram realizadas 10 entrevistas com assistentes sociais, sendo entrevistada(o) 1 profissional por território de desenvolvimento do Piauí, como pode ser observado no quadro a seguir:

²⁰ Segundo Minayo (2008, p. 261), é um tipo de entrevista que a “sondagem de opinião, no caso de ser elaborada mediante um questionário totalmente estruturado, no qual a escolha do informante está condicionada a dar respostas a perguntas formuladas pelo investigador”; possibilitando maior apreensão sobre o objeto.

²¹ O questionário, de acordo com Richardson (2012, p. 189), “permite observar as características de um indivíduo ou grupo”, ou seja, é uma forma de descrever e caracterizar o objeto a ser estudado.

Quadro 5 – Sujeitos da pesquisa: entrevistas realizadas

Territórios de Desenvolvimento	Municípios	CAPS selecionados	Assistentes Sociais sujeitos da pesquisa
Planície Litorânea	Luís Correia	CAPS I	1
Cocais	Piripiri	CAPS II	1
Entre Rios	Teresina	CAPS II	1
Carnaubais	Campo Maior	CAPS I	1
Vale do Sambito	Valença do Piauí	CAPS I	1
Vale do Rio Guaribas	Picos	CAPS AD II	1
Vales do Rio Piauí e Itaueiras	Floriano	CAPS II	1
Vale do Canindé	Oeiras	CAPS I	1
Serra da Capivara	São João do Piauí	CAPS I	1
Chapada das Mangabeiras	Bom Jesus	CAPS I	1
Total de sujeitos entrevistados			10

Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

O Piauí conta com 12 Territórios de Desenvolvimento, no entanto, não foi possível realizar as 12 entrevistas em todos os territórios, como planejado inicialmente. Os fatores que inviabilizaram atingir essa meta foram: 1) a dificuldade de contato com profissionais de outros municípios²² no interior do estado; 2) a nova onda de contaminação ocasionada pela pandemia de COVID-19 no período de coleta dos dados; 3) a recusa de alguns profissionais em participar do estudo. Dessa forma, os territórios Tabuleiros do Alto Parnaíba e Chapada Vale do Rio Itaim, que estavam na proposta inicial do estudo, não foram abarcados.

Em razão disso, foram realizadas 10 entrevistas, em 10 territórios diferentes: 1 entrevista com uma(um) representante de CAPS da Planície Litorânea, uma(um) de Cocais, uma(um) de Entre Rios, uma(um) de Carnaubais, uma(um) do Vale do Sambito, uma(um) do Vale do Rio Guaribas, uma(um) dos Vales do Rio Piauí e Itaueiras, uma(um) do Vale do Canindé, uma(um) da Serra da Capivara e uma(um) da Chapada das Mangabeiras. Participaram dessa fase, 9 mulheres e 1 homem. Cada entrevista seguiu um roteiro prévio (APÊNDICE D) de 14 perguntas iguais a todas(os) os(as) sujeitos participantes do estudo.

Para resguardar os sujeitos do estudo, suas falas foram identificadas como assistente social 1 ao 10, sendo sorteada a ordem para uma sequência aleatória, de forma que não fosse possível identificar a(o) participante, em respeito ao anonimato.

²² Foi observado, com o estudo, a grande rotatividade de profissionais nos serviços trabalhados, sobretudo nos municípios do interior, o que dificulta o contato com esses profissionais e o conhecimento dos próprios trabalhadores integrantes da rede psicossocial por seus colegas, já que mesmo a SESAPI informou que não dispõe dessas informações atualizadas. Portanto, é necessário questionar: quem e quantos realmente são os trabalhadores da RAPS no Piauí?

A pesquisa também visava selecionar assistentes sociais com mais tempo nos serviços, porém, em virtude da rotatividade de profissionais nos serviços, principalmente nos municípios do interior, isso não foi possível em todos os territórios. Nos territórios da Planície Litorânea e do Vale do Rio Guaribas, por exemplo, foram previstas entrevistas com profissionais de CAPS II, mas por intercorrências, foram substituídas por CAPS I e CAPS AD consecutivamente.

O convite para participar das entrevistas foi enviado de forma individual, por *e-mail* ou via *WhatsApp*, de acordo com a preferência da(o) participante, a fim de resguardar o anonimato, obedecendo aos critérios do CEP/CONEP²³ e as resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As entrevistas estruturadas tiveram uma média de 20 a 80 minutos de duração e foram realizadas de maneira remota, por meio de uma sala *on-line* individual e privada na plataforma do *Google Meet*, na qual se encontravam apenas a entrevistadora e a(o) entrevistada(o). Ademais, essa etapa foi desenvolvida somente após o consentimento das(os) sujeitas da pesquisa e o aceite dado através da assinatura do TCLE, seguindo as recomendações da CONEP, de que “deve ficar claro ao participante da pesquisa, no convite, que o consentimento será previamente apresentado e, caso, concorde em participar, será considerado anuência quando responder ao questionário/formulário ou entrevista da pesquisa” (BRASIL, 2021, [n. p.]).

Para o questionário, foi criado um formulário *on-line* (APÊNDICE E), por meio do *Google Forms*, com perguntas abertas e fechadas, que contemplavam os objetivos da pesquisa, disponibilizado por *e-mail* aos/às assistentes sociais que trabalhavam nos CAPS no estado do Piauí, independente do tempo de trabalho nesses serviços. Antes de responder às perguntas, as(os) sujeitos tiveram acesso ao TCLE contido também no formulário, e em caso de aceite de participação, as(os) profissionais tinham a opção de assinar o termo.

O contato foi realizado através da “bola de neve” (*snowball*)²⁴, na qual uma(um) profissional indica outro(a) profissional para participar da pesquisa. O intuito era atingir pelo menos 60% dos 81 profissionais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como inseridos nos CAPS do Piauí, mas diversos fatores impossibilitaram que esse quantitativo fosse atingido, tais como: 1) dificuldade de contatar profissionais dos municípios do interior, mesmo com a mediação e o apoio da gestão da SESAPI e do CRESS-

²³ Seguiu-se as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa publicadas nas “Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual”, em 24 de fevereiro de 2021.

²⁴ Na técnica da “bola de neve” [...] lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa [...]. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador (VINUTO, 2014, p. 203).

PI; 2) pouca adesão das(os) participantes da investigação ao meio remoto/questionário *on-line*; 3) adoecimento/contaminação gerado pela pandemia da COVID-19. Em vista disso, foram obtidas respostas de 31 questionários, abrangendo as 4 macrorregiões: litoral, meio norte, semiárido e cerrados. Das(os) respondentes, 2 representam a região do litoral, 18 a região meio norte, 6 a região do semiárido e da região cerrados são 5 questionários. Destaca-se, ainda, que a maioria dos respondentes atua nos CAPS de Teresina, capital do Estado, onde se localiza o maior número de assistentes sociais do Piauí.

4.1.1 Características dos territórios de desenvolvimento no Piauí

O conceito de Território de Desenvolvimento passou a ser adotado no Estado do Piauí como região administrativa para fins de planejamento governamental. Com isso, a Secretaria do Planejamento do Estado do Piauí (SEPLAN), no intuito de desenvolver e estabelecer o planejamento das ações executadas pelo estado de forma participativa, sustentável e territorial, dividiu o Piauí em territórios de desenvolvimento, como já visualizado anteriormente.

Todavia, nesse estudo, compreende-se território também como o espaço vivido, habitado, que contém as histórias e o cotidiano de cada indivíduo, em cada situação específica. Portanto, é um lugar marcado pelas expressões da questão social. Para assimilá-lo, precisa-se de um olhar minucioso, perpassando a demarcação geográfica, considerando também seu viés cultural. Assim:

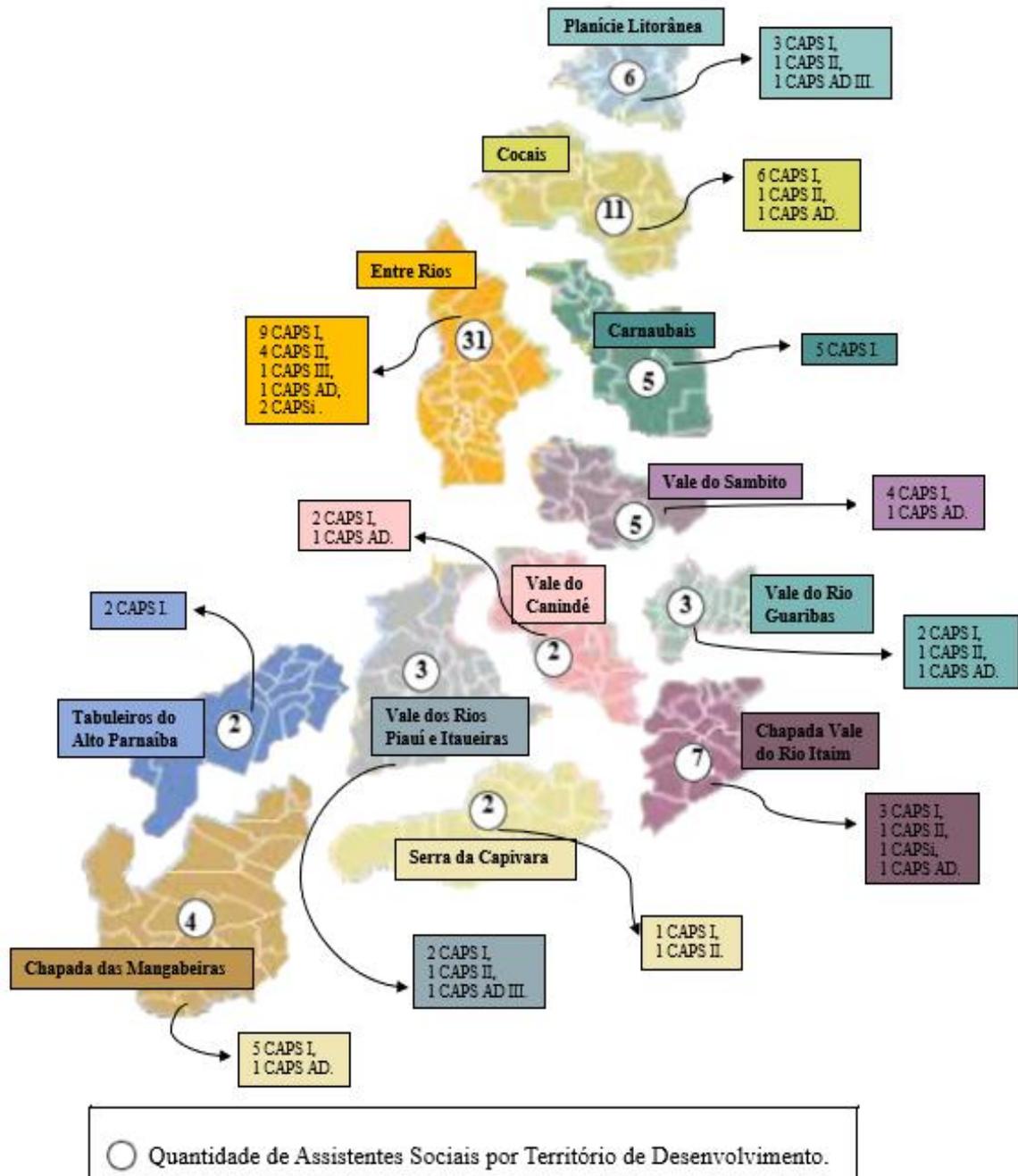
A concepção de território supõe movimento, isto é, a concepção de território não se confunde com uma área de abrangência, que embute a definição de um dado volume de população ou mesmo o estabelecimento de um espaço geográfico resultante de um dispositivo jurídico estatal. Neste sentido, é preciso ter claro que o território contém uma dimensão histórica, pois se constitui e constrói sua identidade em uma dinâmica de relações. Assim, é o processo que define a trajetória do território, e esse processo se reflete na trajetória dos que nele vivem, mas também é demarcado pelas trajetórias dos sujeitos nele 'abairrados' (SPOSATI, 2013, p. 6).

Dessa forma, a noção de território está interligada à necessidade de se conhecer, analisar e entender a rede de serviços ligados às políticas públicas sociais, fazendo-se necessário para assegurar e efetivar os direitos uma vez que se pode identificar as dificuldades e propor resoluções, aproveitando as potencialidades de cada território, em cada situação específica.

A figura subsequente ilustra como estão distribuídos os CAPS e o quantitativo de assistentes sociais em cada território de desenvolvimento no estado do Piauí. Para se chegar a esses dados foi necessário recorrer a dados oficiais dispostos nos portais do Governo Federal

(DATASUS/CNES) e estadual (Portal da Saúde/SESAPI), complementados pelo levantamento através do contato com as(os) assistentes sociais que trabalham na política de saúde mental, o que levou a se constatar a desatualização dos dados cadastrados nos *sites* oficiais.

Figura 6 – Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Piauí por Territórios de Desenvolvimento



Fonte: Sistematização da autora com base nos dados dos *sites* oficiais do DATASUS e SESAPI (2022).

Vale destacar que os dados disponíveis nos meios eletrônicos dispostos pelo Governo Estadual e Federal encontram-se desatualizados, configurando-se como uma dificuldade no

estudo, sendo importante a atualização das informações sobre as(os) assistentes sociais cadastradas no CNES, referente aos serviços dos CAPS do Piauí. A SESAPI informou que não possui essa informação sobre a composição atual das equipes multiprofissionais dos CAPS, e em diálogos com a Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASM), essa é uma dificuldade que a gestão estadual também encontra: o atraso e/ou a falta de retorno de alguns municípios sobre os serviços da RAPS.

Com isso, leva-se a pensar sobre o desalinhar da política, principalmente por parte da gestão, pois: como gerir o desconhecido? Como ofertar da melhor forma possível os serviços públicos de saúde mental no Piauí, se a própria instância maior não tem completo conhecimento sobre a “ponta”? Como melhorar o diálogo entre os municípios e o estado? São indícios preocupantes, que evidenciam a fragilidade dos serviços e apontam que ainda muito precisa ser feito para se firmar dispositivos que realmente estejam de acordo com os princípios da RP.

Por conseguinte, através da pesquisa exploratória²⁵ foi possível verificar, conforme sistematizado na imagem anterior, os 67 CAPS existentes no Piauí por território. A maioria dos dispositivos possui em sua equipe assistentes sociais, chegando a um quantitativo de 81 profissionais de Serviço Social nos CAPS. Destaca-se, dentre os 12 territórios de desenvolvimento, o Território Entre Rios, onde está localizada a capital do estado, Teresina sendo, conseqüentemente, a região com maior índice demográfico e de serviços de saúde. Assim, observa-se que a cada território de desenvolvimento existem pelo menos 2 dispositivos CAPS habilitados. Posto isso, dentre os 67 dispositivos do estado, têm-se um total de 44 serviços do tipo CAPS I; 10 do tipo CAPS II; 1 do tipo CAPS III; 3 do tipo CAPS i; e 9 do tipo CAPS AD.

Observa-se, ainda, que na Figura 6, o Entre Rios é a região com o maior número de CAPS habilitados em todo o Piauí, com um total de 17 em diferentes modalidades. Isso se justifica, pois esse também é o território em que se encontra localizada a capital do estado, e seu maior quantitativo populacional. Já os territórios da Serra da Capivara (um CAPS I e um CAPS II) e Tabuleiros do Alto Parnaíba (dois CAPS I) se apresentam com os menores números de dispositivos habilitados, apenas 2 em cada um. Mais uma vez, percebe-se a concentração de serviços na capital e arredores, sendo necessária a ampliação e regionalização desses serviços.

Um caso interessante a ser mencionado é do território do Vale do Rio Itaim, que apesar de ser uma região interiorana, destaca-se a quantidade e os tipos de CAPS habilitados, 6 ao

²⁵ De acordo com Gil (2008, p. 27), a pesquisa exploratória “têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”, já que esse estudo se trata de uma temática pouco explorada pela literatura.

total, sendo 4 no município de Paulistana, com CAPS do tipo I, tipo II, CAPS infantojuvenil e CAPS AD. Outros territórios considerados mais desenvolvidos, por possuírem um maior número populacional e de serviços das políticas públicas privadas, como a Planície Litorânea, possuem apenas 5 CAPS do tipo I, II e AD III Regional, concentrando-se na cidade de Parnaíba. Também os Vales do Rio Piauí e Itaueiras, com apenas 4 CAPS do tipo I, II e AD III Regional, concentram-se na cidade de Floriano, que além de atender a população municipal e circunvizinha piauiense, também recebe demandas advindas de cidades do Maranhão.

Apesar das características adjacentes, Teresina e os municípios do interior possuem grandes diferenças econômicas, política, sociais e culturais, o que repercute também na configuração da RAPS e demais redes. A capital, mesmo com o problema de articulação de rede relatado pelas(os) participantes da pesquisa, possui dispositivos que dão forma à RAPS no município, pois a prestação de serviços de saúde vai desde a atenção básica a alta complexidade no mesmo território. É na capital que está habilitada a maior parte dos leitos hospitalares, o único hospital psiquiátrico do estado, 5 dos 6 serviços residenciais terapêuticos, sem contar os dispositivos CAPS em todas as suas modalidades e ambulatórios com atendimento de saúde mental. As associações de usuários, familiares, trabalhadores e simpatizantes da saúde mental também estão, em sua maioria, presentes em Teresina, como a Âncora, *Homo Lobus* e Amigos no Ninho, atuando no controle social. Vale mencionar também outras associações dispostas nos municípios do interior, como a associação Fênix, em Parnaíba; Liberdade, em União; e Navi, em Água Branca.

Já nos municípios do interior que possuem CAPS, em sua maioria apresentam esse dispositivo como único serviço responsável por tratar pessoas com demandas relacionadas à saúde mental, e a atenção básica nem sempre dá o suporte a esses dispositivos, o que constitui uma dificuldade no trato com a saúde mental.

Ainda sobre o interior, municípios como Cristino Castro, Elesbão Veloso e Rio Grande do Piauí, que segundo o CNES não possuem essa categoria profissional cadastrada na equipe dos CAPS, no desenrolar da pesquisa pela técnica da bola de neve, na qual um profissional indicava o outro a participar do estudo, conseguiu-se encontrar e dialogar com esses profissionais, e alguns até foram respondentes ao estudo. Isso significa que, em alguns casos, a gestão responsável por esses dispositivos de saúde mental não atualiza as informações ou demora a fazê-lo, gerando dados desatualizados, que não condizem com a realidade.

De acordo com informações da SESAPI, adquiridas no Portal da Saúde, em *folders* e documentos (Relatórios de Gestão) disponibilizados, bem como em diálogos com a Gerência

de Atenção à Saúde Mental (GASM), os demais componentes da RAPS no Piauí são constituídos da seguinte forma:

Quadro 6 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí

EIXOS	DISPOSITIVOS
Atenção Básica	- 1.071 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde distribuídos nos 224 municípios (com maior concentração em Teresina, com 95 unidades).
Atenção Psicossocial Especializada	- 67 Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades; - 10 Unidades integradas de saúde com ambulatório de psiquiatria em Teresina.
Atenção de Urgência e Emergência	- 01 Hospital Psiquiátrico, o Areolino de Abreu (HAA); e 85 bases destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): SAMU Estadual.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	- 01 Unidade de Acolhimento Adulto em Floriano, de gestão municipal; - 30 Comunidades Terapêuticas de Acolhimento/Tratamento.
Atenção Hospitalar	- 31 Leitos de Atenção Psicossocial em Hospital geral: 10 leitos no Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas; - Hospital do Mocambinho, em Teresina; 08 leitos de saúde mental na Maternidade Dona Evangelina Rosa, em Teresina; 09 leitos de saúde mental na Casa de Saúde e Maternidade São José, em São Raimundo Nonato; e 04 leitos de saúde mental no Hospital Regional Mariana Pires, em Paulistana.
Estratégias de Desinstitucionalização	- 06 Serviços Residenciais Terapêuticos: 05 em Teresina, 04 de gestão estadual e 01 de gestão municipal; 01 em União, de gestão municipal.

Fonte: Sistematização da autora com base em dados do DATASUS, SESAPI e CENDROGAS (2022).

Diante desses dados, vê-se a existência de uma rede construída, mas com pontos ainda distantes e que precisam ser fortificados e ampliados. Importante destacar que os serviços da atenção básica, enfraquecidos pela Portaria nº 2.698/2019, que suspendeu os incentivos federais aos estados e municípios, como no restante do País, também se encontram fragilizados com a redução e extinção²⁶ dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (eNASFs) e de equipe do Consultório na Rua (eCR). Em todo o estado não há registro no CNES de equipes NASF ou CR, o que significa precarizar não só a AB, mas de toda a rede de saúde, o que pode gerar a elevação de agravos à saúde da população.

²⁶ Segundo dados de abril de 2022, no CNES, o Brasil possui 138 equipes NASF em suas três modalidades cadastradas; e 13 de CR também em suas três modalidades. Em toda a região Nordeste estão cadastradas apenas 35 equipes de NASF, com destaque para Fortaleza-CE (10), Parnamirim-RN (6) e Salvador-BA (3); e as equipes de CR são 4, localizados nas capitais Fortaleza-CE (1) e Salvador-BA (3).

Vale lembrar que a maioria dos municípios do Piauí é considerado de pequeno porte e não atinge sequer 20 mil habitantes, um dos indicativos para habilitação de CAPS, o que aponta para um vazio desassistido pela rede do território. O CAPS, nesse sentido, é observado como um serviço especializado, criado para a dinâmica do urbano: e como fica o meio rural? Assim, segundo Belarmino *et al.* (2016, p. 109), as “populações rurais enfrentam problemas de acesso aos equipamentos de saúde, não têm cobertura satisfatória do [...] PACS e da [...] ESF, [...] Isso se aplica igualmente as equipes NASF”. A atenção básica, em tese, ficaria como única forma de acesso ao cuidado psiquiátrico, porém, como visto, a AB também passa pelo processo de desmonte do atual governo, guiado pela tendência neoliberal.

Somado a isso, Rosa e Belfort (2016) abordam que, no que tange à saúde mental, a AB carece de ações potentes, apesar de já existir o matriciamento dos CAPS, ainda são incipientes, o que piora com o contexto rural, já que “a saúde mental não conta com equipes volantes/itinerantes, o que dificulta o seu acesso para populações rurais” (ROSA; BELFORT, 2016, p. 366).

Outro ponto crítico, segundo os relatos dos questionários e entrevistas, diz respeito ao número ainda baixo de CAPSi e de especialistas neuropsicossociais em ambulatórios, resultando na sobrecarga dos CAPSi por demandas que nem sempre deveriam ser atendidas nesses serviços, mas que os dispositivos atendem por falta de profissionais na rede. Além disso, há um número ainda baixo de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a concentração dos atendimentos de urgência e emergência psiquiátrica principalmente no HAA em Teresina.

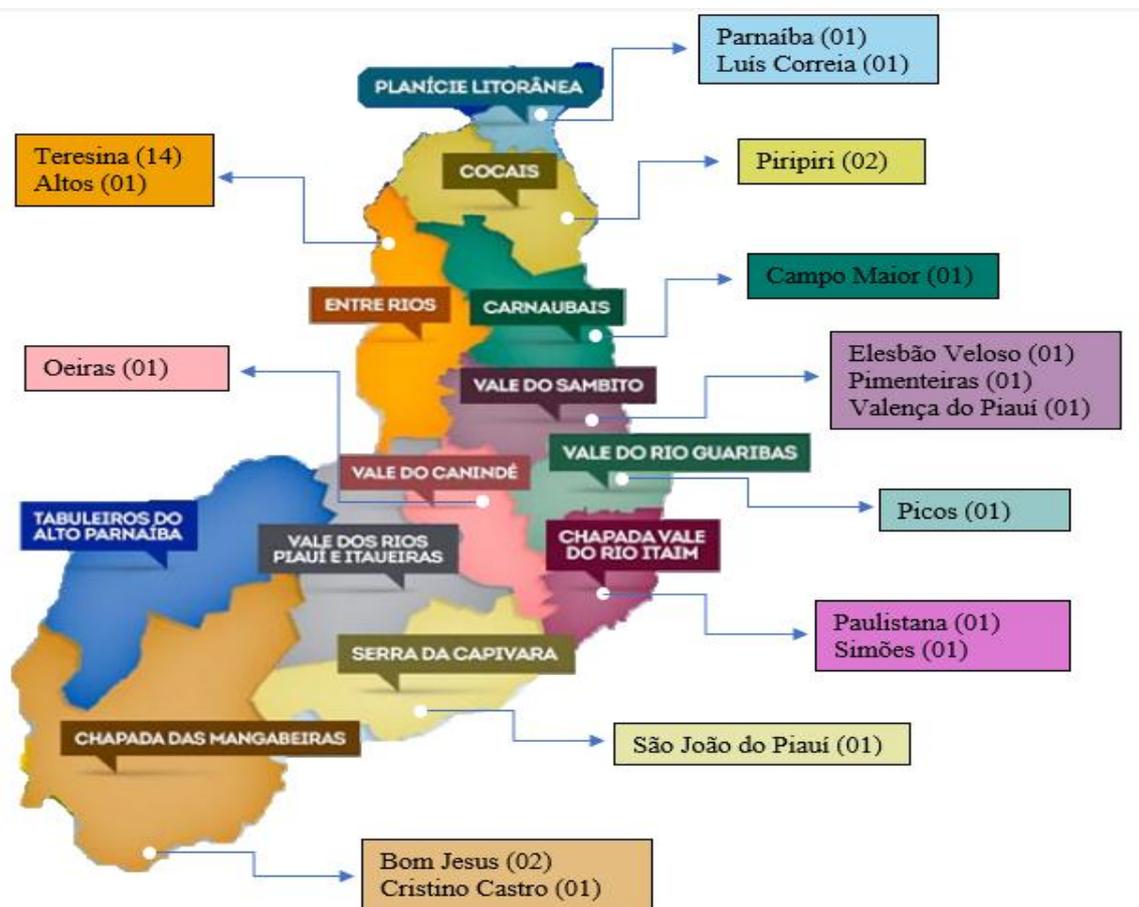
Esse cenário leva à aglutinação de serviços de saúde concentrados na capital do Piauí, chamando-se a atenção da necessidade de se abranger os dispositivos da RAPS para os demais municípios, no intuito de descentralizar, democratizar e ampliar as ações e serviços, promovendo o acesso universal à saúde aos piauienses residentes no interior do estado, garantindo a cidadania desse povo.

Sobre esta temática dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, durante a III Conferência Macrorregional de Saúde Mental do Meio Norte, em 29 de maio de 2022, o secretário de saúde afirmou, segundo o Portal da Saúde, que “a SESAPI instalará 24 novos leitos para atendimento de saúde mental, no Hospital Regional Manoel de Sousa Santos (08), em Bom Jesus, Hospital da Polícia Militar (08), em Teresina, e no Hospital Regional Deolindo Couto (08), em Oeiras”. Isso visa ampliar as ações em saúde mental no interior do estado, promovendo a descentralização do cuidado a municípios do interior. Espera-se que de fato esses leitos sejam habilitados.

4.2 Perfil das(os) Assistentes Sociais de CAPS no território piauiense

Foi realizado um levantamento de dados para a caracterização e construção do perfil²⁷ das(os) assistentes sociais que trabalham em CAPS no estado do Piauí, a partir de questionário aplicado no período de 2 de dezembro de 2021 a 30 de abril de 2022, que obteve um total de 31 respostas de profissionais de 16 cidades piauienses, como pode ser visualizado na Figura 7 a seguir:

Figura 7 – Municípios em que as(os) assistentes sociais participaram da pesquisa respondendo aos questionários *on-line*



Fonte: Sistematização da autora com base da divisão da SEPLAN e dados coletados nos questionários.

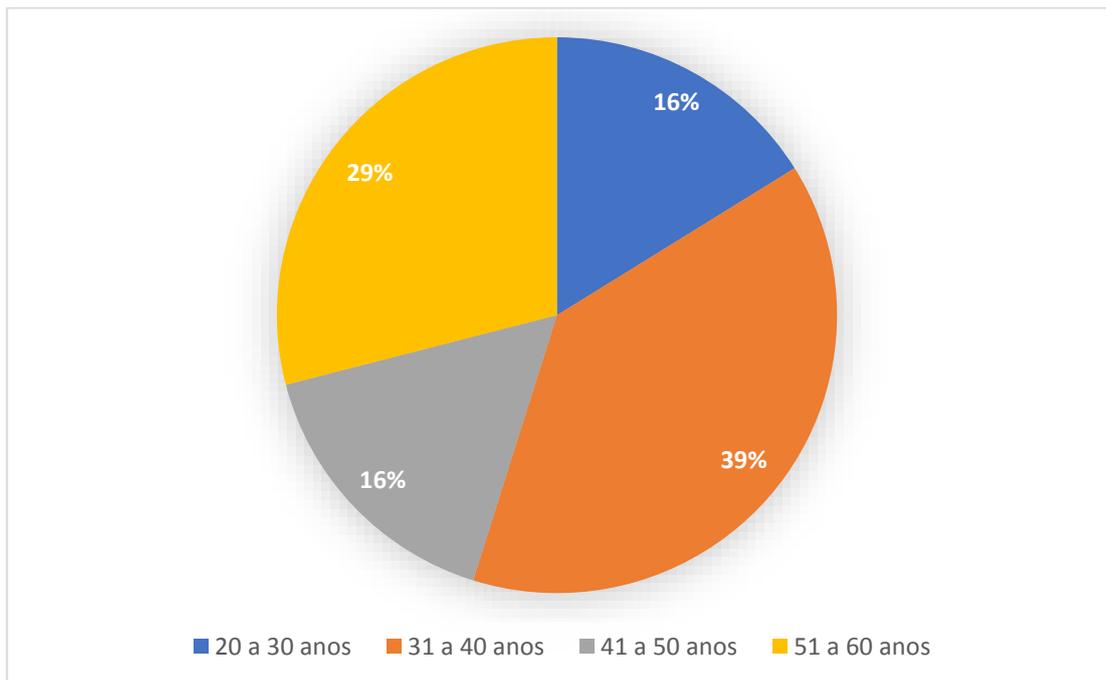
A figura 7 ainda mostra que, das(os) assistentes sociais respondentes, 45% estão inseridas(os) em CAPS de Teresina, e 55% espalhadas(os) pelo interior do estado, o que possibilitou traçar aproximações entre o exercício profissional na capital e no interior, tema que será aprofundado no tópico 4.4. Percebe-se, mais uma vez, a aglutinação de profissionais,

²⁷ Esse estudo entende como perfil a caracterização, construção e o conjunto de aspectos que representam um dado ser.

serviços e demandas na capital. Destaca-se que a quantidade de assistentes sociais em CAPS de Teresina é superior à somatória de profissionais por territórios, como pode ser visualizado nas figuras 6 e 7.

Dando prosseguimento ao perfil profissional, é interessante salientar as seguintes informações dispostas nos gráficos subsequentes:

Gráfico 1 – Faixa Etária de Assistentes Sociais que trabalham em CAPS no Piauí

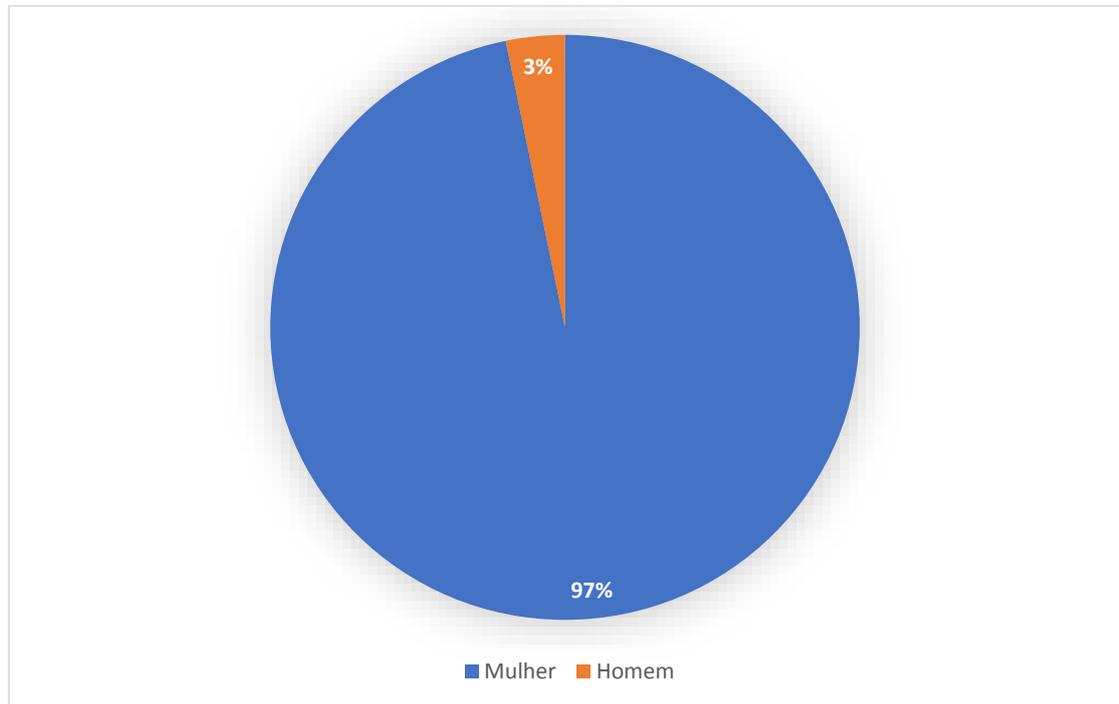


Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

Observa-se que, das(os) respondentes, 16% possuem idades entre 20 e 30 anos; 39% possuem idades entre 31 a 40 anos, o que pode ser considerada uma faixa etária jovem e com perspectiva de continuidade nos serviços de saúde mental e no mercado de trabalho para atuação no Serviço Social. Ainda sobre as idades, têm-se 16% das(os) participantes na faixa etária de 41 a 50 anos; e 29% com 51 a 60 anos.

Sobre como as(os) assistentes sociais se identificam quanto ao gênero, tem-se os seguintes dados:

Gráfico 2 – Identidade de Gênero de Assistentes Sociais que trabalham em CAPS no Piauí



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

Das(os) respondentes, observa-se a ausência de sujeitos trans, travestis e/ou não-binários respondentes da pesquisa, o que leva a indagar: onde estão inseridas essas pessoas, que nem sempre são enxergadas nos serviços (como trabalhadores ou até mesmo usuárias(os) dos serviços)?

O gráfico ainda mostra que, das(os) participantes, 97% são mulheres, o que reflete a realidade da profissão, pois, como já afirmava Iamamoto (2015), o Serviço Social é uma profissão marcada pelas relações de gênero, por ter uma maioria de profissionais femininas, além do que, grande parte da população atendida nos serviços corresponde ao público feminino. Esses dados corroboram com as informações do CFESS, de que “o país possui mais de 200 mil profissionais, sendo a grande maioria (90%) composta por mulheres em sua diversidade” (CFESS, 2022, [n. p.]).

Essa perspectiva também é apontada por Lima (2014), ao defender que o Serviço Social, na divisão sexual do trabalho, é considerado uma profissão feminina; e a nível mundial e nacional, sua história foi construída e é predominantemente formado por mulheres. Ainda, Lima (2014) discute que:

[...] o Serviço Social — como profissão predominantemente feminina, com público usuário majoritariamente feminino e com ações voltadas para as expressões da questão social mediatizadas por questões de classe social, gênero, raça/etnia e orientação sexual — precisa, necessariamente, ter um

processo de formação profissional que considere tais questões como fundamentais [...] (LIMA, 2014, p. 55).

Nessa direção, para além das questões de gênero, é necessário situar o Serviço Social a partir da visão tríplice de classe, gênero e raça/etnia, que atravessa a profissão e as expressões da questão social na sociedade capitalista, que precisam ser entendidas por um olhar interseccional²⁸.

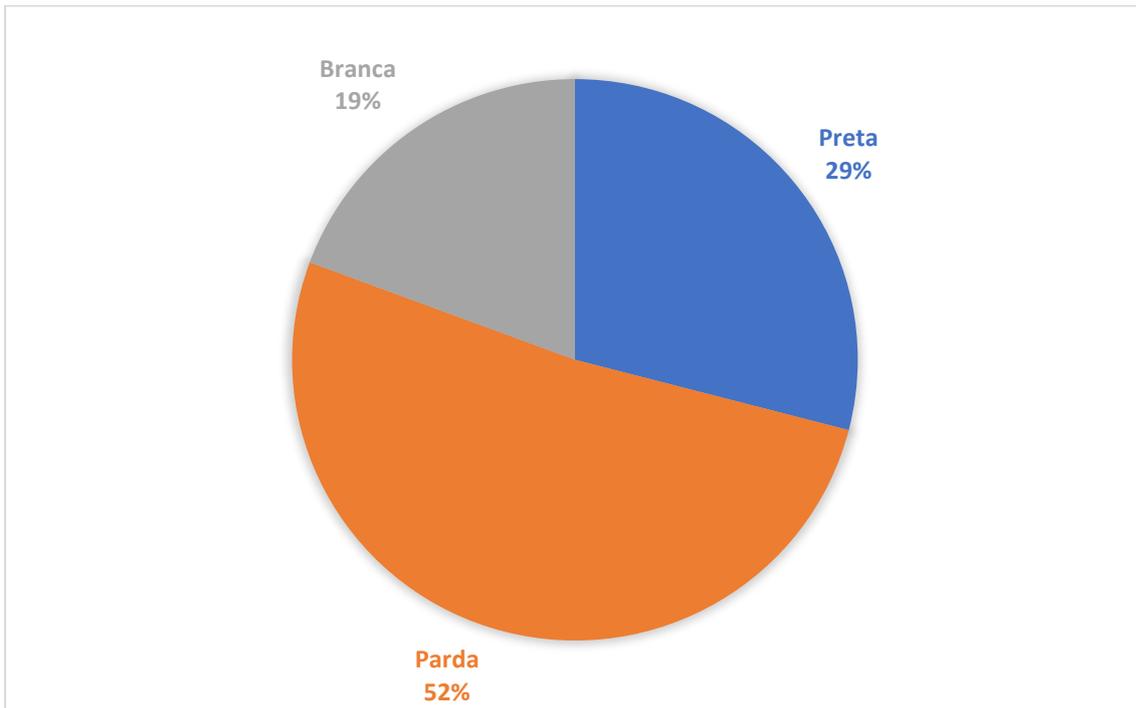
Esse dado também leva a uma reflexão sobre o ser mulher no mercado de trabalho. Muitas vezes, somada a jornada de trabalho remunerada no serviço do CAPS, essas trabalhadoras também desempenham processos de trabalho invisibilizados e não remunerados em seu contraturno, com uma dupla ou tripla jornada de trabalho. Concomitante a essa questão de gênero, Safiotti (1987, p. 8) afirma que "a sociedade delimita, com bastante precisão, os campos em que pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem". Ainda, essa autora aborda que "a mulher é socialmente responsável pela manutenção da ordem na residência e pela criação e educação dos filhos" (SAFIOTTI, 1987, p. 9). Isso significa o processo de naturalização do papel social da mulher pela sociedade patriarcal, remetendo o cuidado ao meio doméstico, o que leva à responsabilização social dos cuidados com a casa e a família.

Também vale mencionar a reflexão de Antunes (2006) sobre a relação de classe e gênero, ao abordar as transformações no mundo do trabalho e a classe trabalhadora, afirmando que a "classe-que-vive-do-trabalho"²⁹ é tanto masculina quanto feminina" (ANTUNES, 2006, p. 54). O processo de precarização do trabalho abarca o tripé classe, gênero e raça, sendo mais preponderante quando se aborda a situação da trabalhadora pobre e preta. Sobre isso, o Gráfico 3 a seguir apresenta dados sobre o perfil de raça/etnia das(os) assistentes sociais que atuam nos CAPS do Piauí:

²⁸ O tema da interseccionalidade, surgiu por volta do final da década de 1980 e início da década de 1990. Kyrillos (2020) aponta para a importância de se ter um olhar, uma categoria de análise por meio do recorte interseccional que abarque as várias formas de violência que acontecem no cotidiano, visto a configuração estrutural de dominação que firma a sociedade capitalista patriarcal no cenário de dominação no tripé raça, gênero e classe. Assim, Kyrillos (2020), ao tratar a interseccionalidade como forma de análise objetiva da realidade que expande o olhar sobre o fato das inúmeras opressões que o influenciam (raça, gênero, classe etc.), tem-se com isso a diminuição e o preenchimento das lacunas analíticas ampliando as formas de conhecer e lutar por uma sociedade mais justa e igual para além da academia.

²⁹ No contexto dos rearranjos do mundo do trabalho contemporâneo, Ricardo Antunes (2006) utiliza o termo "classe-que-vive-do-trabalho" para referir-se aos trabalhadores, tanto homens como mulheres, que estão inseridos no mercado de trabalho, e os que estão compondo o "exército industrial de reserva". Discute ser essencial para o funcionamento do capitalismo não só o trabalhador produtivo como também o improdutivo.

Gráfico 3 – Cor/Etnia das(os) assistentes sociais



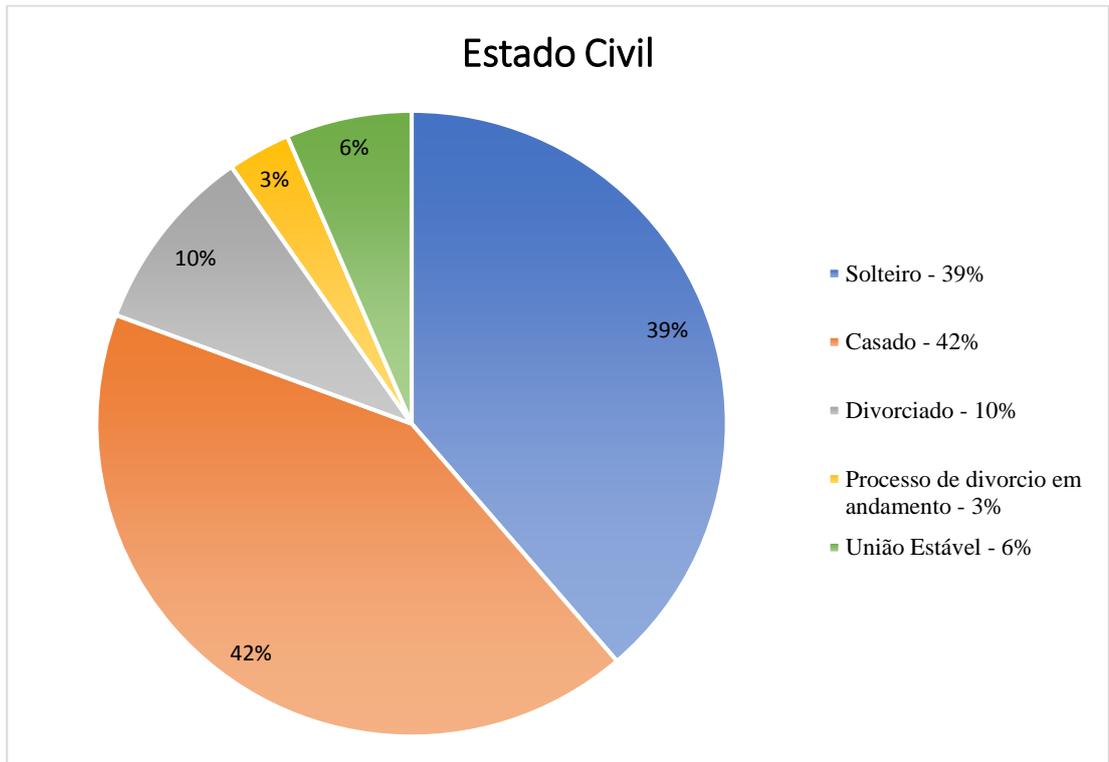
Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

Observa-se que 16 das(os) respondentes se autodeclararam de cor parda (52%), 9 preta (29%) e 6 branca (19%). Isso demonstra um recorte de raça, cuja maioria das(os) profissionais se enxerga como parda(o) ou preta(o). Esses dados podem ser comparados aos encontrados pelos CFESS, já que os registros no conselho indicam que cerca de metade das(os) assistentes sociais “se auto reconhecem como de cor/raça preta/negra/parda, com 22.255 registros, o que representa 50,34% das/os participantes [...] e autodeclaradas/os brancas/os, com 20.771 registros, ou 46,98%” (CFESS, 2022, [n. p.]).

No que tange ao cenário do mercado de trabalho nacional, segundo o IBGE, na “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Primeiro Trimestre de 2022”, o nível de ocupação, de acordo com a cor, possuía a estimativa de que 57,1% das pessoas da cor branca tinham ocupação, 52,9% das pardas e 56,7% das pretas, demonstrando que pessoas da cor branca possuem maior estimativa de ocupação.

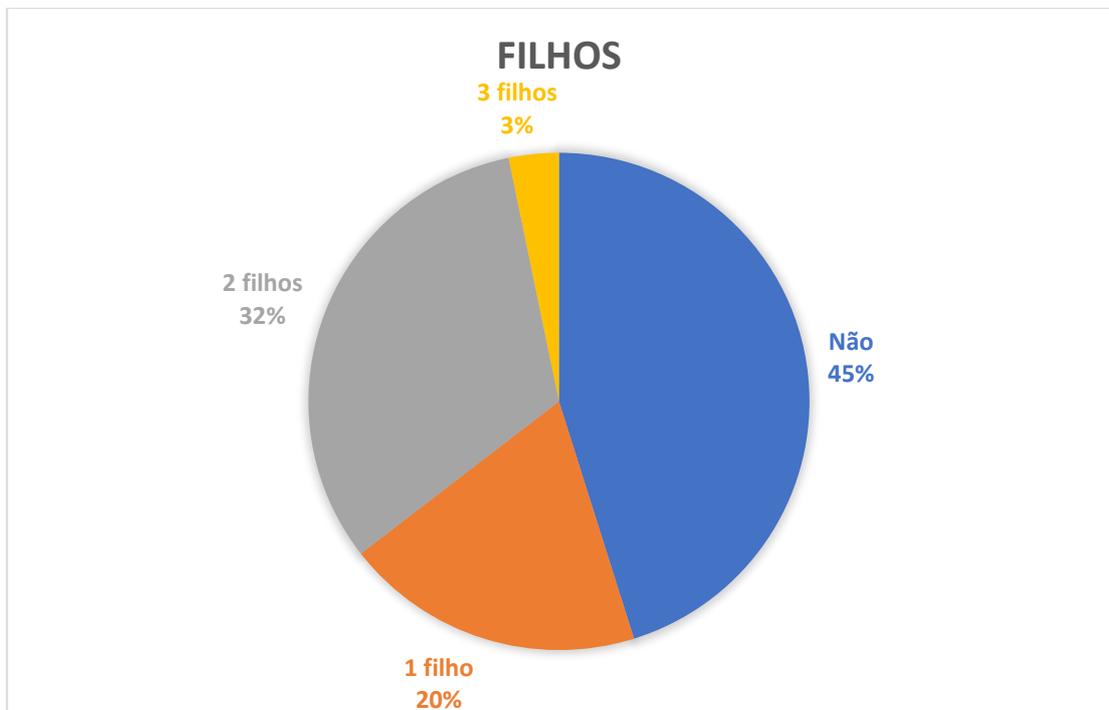
Nessa direção, os questionários ainda abordaram sobre o estado civil e a presença ou não de filhos na vida das(os) assistentes sociais participantes da pesquisa, como pode ser observado a seguir:

Gráfico 4 – Estado Civil dos(as) Assistentes Sociais que trabalham em CAPS no Piauí



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

Gráfico 5 – Prole dos(as) Assistentes Sociais que trabalham em CAPS no Piauí



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

Os achados do estudo demonstram que, das(os) respondentes, 42% são casadas(os), 39% são solteiras(os), 10% divorciadas(os), 6% vivem em união estável e 3% estão em processo de divórcio. Nenhum(a) dos(as) participantes assinalou ser viúvo(a). Sobre isso, o CFESS (2022) aborda que, das(os) assistentes sociais recadastradas(os): 45,09% são casadas(os); 37,88% são solteiras(os); 8,2 % são divorciadas(os); 1,41% são separadas(os); e 1,13% são viúvas(os). Observa-se que os dados encontrados nesta pesquisa no Piauí corroboram com os dados a nível de Brasil.

Ainda, das(os) respondentes, 45% não possuem filhos e 55% possuem pelo menos 1 filho, o que leva à reflexão sobre a jornada múltipla de trabalho, muitas vezes desenvolvida pelas mulheres, por conta das atividades domiciliares e de cuidado com a prole serem socialmente criadas e atribuídas como de responsabilidade da mulher. Dessa forma, Guimarães *et al.* (2021, p. 127) discutem que “as mulheres são obrigadas a exercitarem várias habilidades e atuarem em dupla ou tripla jornada de forma simultânea, o que implica falta de tempo para o cuidado de si e a necessidade de suportar a alta carga de estresse físico e emocional”. E no contexto da pandemia, essas jornadas de trabalho feminino foram ainda mais intensificadas.

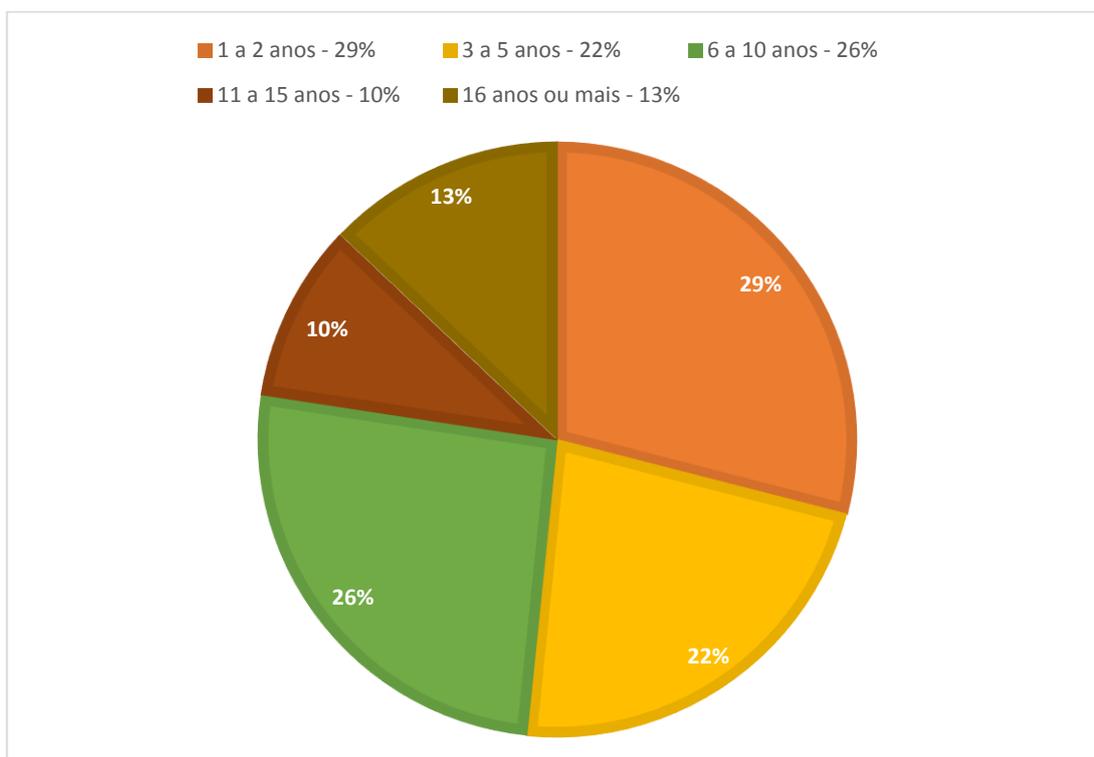
A pesquisa “Sem parar: a vida das mulheres na pandemia”, de 2020, realizada pela Sempreviva Organização Feminista (SOF), aponta que:

A percepção das mulheres que indicaram seguir as medidas de isolamento social também é de intensificação do trabalho doméstico e de cuidado. Entre as que passaram a trabalhar em casa, com manutenção de salário, o percentual das que indicaram que as tarefas de preparar alimentos, lavar louça e limpar o domicílio “aumentaram muito” (respectivamente 57%, 57% e 52,4%) é superior. Ao mesmo tempo, destacamos que essa intensificação também é percebida pelas mulheres cuja situação de trabalho se mantém - porque já trabalhavam em casa - o que indica o aumento da demanda por essas atividades na situação particular em que os demais membros da família também estão no domicílio cumprindo as medidas de isolamento social (SOF, 2020, p. 37).

As tarefas de cuidado socialmente atribuídas às mulheres, ao longo dos séculos, foram ainda mais intensificadas na pandemia. De acordo com a SOF, das participantes, cerca de 50% passaram a se responsabilizar ou a apoiar mais outra pessoa, como familiares, amigos e até mesmo vizinhos. Mas o cuidado para com essas mulheres não seguiu o mesmo ritmo. Houve a sobrecarga, o aumento do trabalho invisibilizado e não remunerado feminino.

Outro fator que está presente nos processos de trabalho das(os) assistentes sociais é o tempo de serviço em que estão inseridas(os) nos CAPS, como pode ser visualizado no Gráfico 6 abaixo:

Gráfico 6 – Tempo de Serviço de Assistentes Sociais nos CAPS do Piauí

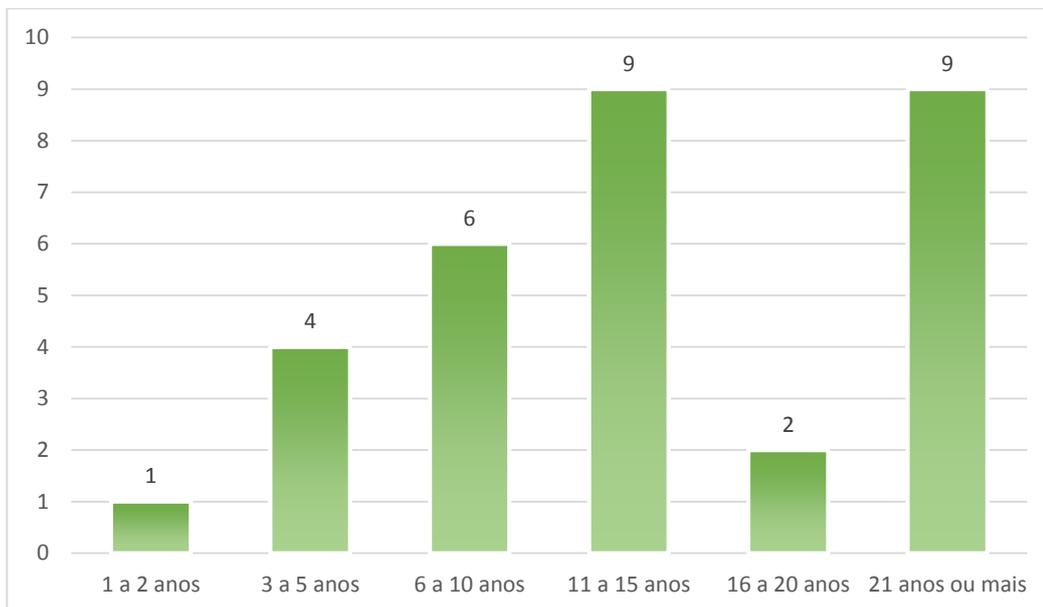


Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

Das(os) respondentes, 29% possuem de 1 a 2 anos de trabalho no CAPS, 26% têm de 6 a 10 anos, 22% de 3 a 5 anos, 13% 16 anos ou mais de trabalho e 10% estão com 11 a 15 anos. Somando-se os valores, 51% das(os) profissionais trabalham em CAPS de 1 a 5 anos. O pouco tempo nos serviços sugere a possibilidade de rotatividade dos profissionais nos dispositivos, sobretudo no interior, onde os vínculos empregatícios são mais fragilizados, já que na capital, todas(os) assistentes sociais participantes do estudo são efetivas(os), o que nem sempre representa a realidade dos demais municípios.

Nesse sentido, uma outra questão presente na pesquisa foi o tempo de formação, como demonstra o Gráfico 7:

Gráfico 7 – Tempo de formação em Serviço Social das(os) assistentes sociais que atuam nos CAPS do Piauí

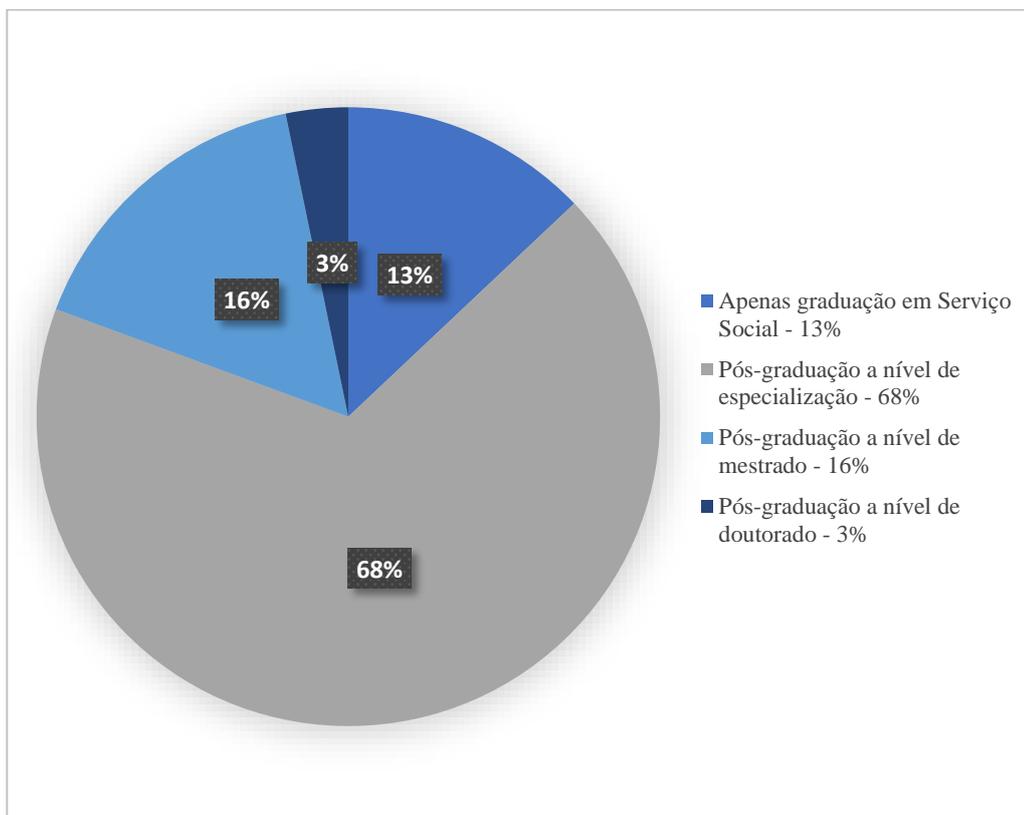


Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

Das(os) 31 respondentes, 1 tinha entre 1 a 2 anos de formada(o), 4 tinham de 3 a 5 anos, 6 tinham de 6 a 10 anos, 9 tinham de 11 a 15 anos, 2 de 16 a 20 anos e 9 tinham 21 anos ou mais de graduação. Isso indica que mesmo as(os) participantes com 21 anos ou mais de formadas(os) acompanharam o processo de construção ou já estava disposta a Lei nº 10.216/01, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica, apontando a necessidade de se conhecer e aprimorar o aprofundamento teórico dessas importantes partes dos direitos sociais presentes nos seus processos de trabalho.

Nesse sentido, o estudo também questionou sobre a formação desses profissionais inseridos nos CAPS do Piauí, como pode ser visto no Gráfico 8:

Gráfico 8 – Grau de formação profissional das(os) assistentes sociais que atuam nos CAPS do Piauí



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

Os achados do estudo evidenciam que 68% das(os) profissionais em questão possuem pós-graduação a nível de especialização; 16% têm pós-graduação a nível de mestrado (8% no interior e 8% na capital); 3% têm pós-graduação a nível de doutorado (apenas capital); e 13% possuem somente a graduação. Apesar de se observar um certo processo de formação continuada entre as(os) respondentes, percebe-se que Teresina ainda concentra o maior número de profissionais com pós-graduação, sobretudo, a nível de mestrado e doutorado, o que chama atenção aos motivos para essa maior carência nos outros municípios: Será a falta de incentivo da gestão, a falta de procura e de responsabilidade com a qualificação profissional individual? Será em razão dos vínculos precários e fragilizados, que levam a uma rotatividade nos serviços, que não possibilita planejamento para uma pós? Será a falta de cursos de pós-graduação no interior, tendo sua prevalência nas cidades polo, sobretudo na capital? Essas questões merecem maior aprofundamento em outros estudos.

Ainda sobre a formação, foi questionado no estudo acerca da modalidade de ensino e do tipo de instituição em que as(os) participantes realizaram sua graduação:

Gráfico 9 – Tipo de Instituição de Ensino Superior em que realizou a graduação em Serviço Social



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

Gráfico 10 – Modalidade de ensino em que realizou a graduação em Serviço Social



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

De acordo com o Gráfico 9, das(os) 31 participantes, 16 realizaram sua graduação em universidade pública, 6 em IES privada com bolsa e 9 em IES privada sem bolsa.

Quanto à modalidade de ensino no Gráfico 10, 27 desenvolveram seu processo de formação em regime presencial, 2 em semipresencial e 2 na modalidade de ensino a distância.

Assim, 87% das(os) respondentes fizeram sua graduação em regime presencial e 52% fizeram o curso em uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública.

Vale destacar que a maioria dessas(es) assistentes sociais são egressos da Universidade Federal do Piauí, considerando que é a única unidade de formação que oferta o curso de Serviço Social na modalidade presencial e pública no Estado. Mas também há possibilidade de essas(es) profissionais serem advindos de Universidades de outros estados.

Congruente a isso, o CFESS (2022) aborda que apesar de 2010 a 2020 as(os) ingressantes na graduação de ensino presencial terem reduzido 13,9% e os cursos a distância terem aumentado 428,2%, dos profissionais cadastrados, 75,97% realizaram sua graduação de forma presencial, 16,26% a distância e 7,77% semipresencial, revelando que a maioria das(os) assistentes sociais advém do ensino presencial. Isso leva a indagar qual o real motivo da expansão da modalidade de Ensino a Distância (EaD), já que a maioria das(os) profissionais são egressos de cursos presenciais.

Importante evidenciar que, segundo o Portal do Ministério da Educação (eMEC), até início de junho de 2022, o Piauí possuía 48 cursos de bacharelado ativos de Serviço Social cadastrados em diferentes IES, sendo 18 na modalidade presencial e 30 a distância. Dentre eles, apenas a UFPI oferta o curso de forma gratuita, sendo a única instituição em que a avaliação do ENADE³⁰ é nota máxima, ou seja, conceito 5.

Nesse sentido, faz-se uma comparação com seus estados vizinhos sobre a oferta de cursos de Serviço Social, como pode ser visto no Quadro 7 a seguir:

Quadro 7 – Cursos de Bacharelado em Serviço Social no Piauí e em seus estados limítrofes

Estado	Público Presencial	Privado Presencial	A Distância³¹	Total
Piauí	Teresina (01 - UFPI).	Água Branca (01); Floriano (01); Parnaíba (03); Picos (01); Piripiri (01); São Pedro do Piauí (01); Teresina (10).	30 (em vários municípios)	48
Maranhão	São Luís (01 - UFMA).	Bacabeira (01); Barra do Corda (01); Buriticupu (01); Caxias (01); Chapadinha (01);	37 (em vários municípios)	58

³⁰ O Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) é responsável por avaliar “o rendimento dos concluintes dos cursos de graduação em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares dos cursos” (BRASIL).

³¹ Muitas das faculdades que ofertam o curso pelo ensino a distância estão presentes em vários estados brasileiros, nem sempre em polo físico, mas pelo acesso remoto.

		Imperatriz (03); Paço do Lumiar (01); Pedreiras (01); São Luís (09) ; Timon (02).		
Ceará	Fortaleza (01 - UECE); Iguatu (01 - IFCE); Redenção (01 - UNILAB).	Aracati (01); Baturité (01); Cascavel (01); Caucaia (01); Crateús (01); Fortaleza (12) ; Horizonte (01); Icó (01); Juazeiro do Norte (02); Maracanaú (01); Maranguape (01); Pacajus (01); Quixadá (01); Sobral (03); Tianguá (01).	48 cursos privados (em vários municípios); 1 curso gratuito – UNITAU (em vários municípios).	81
Pernambuco	Palmares (01 - UPE); Recife (01 - UFPE).	Cabo de Santo Agostinho (01); Cabrobó (01); Carpina (01); Caruaru (01); Jaboatão dos Guararapes (01); Olinda (02); Petrolina (02); Recife (13) ; Serra Talhada (01); Trindade (01); Vitória de Santo Antão (02).	40 cursos privados (em vários municípios); 1 curso gratuito – UNITAU (em vários municípios).	69
Bahia	Cachoeira (01 - UFRB); Salvador (01 - UFBA).	Alagoinhas (03); Barreiras (02); Capim Grosso (02); Cruz das Almas (02); Euclides da Cunha (01); Feira de Santana (03); Ilhéus (01); Ipirá (01); Itaberaba (01); Itamaraju (02); Lauro de Freitas (02); Paripiranga (01); Ribeira do Pombal (01); Salvador (17) ; Santo Antônio de Jesus (01); Valença (01).	50 (em vários municípios); 1 curso gratuito – UNITAU (em vários municípios).	94

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do portal E-MEC (2022).

O quadro acima ilustra os cursos de Serviço Social com grau de bacharelado ativos em regime presencial e a distância, em IES públicas e privadas, nos estados do Piauí, Maranhão, Ceará, Pernambuco e Bahia. Ao se fazer um comparativo entre o Piauí e seus estados limítrofes, percebe-se que a situação em relação à oferta do curso é parecida. As universidades públicas que ofertam o curso se concentram, em sua maioria, nas capitais e regiões metropolitanas, bem como o ensino presencial. Os cursos na modalidade a distância e privados são os mais ofertados em todos os estados elencados, o que leva a indagar sobre a qualidade desse processo de formação.

Ainda vale elencar a necessidade de mais oferta de cursos em IES públicas, pois como visto, Piauí e Maranhão possuem apenas 1 curso de Serviço Social de forma gratuita. O Ceará possui 1 curso em universidade estadual na capital, 2 públicos no interior, em IES federal; em contrapartida, são 78 cursos em instituições privadas. Pernambuco com 1 em universidade estadual no interior e 1 federal na capital, frente a 67 privados em todo o estado (também possui 2 cursos de autarquia municipal não gratuita, em Petrolina e Serra Talhada). A Bahia tem 2 cursos em instituições federais: 1 na capital e 1 no interior; e 92 em instituições privadas.

Sobre isso, é necessário refletir, conforme Lima (2014), que:

[...] têm proliferado no Brasil os cursos de educação à distância (EAD), os cursos sequenciais, as graduações tecnológicas, entre outras iniciativas, que têm na economia de recursos e tempo suas principais justificativas, apesar do discurso ideológico de “democratização” do acesso ao conhecimento. Tal “democratização” tem se dado, prioritariamente, por meio do aumento do número de vagas no ensino superior nas instituições privadas — financiadas com recursos públicos — e do crescimento desordenado do ensino à distância, que tem trazido forte reatamento na qualidade do ensino ministrado aos discentes formados nessa modalidade de ensino (LIMA, 2014, p. 57).

Assim, verifica-se o incentivo ao ensino EaD, na lógica da comercialização da educação, e o antagonismo entre o movimento privatista da educação e o movimento da educação pública e de qualidade, por direito. Apesar disso, a maior parte das(os) assistentes sociais que atuam nos CAPS do Piauí são oriundas(os) da unidade pública. Assim, mesmo com tantos desmontes e desfinanciamentos, ainda é a universidade pública que mais forma profissionais aptos ao mercado de trabalho.

Outro aspecto destacado do questionário diz respeito aos vínculos empregatícios:

Quadro 8 – Vínculos Empregatícios das(os) assistentes sociais no CAPS do Piauí na capital e nos municípios do interior

Tipo de Vínculo	Capital	Interior
Efetivo/Concursado (CLT)	3	1
Efetivo/Concursado (Estatutário)	11	8
Contrato Temporário		6
Cargo Comissionado		2
Não possui vínculo empregatício formal	-	-

Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

No quadro, percebe-se a prevalência da inserção profissional no setor público. Das(os) 31 respondentes, 23 são concursados (CLT ou Estatutário), 6 têm Contrato Temporário e 2 têm Cargo Comissionado. Isso corrobora com dados do CFESS (2022), pois no que tange ao

principal vínculo empregatício de assistentes sociais no Brasil, 40,3% são por meio de concurso público; no Nordeste, corresponde a 29%; e no Piauí, a 37,35%, constituindo-se como a maioria.

Nesse quesito, somente na capital, todas(os) as(os) profissionais são efetivos. No que tange às(aos) contratadas(os) e comissionadas(os), essas(es) estão dispostas(os) nos CAPS dos municípios do interior, o que indica processos de trabalho permeados pela terceirização do trabalho, já que geralmente os salários de trabalhadores não efetivos possuem salários mais baixos e contratos fragilizados. Existe a relação de força entre instituição empregadora e empregado, cujo trabalhador, por vezes, não possui força suficiente diante da gestão. Sobre isso, merece pontuar sobre a relativa autonomia de assistentes sociais em seus campos de inserção, na qual Iamamoto aborda que:

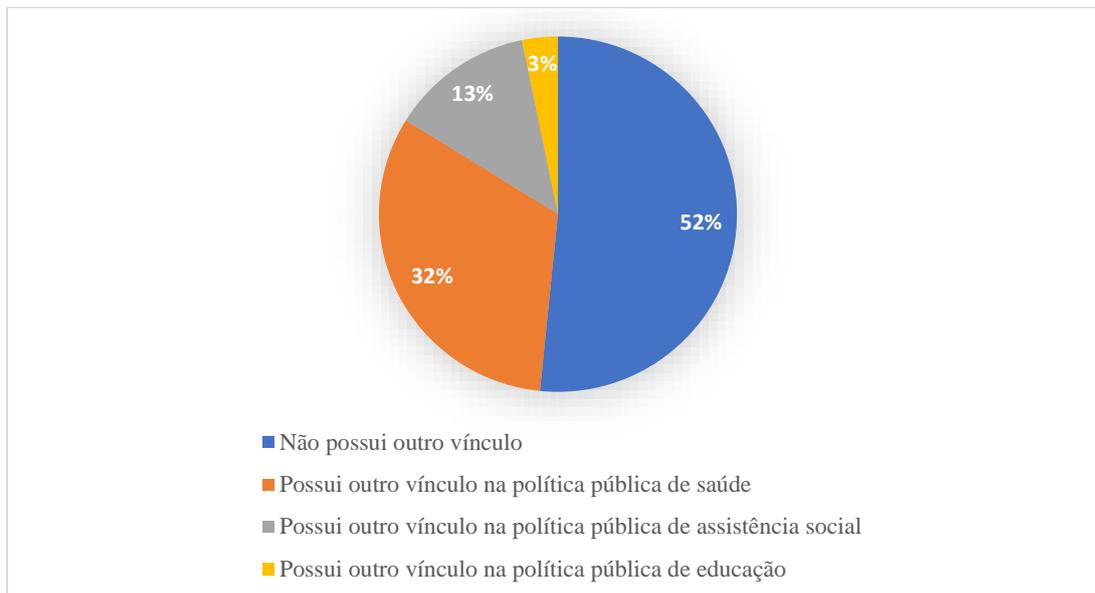
Ainda que dispondo de relativa autonomia na efetivação de seu trabalho, o assistente social depende na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não-governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, fornecem meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional (IAMAMOTO, 2015, p. 62).

A autora discute que apesar de ser uma profissão regulamentada como liberal, sua autonomia é relativa, já que não possui todos os meios e instrumentos necessários ao seu trabalho, configurando-se como um trabalhador assalariado, inserido no trabalho coletivo, cuja força de trabalho é vendida ao empregador.

Dessa forma, percebe-se uma propensão a fragilizar os serviços públicos, pois os recursos existentes não são suficientes, havendo o enfraquecimento e a desestabilização dos dispositivos da RAPS. Segundo Bravo (2018), na realidade brasileira a hegemonia neoliberal tem reduzido os direitos sociais e trabalhistas, provocado a precarização do trabalho e o sucateamento da saúde e educação, dentre outras perdas.

Por conseguinte, o estudo também abordou sobre os vínculos empregatícios:

Gráfico 11 – Vínculos Empregatícios de Assistentes Sociais de CAPS no Piauí em outras instituições/políticas



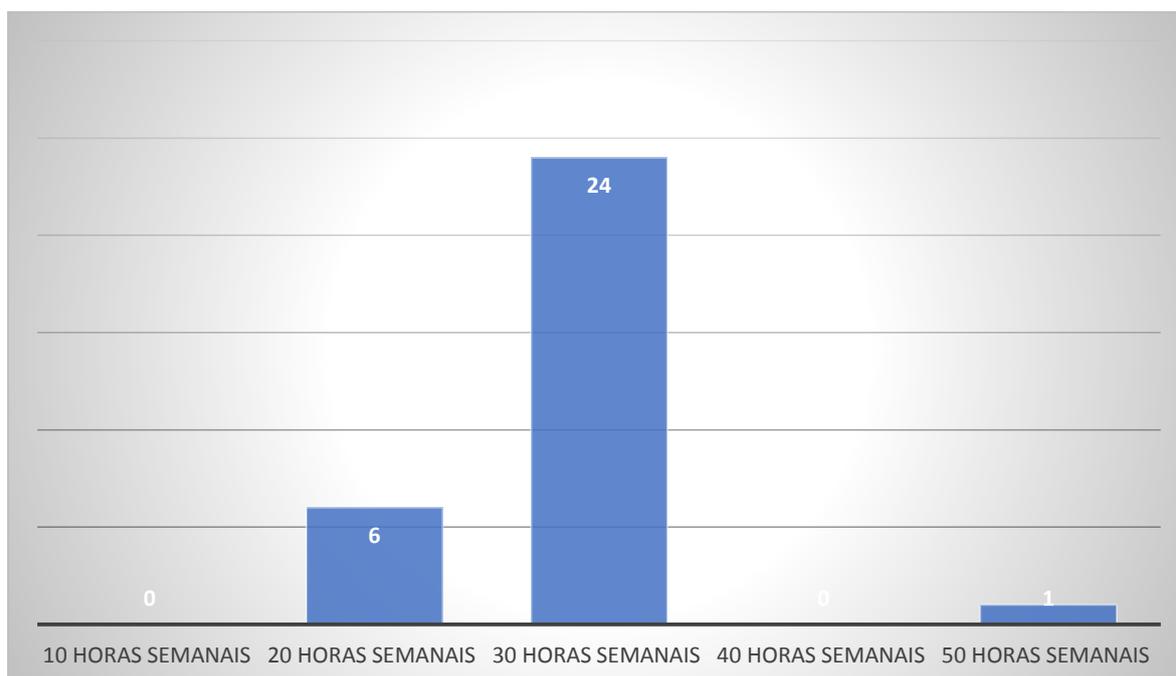
Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa (2022).

Verifica-se que 74% das(os) profissionais possui vínculo empregatício efetivo, 61% com regime estatutário e 13% em regime celetista (a maioria em Teresina, correspondendo a 45% das(os) sujeitos). 19% têm contratos temporários e 6% estão em cargos comissionados. Observa-se que cerca de 48% das(os) respondentes tem outro vínculo empregatício para além do CAPS, talvez pela baixa remuneração; 32% possuem outro vínculo na política de saúde; 13% possuem outro vínculo na política de assistência social e 3% possuem outro vínculo na política de educação.

Isso remonta para outra discussão, a falta de piso salarial disposto em lei, que leva as(os) assistentes sociais a submeterem-se a mais de um emprego, no intuito de conseguir prover sua sobrevivência e de sua família. Mesmo regulamento pela Lei nº 8.662/93, essas(es) profissionais não possuem um piso em relação a sua remuneração mínima, com isso, sendo submetidos, muitas vezes, a baixos proventos, até mesmo em nível de salário-mínimo a um trabalho que exige formação a nível superior. Faz-se, assim, necessária a mobilização da categoria em função dessa causa tão importante no seu processo de trabalho.

Ademais, foi questionado às(aos) respondentes a respeito da carga horária desempenhada nos CAPS, como pode ser visto a seguir:

Gráfico 12 – Carga horária trabalhada nos CAPS



Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

Das(os) respondentes, aproximadamente 77% possuem carga horária igual a 30 horas semanais no CAPS onde trabalha. Cerca de 19% trabalham 20 horas semanais e 3% 50 horas semanais (possuem dois vínculos empregatícios no CAPS). É importante destacar quanto a isso, que a lei de regulamentação da profissão, Lei nº 8.662/93, modificada pela Lei nº 12.317/2010, dispõe sobre a duração do trabalho da(o) assistente social ser de 30 horas semanais (BRASIL, 2010).

Percebe-se que a maioria das(os) respondentes com vínculos efetivos estão dispostos na capital do estado, município em que os profissionais, em geral, são formados por trabalhadores efetivos, incluindo os que compõem as equipes dos CAPS.

A fragilidade de vínculos empregatícios aponta para uma maior precarização do trabalho, das relações de força no interior do estado, já que contratos temporários e cargos comissionados, que costumam mudar a cada período eleitoral, tendem a enfraquecer os direitos dos funcionários dos serviços. Com isso, pelos questionários e as entrevistas, percebe-se nos municípios do interior uma maior rotatividade e um menor tempo de trabalho na equipe dos CAPS, evidenciando a precarização do trabalho, com perdas de direitos trabalhistas, e fragilidade da relação de forças entre a gestão. Segundo Rosa (2016), o:

[...] crescente processo de precarização das condições de trabalho dos profissionais, muitos com vínculos de trabalho terceirizado, bem como pelos poucos salários, que impõem aos profissionais, muitas vezes, a vinculação com

dois ou três empregos, em uma ou várias políticas concomitantemente, forjando o fortalecimento de estratégias individuais de sobrevivência, em detrimento de enfrentamentos de cunho coletivo (ROSA, 2016, p. 19).

As(Os) assistentes sociais são duplamente afetadas(os) pelos desafios cotidianos da classe trabalhadora, haja vista fazerem parte da “classe-que-vive-do-trabalho”, assim como atuam nos seus diversos espaços sócio-ocupacionais com usuários que são, notadamente, impactados pelos efeitos da precarização do trabalho e do desfinanciamento das políticas e dos serviços sociais.

Outro ponto apresentado nos questionários diz respeito à renda que essas(es) profissionais recebem pelo seu trabalho no CAPS:

Quadro 9 - Remuneração mensal das(os) assistentes sociais em seu trabalho nos CAPS do Piauí na capital e nos municípios do interior

Renda	Capital	Interior
1 a 2 salários-mínimos	1	13
3 a 4 salários-mínimos	6	3
5 a 6 salários-mínimos	6	1
7 a 8 salários-mínimos	1	
Outros	-	-

Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

Como visto, 74% das participantes possuem renda mensal (referente à remuneração pelo seu trabalho no CAPS) entre 1 e 4 salários-mínimos. Vale destacar que as maiores remunerações foram reportadas em Teresina, as(os) respondentes da capital têm a renda mensal em CAPS entre 3 e 8 salários-mínimos, diferentemente dos demais municípios do interior, que recebem em média de 1 a 2 salários-mínimos. Pode-se comparar esses dados com os do CFESS (2022), pois dos dados do conselho sobre os rendimentos em todos os vínculos empregatícios de assistentes sociais, os valores mais frequentes foram que 24,52% afirmam receber entre R\$ 2.001 e R\$ 3.000; 18,05% de R\$ 1.001 a R\$ 2.000; e 12,2% de R\$ 3.001 a R\$ 4.000 reais. Observa-se uma baixa faixa salarial tanto a nível de Piauí quanto a nível de Brasil.

Dos 31 questionários respondidos, 14 correspondem a Teresina e 17 aos demais municípios do estado. No quesito renda, Teresina flutua entre 3 e 8 salários-mínimos, já o interior varia de 1 a 4 salários-mínimos. Dessa forma, os menores salários em CAPS, em Teresina, correspondem aos maiores salários no interior, segundo os dados coletados. Isso aponta para precárias condições de trabalho. Ou seja, mais uma vez, fica evidente a problemática da falta de piso salarial para a categoria profissional em destaque. Se essas(es)

profissionais não recebem valores justos e que lhes proporcionem uma vida digna, como podem prestar bons atendimentos com essas condições de subsistência?

Esses dados fazem refletir sobre o avanço da ofensiva neoliberal e os desmontes dos direitos trabalhistas e dos usuários dos serviços, visto o baixo incremento destinado aos CAPS, ocasionando baixos salários e espaços de trabalho que nem sempre proporcionam a estrutura material necessária ao desenvolvimento dos serviços. Em outras palavras, segundo Antunes (2006, p. 10): “[...] a sociedade do capital e sua lei do valor necessitam cada vez menos do trabalho estável e cada vez mais das diversificadas formas de trabalho parcial ou part-time, terceirizados, que são, em escala crescente, parte constitutiva do processo de produção capitalista”.

Algumas das dificuldades relatadas nos questionários pelas(os) participantes da pesquisa, em seus processos de trabalho, são: a precarização do trabalho; baixa remuneração; a não existência de plano de cargos e carreiras; a falta de infraestrutura (muitos dos estabelecimentos não possuem recursos que melhorem a acessibilidade ao local); a falta de recursos materiais (em alguns casos foi descrita a falta de recursos até mesmo para a compra de medicamentos, materiais para oficinas, carro para realizar visitas); a falta de recursos humanos – houve relatos em que a quantidade de profissionais da equipe não acompanha o aumento das demandas; a rotatividade dos profissionais nos serviços; as relações de poder dentro do dispositivo que apresenta a supervalorização de algumas categorias profissionais (principalmente a figura do médico) em detrimento de outras; a fragilidade da RAPS e demais redes inter e intrassetoriais; a falta de adesão da família aos processos do tratamento, por conta dos vínculos fragilizados; dentre outras.

Importante evidenciar que essas dificuldades, principalmente referentes a infraestrutura adequada, transporte, recursos humanos e relação de força, foram mais mencionadas pelas(os) assistentes sociais que atuam nos CAPS dispostos nos municípios do interior. Isso revela diferenças nos processos de trabalho nas diferentes regiões, mas relatos de melhores condições de trabalho na capital do Piauí.

O perfil profissional encontrado é de, em sua maioria, assistentes sociais mulheres; pretas e pardas de idade jovem; esposas e mães; advindas de universidades públicas e com histórico de formação continuada, em sua maioria, por especializações; possuem remuneração considerada baixa, de até 4 salários-mínimos; com carga horária de 30 horas semanais; que vivenciam um processo constante de precarização do trabalho. Contudo, existe diferenças entre o perfil da capital e o do interior, já que as(os) assistentes sociais respondentes que trabalham em Teresina, apesar de ainda ser considerado baixa, a remuneração varia entre 3 e 8 salários-

mínimos, todas(os) são efetivas(os), o que de certa forma traz uma maior estabilidade em comparação às(aos) demais, que possuem contratos temporários e/ou cargos comissionados. Outro fator é a formação continuada das(os) participantes do estudo, uma vez que apenas na capital foi encontrado profissional com doutorado, sendo as pós-graduações a nível de mestrado e especialização também mais frequentes em Teresina.

Portando, diante do exposto, observa-se que mesmo com os avanços conquistados na política de saúde mental no cenário piauiense, é preciso fazer mais. A RAPS no Piauí ainda apresenta fragilidades. Os serviços de atendimento psiquiátrico são afetados por processos de precarização do trabalho e dos serviços com a terceirização e a instabilidade do emprego e do serviço, situação agravada pela pandemia de COVID-19. A atenção psiquiátrica continua centralizada e tendo Teresina como referência; a descentralização e desinstitucionalização é uma meta a ser alcançada e trabalhada.

4.3 Assistentes Sociais e os CAPS: configurações dos processos de trabalho dessas(es) profissionais no cenário piauiense

Este tópico desenvolve uma análise sobre os processos de trabalho das(os) assistentes sociais que atuam na política de saúde mental no Piauí, com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir da oralidade dos sujeitos, por meio das entrevistas estruturadas realizadas com essas(es) profissionais de dez territórios de desenvolvimento do Piauí, associada à análise das respostas dos questionários, triangulando os dados obtidos.

As(Os) sujeitos da pesquisa que responderam às entrevistas foram 10 assistentes sociais, 9 mulheres e 1 homem, que atuam em diferentes CAPS, de diferentes territórios de desenvolvimento no estado do Piauí, como já descrito na metodologia. A nomenclatura utilizada para referir-se à fala das(os) sujeitos foi assistente social 1 ao 10, com a ordem definida por sorteio, a fim de seguir uma linha aleatória, que não permitisse a identificação dos sujeitos e comprometesse o anonimato da pesquisa.

Dessa forma, na busca por compreender os processos de trabalho das(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí, de acordo com a oralidade das(os) participantes da pesquisa, com base no roteiro estabelecido, o primeiro questionamento foi sobre as expressões da questão social que se apresentam no seu trabalho, entendidas aqui como objeto de trabalho do Serviço Social, conforme analisado nos capítulos anteriores.

Nos Centros de Atenção Psicossocial do Piauí, a partir do relato das(os) entrevistadas(os), as expressões da questão social que mais se destacaram foram: a pobreza, o

estigma e o preconceito, desemprego (a baixa ou nenhuma renda), a questão habitacional (falta ou precária moradia) e a falta de transporte (dificuldade de chegar aos dispositivos). Sobre essa indagação, como se destaca nos trechos abaixo, as(os) assistentes sociais 2, 5 e 8 elencaram o que elas(es) compreendem como manifestações da questão social mais presentes em seu cotidiano no CAPS:

“[...] A maioria, 98% dos usuários eles não possuem fonte de renda, né. Ou seja, alguns vivem na pobreza, até a falta de alimentação, ausência de moradia também. [...] questão do estigma, nele é visto muito como o serviço, né, que quem tem acesso a esses serviços são pessoas pobres, pessoas loucas, pessoas perigosas” (ASSISTENTE SOCIAL 2).

“[...] uma das principais é aquela vulnerabilidade tremenda, extensa, baixa renda, muitas [...] situação mesmo de pobreza total. Falta de moradia, de transporte [...] (ASSISTENTE SOCIAL 5).

“Preconceito, é que a pessoa com transtorno mental é uma das grandes expressões da questão social que a gente lida todos os dias [...] a grande expressão que a gente lida todos os dias é com a pobreza, que leva a moradia precária, dificuldade de locomoção e até a falta dessa locomoção até os serviços, a alimentação precária também muitos às vezes não tem o que comer [...]” (ASSISTENTE SOCIAL 8).

A pobreza é uma das expressões da questão social que mais aparece na fala das(os) sujeitos da pesquisa, sendo apontada por alguns, inclusive, como propiciadora de outras expressões da questão social. Percebe-se, nessas falas, que a população que utiliza os serviços do CAPS no Piauí, em sua maioria, são pessoas pobres que, muitas vezes, não conseguiram se inserir na ação direta na relação capital-trabalho, possuindo pouca ou nenhuma experiência no mercado formal de trabalho, desenvolvendo-se à margem do processo de reprodução da sociedade capitalista, sendo parte integrante do “exército industrial de reserva” (Marx, 2017, p. 707).

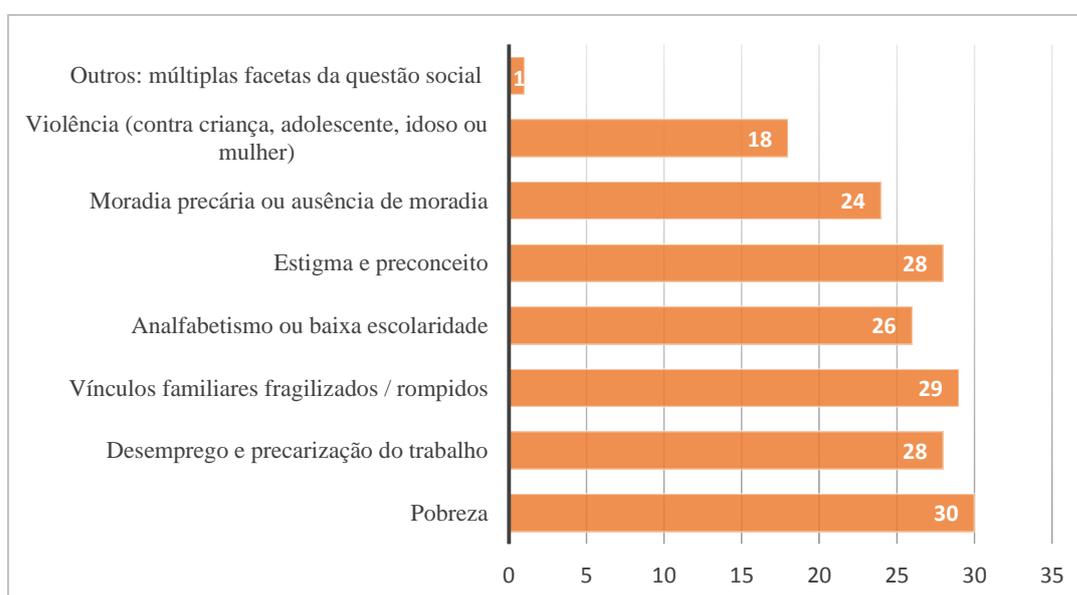
Sabe-se que os CAPS passam pelo processo de desfinanciamento e precarização, o que afeta a sua qualidade, de forma que o público que acessa seus serviços, em sua maioria, é de pessoas que não possuem condições financeiras para custear seu próprio cuidado à saúde mental, sendo construído no imaginário social os serviços do SUS destinados a quem não pode pagar a planos privados, o que reforça a visão mercadológica sobre a saúde/saúde mental.

O SUS é a materialização do direito social e universal à saúde assegurado a todas(os) os cidadãos e as cidadãs, firmado na CF/88, conforme analisado nos capítulos anteriores. Todavia, cria-se a ideia de que o serviço público é inferior, e a ele somente recorrem a população na linha de pobreza, como um serviço pobre e para pobres. Nesse sentido, de acordo com Rosa e Campos (2013, p. 328), “[...] é reconhecida a importância de fortalecimento do SUS, que tendeu

historicamente, no imaginário social, a ser percebido como um serviço para pobres e de “péssima qualidade”, como a maioria dos serviços públicos é representado socialmente”. Isso pode ser observado na realidade dos Centros de Atenção Psicossocial do Piauí, a partir da fala das(os) assistentes sociais entrevistadas(os), e, também, nos questionários.

Para tanto, é importante compreender quais expressões da questão social são mais percebidas pelas(os) respondentes em seu cotidiano profissional como pode ser visualizado no Gráfico 13 a seguir:

Gráfico 13 – Principais expressões da questão social nos CAPS do Piauí



Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

Nesse sentido, foi questionado acerca das expressões da questão social presentes nos Centros de Atenção Psicossocial do Piauí, em que foi assinalada pelas(os) respondentes como sendo a mais predominante a pobreza, que está associada à questão do desemprego, trabalho precário, moradia ausente ou insegura, dentre outras, como pode ser visto no gráfico acima.

Os achados do estudo indicam que, no geral, as(os) usuárias(os) dos CAPS são pessoas em situação de baixa renda e cercadas por outra série de direitos violados, o que corrobora com a pesquisa realizada por Pereira (2015) nos CAPS de Teresina, que também encontra esses dados, evidenciando que a questão da pobreza e do desrespeito aos direitos da pessoa com transtorno mental é algo presente em todo o território piauiense. Nessa direção, Rosa (2016, p. 30) aborda que “o SUS persiste com um serviço voltado majoritariamente a determinados segmentos da classe trabalhadora empobrecida, com interseccionalidade de classe social, etnia e gênero”.

A não inserção no mercado de trabalho tem relação com o estigma e preconceito ainda bastante presentes no imaginário social, na visão do “louco” como perigoso e desviante. Isso leva à marginalização, ao empobrecimento e até mesmo ao esquecimento desse segmento populacional. Assim, a pobreza “vinculada à baixa renda – ou mesmo falta de renda –, tem relação direta com o desemprego que circunscreve historicamente a pessoa com transtorno mental, que ainda é vista com preconceito e por isso tem dificuldade de se inserir no mercado de trabalho” (PEREIRA, 2015, p. 139).

Verifica-se, portanto, que a partir das expressões da questão social vão se apresentar demandas objetivas e subjetivas para as(os) assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais em que se inserem. Nesse sentido, foi questionado às(aos) participantes do estudo sobre quais são as principais demandas que se apresentam no seu cotidiano de trabalho nos CAPS do Piauí. As demandas mais recorrentes são de natureza econômica, como geração de renda, trabalho, qualificação profissional; orientação para familiares e usuários; viabilização de benefícios socioassistenciais e previdenciários, bem como a articulação com serviços intra e intersetoriais; socialização de informações, como descrito nas falas a seguir:

“[...] as principais demandas que me aparece, né, enquanto assistente social, é a questão de requisição de Benefício de Prestação Continuada, a orientação também para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada, Benefícios Eventuais, Benefícios Previdenciários, relações, né. As demandas também são relações que envolve (sic) os usuários e suas famílias, como tentar trazer a reinserção social, tanto familiar como comunitária do usuário, né, encaminhamentos à rede” (ASSISTENTE SOCIAL 2).

“[...] Aqui a demanda principal mesmo é aquisição de benefício, é o que a procura maior, mas tem também o acompanhamento, né, que a gente faz não só com o usuário, o paciente no caso, mas com a família. Benefícios diversos, dentre eles também os eventuais, que na verdade nem é tanto aqui, mas vem muita procura. [...] Às vezes a família, tem casos em que a família precisa mais de ajuda do que o próprio paciente” (ASSISTENTE SOCIAL 5).

“[...] eles procuram muito, tanto os pacientes como os familiares em busca de orientação para os benefícios, para os serviços da rede que eles estão inseridos, a articulação de rede com a justiça, com assistência social, com a própria saúde voltada para a atenção básica, educação também” (ASSISTENTE SOCIAL 8).

Outras demandas que aparecem e merecem destaque é a questão da crise e da medicação de alto custo. Em algumas falas, as(os) sujeitos relatam que no período da pandemia houve um aumento da situação de crise. Também relatam sobre a falta da medicação necessária ao tratamento dos usuários, que nem sempre estão disponíveis nos dispositivos de saúde (CAPS e

atenção básica), geralmente são remédios caros, que as famílias nem sempre possuem condições financeiras de custear. Isso pode ser observado nas falas a seguir:

“[...] A questão também de acesso a medicação de alto custo, aqui no nosso CAPS X³² existe uma restrição de medicações disponibilizadas a esses familiares, não são todas as medicações que nós contemplamos na nossa farmácia [...] o Serviço Social, juntamente com a enfermagem e o profissional médico, onde a gente faz essa articulação, essa contratualidade de trabalho entre CAPS e a Gerência Regional de Saúde, através desse medicamento de alto custo que é fornecido pela farmácia de medicamentos excepcionais. [...] também com relação a atenção a crise, né, principalmente neste novo cenário de pandemia que estamos vivenciando, é uma demanda também que é bem recorrente de pacientes que deixaram de realizar esse acompanhamento intensivo em serviço de atenção psicossocial, onde que alguns familiares desde a sua responsabilização do cuidado, né. E aí é ocasiona esses processos de crises de paciente pela negligência mesmo do cuidado da família” (ASSISTENTE SOCIAL 1).

“[...] algumas medicações são fornecidas pelo município. Porém, tem outras não é de responsabilidade do município, né. Aí fica a cargo do paciente, do usuário. E aí por conta da questão do desemprego, principalmente agora com essa instabilidade econômica muitos pacientes deixam de fazer o seu tratamento corretamente por falta de condição financeira” (ASSISTENTE SOCIAL 3).

“[...] chega muito para a gente a crise, né, esses agravos que chega (sic) todo momento, essas demandas de famílias, né, usuários com famílias com os laços bastante fragilizado, bastante desgastados. [...] e essas outras demandas de natureza econômica, de trabalho, geração de renda, qualificação profissional” (ASSISTENTE SOCIAL 4).

“[...] E a demanda também que sempre a família vem, né, e o próprio paciente vem é com relação também a medicamento, né. O nosso CAPS deixa muito a desejar (sic) a medicação gratuita que o usuário tem direito” (ASSISTENTE SOCIAL 6).

Nessas falas é possível destacar a questão dos vínculos familiares, e também a culpabilização da família pela situação do usuário, mas sem problematizarem a desresponsabilização do próprio Estado e da sociedade frente ao cuidado dessa pessoa com transtorno mental, e da própria família. A família deveria ser entendida como ponto de potencialização para o desenvolvimento de ações em resposta às expressões da questão social que se apresentam às diversas políticas públicas em forma de demandas. Contudo, além de diversos estudos realizados apontarem que essas famílias muitas vezes se encontram exauridas, fragilizadas e que precisam de cuidados, elas também são, às vezes, culpabilizadas e responsabilizadas pela situação do usuário. Com isso, “parece que as políticas sociais, ao

³² A nomenclatura do CAPS foi alterada para resguardar o anonimato da pesquisa.

assumirem as medidas de ajuste estrutural e ao enfatizarem a família como fonte de recursos para a solução dos seus problemas, demonstram uma concordância com a lógica neoliberal da ‘solução familiar’” (MIOTO *et al.*, 2007, p. 199). Isto é, existe uma perspectiva familista que aponta a família como fonte de problemas e, ao mesmo passo, como solução. Dessa forma, é preciso compreender o tripé que deve se ter em relação ao Estado, à família e à sociedade, despreendido do viés conservador, pois “não se pode transferir à família a função de proteger os seus membros sem lhe assegurar as possibilidades para tal” (GOULART, 2014, p. 57).

Portanto, é necessário reforçar que a política de saúde mental entende a família como parceira no cuidado e merecedora de atenção e cuidado, mas será que os pontos da RAPS, RAS e demais redes socioassistenciais possibilitam essa retaguarda aos familiares? Essa reflexão é fundamental para evitar-se correr o risco de cair em uma perspectiva familista.

Já no que diz respeito às principais atividades que as(os) depoentes realizam no seu trabalho, foram destacadas: o acolhimento, atendimento individual e grupal, a visita domiciliar, triagem, estudo de caso, preencher documentação (RAAS), registro das atividades e ações desenvolvidas, evolução de prontuário, articulação com outras instituições, entrevista social, planejamento, construção dos projetos terapêuticos, matriciamento, sala de espera, orientações sobre direitos, elaboração de relatórios, laudos, pareceres e documentos técnicos, conforme constam nas falas a seguir:

“As principais atividades que eu realizo são os atendimentos individuais com o usuário, né; com o usuário e com a família; o acolhimento; atividades em grupos; visita domiciliar; entrevista social; visitas institucionais também; planejamento e execução de projetos terapêuticos; matriciamento, né, da Saúde Mental juntamente com atenção básica; orientações sobre o Benefício de Prestação Continuada; a elaboração de relatórios, laudos e pareceres, né, [...]” (ASSISTENTE SOCIAL 2).

“[...] o atendimento individual das famílias e usuários, a gente realiza grupos [...] agora no contexto da pandemia, isso ficou um pouco prejudicado, né. [...], faz acolhimento, [...] A gente faz articulação com as outras instituições nas mais variadas áreas, a gente também realiza visitas semanais, visita social, visita acompanhando o outro, acompanhando o médico, acompanhando outros profissionais, visita institucional também a gente realiza no cotidiano [...] isso fora do contexto pandêmico, né, no contexto da pandemia a gente teve que redirecionar um pouco nossas ações. [...] faz o projeto terapêutico também do usuário [...]” (ASSISTENTE SOCIAL 4).

“[...] Aí a gente também recebe até do Ministério Público, né, para fazer realização de estudo social, relatório social que a gente tem uma demanda muito grande aqui na nossa cidade, a gente sempre recebe. Por semana geralmente a gente faz, eu faço de 2 a 3 estudos sociais” (ASSISTENTE SOCIAL 5).

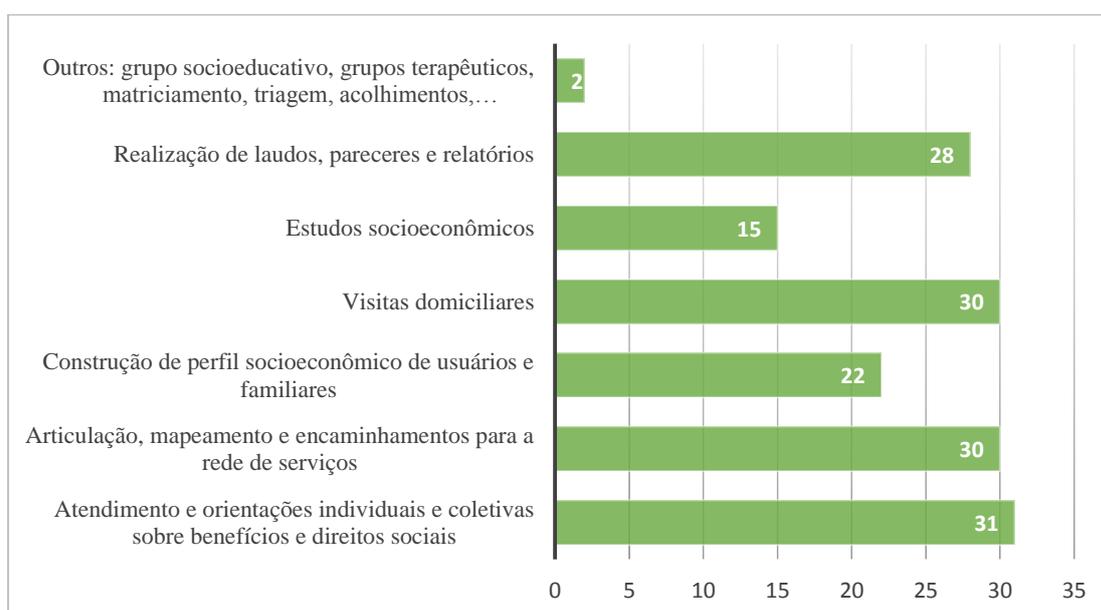
“[...] atendimento individual e familiar, visita domiciliar, reunião da equipe intersetorial, busca ativa, matriciamento, dentre outros” (ASSISTENTE SOCIAL 9).

“É acolhimento [...] o acolhimento multiprofissional e grupos terapêuticos, onde cada profissional tem um grupo terapêutico voltado para sua área de atuação. [...] E os atendimentos individualizados, o acolhimento de usuários de forma individual e de familiares” (ASSISTENTE SOCIAL 10).

As principais ações são de socializar informações, orientar e acompanhar usuários e familiares, planejar ações individual e coletivamente com a equipe, emitir parecer. Percebe-se que são muitas as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social. Dentre elas existem atividades socioeducativas, que podem ser desenvolvidas juntamente com a equipe multiprofissional, como o acolhimento, visita domiciliar e institucional, reuniões de equipe e grupos. E muitas dessas são planejadas e organizadas pelas(os) assistentes sociais, evidenciando a competência profissional do eixo de investigação, planejamento e gestão. Já outras ações socioassistenciais, como a construção de relatórios, laudos e pareceres sociais são atribuições das(os) assistentes sociais, por se tratar de matéria específica da profissão.

As falas orais acima corroboram com questões dos questionários sobre os eixos de atuação profissional na política de saúde, segundo o CFESS (2010), com destaque ao atendimento direto aos usuários, tais como as ações socioassistenciais e socioeducativas. Nessa direção, o Gráfico 14 a seguir apresenta as respostas a essas atividades desenvolvidas nos CAPS do Piauí:

Gráfico 14 – Ações socioassistenciais desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí

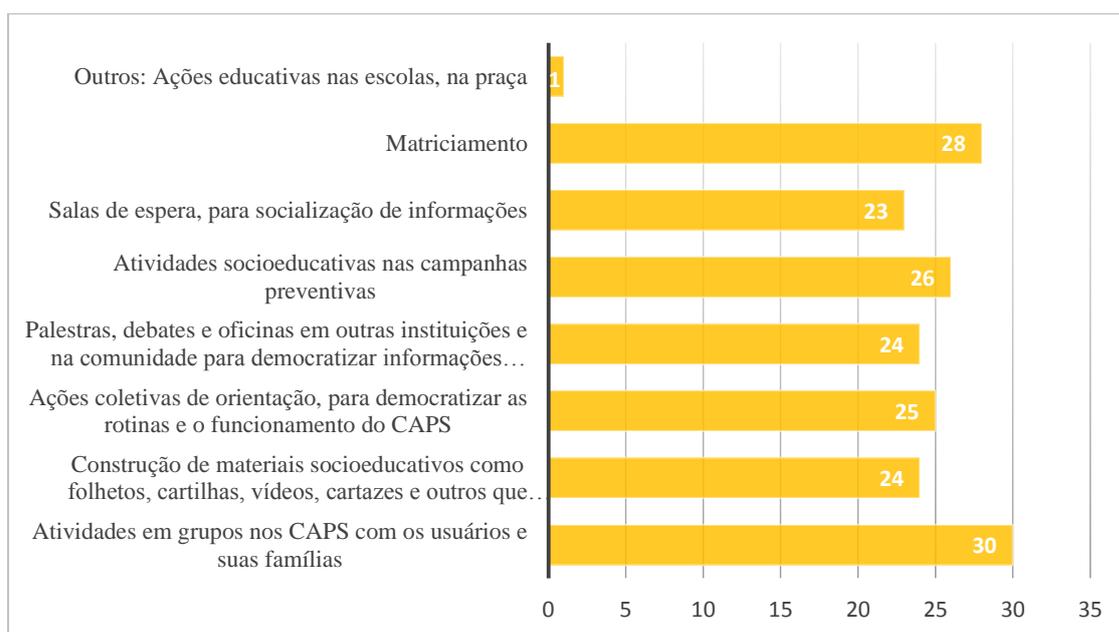


Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

Nas ações socioassistenciais, as respostas mais recorrentes nos questionários foram: os atendimentos e orientações individuais e coletivas sobre benefícios e direitos sociais, destacadas por todas(os) as(os) assistentes sociais. Outras ações destacadas foram as visitas domiciliares, apontadas por 30 das(os) participantes; articulação com a rede, assinalada também por 30 respondentes; e construção de documentos, correspondendo a 28 respostas. Com isso, verifica-se que apenas o atendimento psicossocial não é suficiente para responder às demandas que se apresentam, o que reforça a importância da intersetorialidade, sendo necessária a articulação com os demais setores para propiciar o atendimento integral aos usuários.

Outro eixo de atuação presente nos questionários, conforme os Parâmetros do CFESS, diz respeito às ações socioeducativas, que são ações que “consistem em orientações reflexivas e socialização de informações” (CFESS, 2010, p. 54), que podem ser desenvolvidas de forma individual, grupal e/ou coletiva.

Gráfico 15 – Ações socioeducativas desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí



Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

Nos questionários, houve destaque, com 30 respostas das(os) participantes, às atividades em grupos nos CAPS com os usuários e familiares. Apenas o município de Luís Correia não assinalou essa opção, por conta da pandemia. As atividades coletivas e em grupo são uma das características fundamentais do atendimento desenvolvido nesses serviços, já que as estratégias terapêuticas devem incluir técnicos, usuários, familiares e a comunidade. Por serem pontos estratégicos da RAPS e atuarem em substituição ao modelo manicomial, os CAPS seguem o

modelo de clínica ampliada, cujo atendimento ultrapassa a visão ambulatorial de consultas e medicamentos, para entender o usuário em sua singularidade.

Como visto nos capítulos anteriores, o conceito de saúde ampliada envolve os determinantes sociais, e é nessa perspectiva de se insere a clínica ampliada, que diz respeito à atenção ao usuário para além de sua doença, focada na corresponsabilização para com os usuários, primando para o atendimento integral e intersetorial. Assim, a “Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida” (BRASIL, 2007, p. 16). Dessa forma, os CAPS devem atuar na perspectiva da clínica ampliada. Contudo, principalmente no momento da pandemia, pelas falas das(os) depoentes, percebe-se que nem sempre é utilizada a clínica ampliada. Por vezes, os serviços dos CAPS se limitam a si mesmo, com atendimentos tendenciados a práticas ambulatoriais e rotineiras, que não promovem de fato um atendimento integral ao usuário.

Dentre as atividades desenvolvidas por esses dispositivos está o atendimento em grupo, com ações realizadas “coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania” (BRASIL, 2015, p. 11). Com isso, os CAPS desempenham atendimentos individuais, em grupos e para famílias, atividades para as comunidades, assembleias ou reuniões de organização do serviço, cujas ações podem ser feitas dentro ou fora do serviço, dependendo da terapêutica escolhida pela equipe. No entanto, pelos relatos coletados por essa pesquisa desenvolvida no período pandêmico, constata-se que atividades em grupo ficaram suspensas. As atividades desenvolvidas pelo CAPS, em sua maioria, ficam restritas aos muros do dispositivo, às assembleias, que são momentos importantes, principalmente de controle social, ficam cada vez mais defasadas.

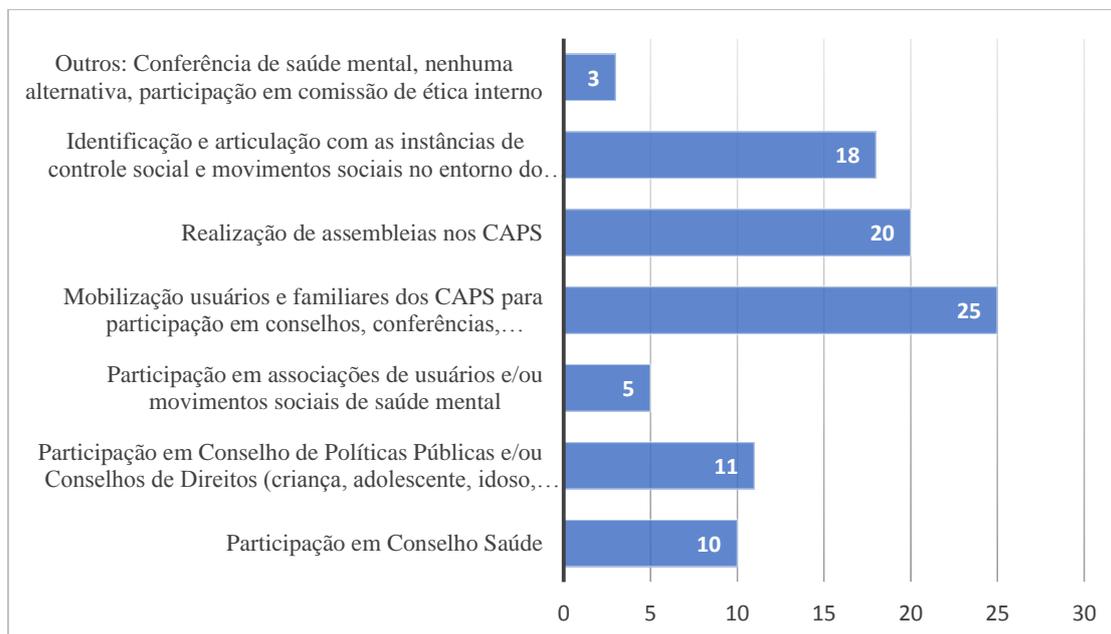
Dessa forma, as atividades coletivas são de extrema importância para a terapêutica exercida pelos CAPS, em conjunto ou não com os demais serviços intra e intersetoriais. Ações em grupo possibilitam a execução do PTS, a disseminação de informação, o diálogo com a população presente nos serviços e os demais membros da equipe, para promover não só a viabilização da garantia de direitos como também incentivar o protagonismo e o empoderamento dos usuários pelas trocas de conhecimentos. Vale lembrar, entretanto, que durante a pandemia de COVID-19, antes da vacina, as atividades que gerassem aglomeração

estavam suspensas, o que fez com que as atividades em grupos deixassem de acontecer por um certo período.

Outra atividade importante é o matriciamento, que foi assinalado por 28 respondentes. Apenas 3 participantes assinalaram não o fazer, correspondendo aos CAPS de Elesbão Veloso, Cristino Castro e Teresina (apenas 1). Mas como não o fazer, já que o matriciamento é um importante indicativo sobre a relação do CAPS com a rede, e é um critério de avaliação e de repasse de recurso para os CAPS pelo Ministério da Saúde? O matriciamento ou apoio matricial, segundo o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, consiste em “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 13). Essa prática é de grande valia para o desenvolvimento da política de saúde mental, uma vez que o usuário que frequenta o CAPS não é apenas desse dispositivo, ele tem o direito ao atendimento em toda a rede intra e intersectorial, e o cuidado deve ser compartilhado. A não realização do matriciamento compromete a dimensão da saúde como direito universal e integral, já que a sua não realização implica reduzir os usuários dos serviços do CAPS aos próprios CAPS, sendo que eles, como qualquer cidadão, têm o direito de serem atendidos por toda rede inter e intrasectorial, de acordo com o que sua situação demandar.

Outro eixo de atuação fundamental para as(os) assistentes sociais que atuam nas diversas políticas sociais diz respeito às ações de mobilização, participação e controle social. Na política de saúde mental, esse eixo é ainda mais estratégico, ao se considerar que a(o) assistente social, por sua formação generalista, sua capacidade técnica e intelectual, visto que seu processo de trabalho deve conter as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-políticas, pois estão contidas no CE e na Lei de Regulamentação profissional, que atua na saúde mental, deve trabalhar para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Gráfico 16 – Ações de mobilização, participação e controle social desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí



Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

Nesse eixo, tem maior incidência a alternativa sobre a mobilização de usuários e familiares dos CAPS para participação em conselhos, conferências, associações e movimentos sociais. O incentivo e participação no controle social é de fundamental importância para o fortalecimento da política e dos serviços, é a forma de fiscalizar, participar, fortalecer o direito social à saúde universal, democrática, livre e de responsabilidade do Estado. No entanto, o que chama a atenção é a baixa adesão dessas(es) profissionais em atividades como a participação em associações de usuários e/ou movimentos sociais de saúde mental, com apenas 5 respostas; a participação em Conselho de Saúde, com 10; e participação em Conselho de Políticas Públicas e/ou Conselhos de Direitos, 11 respostas. Nas assembleias que acontecem nos CAPS, das(os) 31 respondentes, apenas 20 afirmaram participar, isso é um dado que chama atenção, pois o manual dos CAPS aponta que essas são ações que devem ocorrer mensalmente.

Isso é preocupante, uma vez que essas ações dizem respeito à questão da mobilização, participação e controle social, que são de fundamental importância para a efetivação das políticas públicas, no caso a política de saúde mental, como também o fortalecimento dos trabalhadores envolvidos nesse processo coletivo. Sem essa articulação aos grupos sociais e sem a intencionalidade política da profissão, essa pode cair no pragmatismo e imediatismo, contribuindo para ações meramente burocráticas, que não condizem com o PEP de defesa da emancipação, autonomia, liberdade, enfim, em favor da viabilização da garantia dos direitos.

O artigo 4^a da lei nº 8.662/93, em seu inciso IX, como visto anteriormente, dispõe que é competência da(o) assistente social “prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade” (BRASIL, 2010, [n. p.]). Se essas(es) profissionais que possuem competência de estar atuando junto, orientando e lutando pelos serviços em que estão inseridas(os) não o fazem, como melhorá-los? Como está o uso do PEP da profissão, já que as vezes essas(es) profissionais se mostram ausentes na consolidação e no incentivo ao controle social? É importante que, no cotidiano profissional, os processos de trabalho não caiam no mero burocratismo e tecnicismo, perdendo assim sua dimensão investigativa e interventiva. O trabalho de assistentes sociais não pode estar dissociado da sua intencionalidade e sua dimensão ético-política.

Ao serem questionados sobre os instrumentos utilizados para realizar seu trabalho, as respostas mais frequentes das(os) sujeitos foram: entrevista social, estudos sociais, relatórios sociais, acolhimento social, atendimento social, visitas domiciliares, visitas institucionais, observação, matriciamento, articulação com a rede, reuniões e prontuários, como pode ser visto nos relatos subsequentes:

“Entrevista social, visita domiciliar, acolhimento social, atendimento social, trabalhando o grupo, reunião de famílias, articulação com a rede socioassistencial, matriciamento com atenção básica que faz parte da RAPS do nosso território, são esses principais instrumentos de trabalho” (ASSISTENTE SOCIAL 1).

“[...] a gente tem os instrumentais [...] permite a gente conhecer mais e mais o usuário, aí esse instrumental ele tem os questionários referentes a situação do usuário, socioeconômica e biopsicossocial, ele faz com que nos permite a conhecer melhor a realidade é desse usuário” (ASSISTENTE SOCIAL 3).

“[...]a gente realiza dinâmica de grupo, a gente realizar entrevista, né, essa entrevista social, ela é a todo momento a gente faz [...]. E faz visita domiciliar, é um instrumento que a gente usa muito, visitas domiciliares, institucionais, faz o atendimento individual [...] e o atendimento de grupo também. [...] a gente faz reuniões com a família, reunião técnica, faz reunião com o corpo técnico sobre o olhar a coordenação e a gente faz reuniões das equipes” (ASSISTENTE SOCIAL 4).

“Então, é observação, né, que a gente sempre tem que ter esse olhar observador em tudo. É [...] eu uso bastante também os prontuários dos pacientes, os estudos sociais, relatórios sociais, entrevistas, articulação de rede também, tudo isso é instrumento que eu utilizo aqui” (ASSISTENTE SOCIAL 5).

“Realização de palestras, matriciamento e preparação da equipe da atenção básica” (ASSISTENTE SOCIAL 7).

Sabe-se que o Serviço Social é uma profissão interventiva e, para tanto, sua prática necessita de prévia investigação e intencionalidade na ação. Dessa forma, a sua instrumentalidade é compreendida por Guerra (2000) como condição necessária e categoria constitutiva de todo o trabalho profissional, sendo entendida como:

[...] uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano (GUERRA, 2000, p. 2).

A partir disso, o trabalho do Serviço Social dá-se por meio de ações, procedimentos e instrumentos. Assim, Trindade (2012) aborda que as ações se desenvolveram por meio de procedimentos entendidos como “processo de escolha e utilização dos instrumentos e técnicas, os profissionais mobilizam um conjunto de atitudes e exercitam habilidades, aqui denominados de procedimentos interventivos, constituindo-se elementos intermediários entre as ações e os instrumentos” (TRINDADE, 2012, p. 70). Alguns procedimentos mais oralizados foram os atendimentos grupais e individuais, visitas domiciliares e institucionais, o acolhimento, matriciamento, encaminhamentos e articulação com as redes.

Posto isso, os instrumentos e técnicas não podem ser vistos isoladamente, pois ambos se complementam e estão subjacentes à discussão do instrumental técnico operativo. Segundo Santos (2011, p. 48): “O instrumento é considerado um elemento potencializador da ação; ele consiste no conjunto de recursos ou meios que permitem a operacionalização da ação profissional [...]. A técnica está associada à habilidade no uso do instrumento”. Entende-se que a escolha dos instrumentos não é neutra, ela sempre possui uma intencionalidade da profissão, do profissional, da instituição e da população que procura o serviço. Os principais instrumentos de trabalhos destacados foram a entrevista social, estudos sociais, relatórios sociais, observação, reuniões e prontuários.

Por conseguinte, outro ponto tratado nas entrevistas foi o planejamento. Como visto anteriormente, o trabalho, aqui compreendido com base na sua dimensão ontológica e teleológica, fundamentado no pensamento de Marx (2017), é entendido como a ação racional que o ser humano realiza para transformar a natureza, a ação idealizada a um fim e, para que isso seja possível, é necessário que se faça um planejamento prévio de suas ações. Assim, o planejamento é primordial para o desenvolvimento do trabalho das(os) assistentes sociais. Entende-se planejar como “algo inerente à espécie humana. Pode-se dizer que o homem planeja

suas ações, desde as mais simples até as mais complexas” (BERTOLLO, 2016, p. 334). Com isso, as(os) depoentes destacaram que esse elemento é presente no seu cotidiano profissional nos CAPS, geralmente são realizados anualmente, semestralmente e semanalmente, em conjunto com a equipe multiprofissional e, também, por categoria profissional/individual, como pode ser visto em alguns excertos a seguir:

“A gente até que antes da pandemia, a gente planejava melhor a questão do trabalho, agora durante a pandemia a gente planeja, mas nem sempre sai como o planejamento da gente, por conta da demanda expressiva, da demanda que aumentou e muitas vezes surge as demandas espontâneas que a gente deixa de seguir um planejamento para ir fazer, atender aquela demanda espontânea” (ASSISTENTE SOCIAL 3).

[...] E a gente procura também fazer nesse planejamento anual, a gente vai colocar as atividades que você pretende fazer, o material que a gente precisa, ela sempre gosta que a gente coloque, para ela tentar adquirir uma daquelas coisas, né, aquele material, mesmo mais aquele material administrativo que a gente vai precisar, né, cartolina [...]. E aí a gente, na medida do possível, quinzenalmente, semanalmente, a gente tenta se reunir, a gente procura fazer-se planejamento das atividades semanalmente, né, na medida do possível [...] embora, o cotidiano não nos permita fazer essa execução como a gente gostaria, mas a gente pelo menos tem em mente que é necessário planejar, que é necessário pensar as atividades no dia do CAPS” (ASSISTENTE SOCIAL 4).

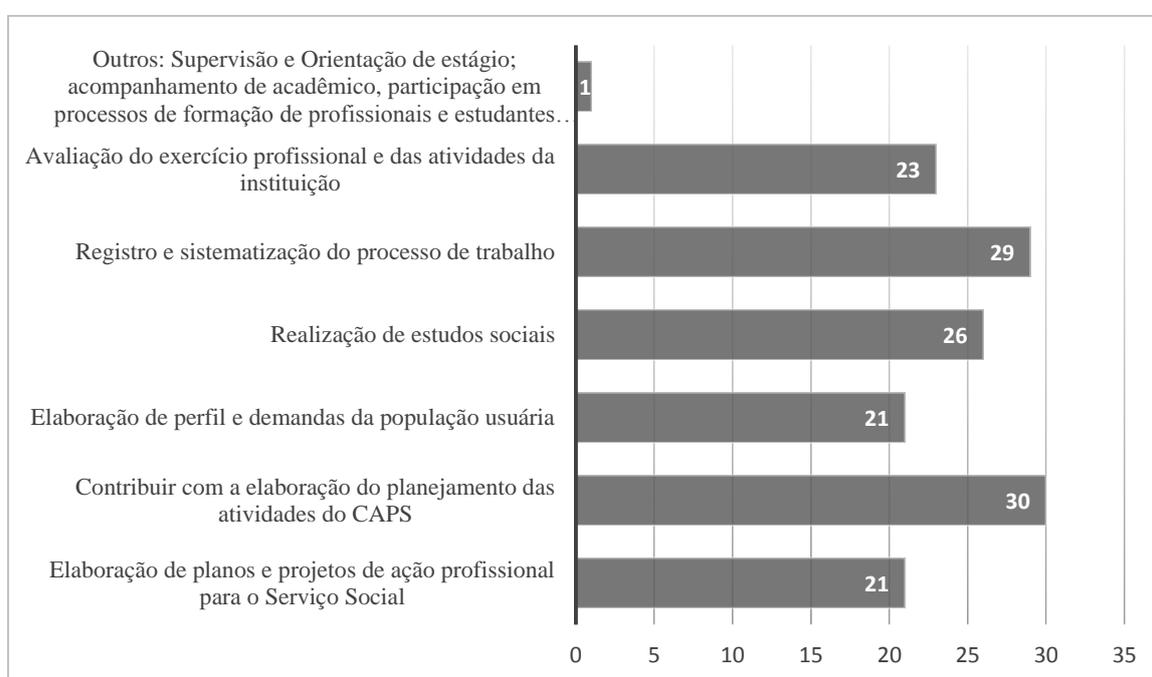
“Então eu tenho um planejamento pessoal, né, que eu mesmo faço comigo mesmo. O que eu vou fazer cada mês, a cada semana, cada dia. E tem também o planejamento do CAPS, que a gente faz com a equipe multidisciplinar, que a gente se reúne a cada início de ano para traçar o planejamento de cada mês, de cada semestre e anual para fazer o plano terapêutico do paciente, de cada paciente no caso, né” (ASSISTENTE SOCIAL 5).

A(O) assistente social 3, em sua fala, aborda a questão da dificuldade de seguir o planejamento durante o período da pandemia, em decorrência do aumento da demanda nos serviços. Já a(o) 4 compreende mais o planejamento ligado à necessidade de organização de materiais para o desenvolvimento do trabalho, interliga o planejamento com os recursos físicos da instituição, trata da importância de se planejar as atividades, mesmo nem sempre sendo possível executá-las pela dinâmica do cotidiano. A(O) assistente social 5 aponta o planejamento não só coletivo da instituição, como também o seu individual.

Nas entrevistas, todas(os) as(os) profissionais afirmaram desenvolver seu trabalho com base em um planejamento das ações, mesmo que nem sempre este planejamento seja seguido por completo, já que o CAPS é um serviço dinâmico, com diversas demandas, e muitas delas de forma espontânea. Com isso, verifica-se que “o excesso de demandas postas no dia a dia para o Serviço Social, que exigem respostas imediatas, atrapalha, ou mesmo, impede uma

reflexão e um planejamento do seu processo de trabalho” (PEREIRA, 2015, p. 125). Portanto, precisa-se ter cuidado ao não executar o planejado, pois o trabalho sem o planejamento perde sua intencionalidade e passa a se configurar como ações meramente imediatistas e rotineiras. Dessa forma, constatou-se que o planejamento é um dos desafios contidos na dinâmica dos processos de trabalho nos CAPS, visto a dificuldade de seu desenvolvimento no cotidiano institucional. Esse ponto também foi destaque no questionário, enquanto eixo de atuação nos Parâmetros de Atuação na saúde do CFESS:

Gráfico 17 – Ações de investigação, planejamento e gestão desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí



Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

Verifica-se que no eixo das ações de investigação, planejamento e gestão desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí, a que mais se destacou foi contribuir com a elaboração do planejamento das atividades do CAPS, correspondendo a 30 respostas dos questionários, destacando a importância de se planejar e organizar o processo de trabalho. Contudo, a opção de elaboração de planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social possui apenas 21³³ respostas, sendo uma das alternativas menos assinaladas. Esses dados demonstram uma contradição: como realizam o planejamento sem planejar a ação profissional? Será que a compreensão sobre planejamento remete apenas ao que se refere ao funcionamento coletivo do serviço, ao planejamento institucional? Isso faz refletir sobre que planejamento está

³³ 8 das respostas assinaladas correspondem aos profissionais de CAPS de Teresina.

sendo executado, pois entre competências e atribuições, existem ações que apenas certa categoria pode desempenhar e, para isso, precisa-se planejar, ter a visão sobre a realidade inserida, que ultrapassa a noção de planejamento orgânico institucional.

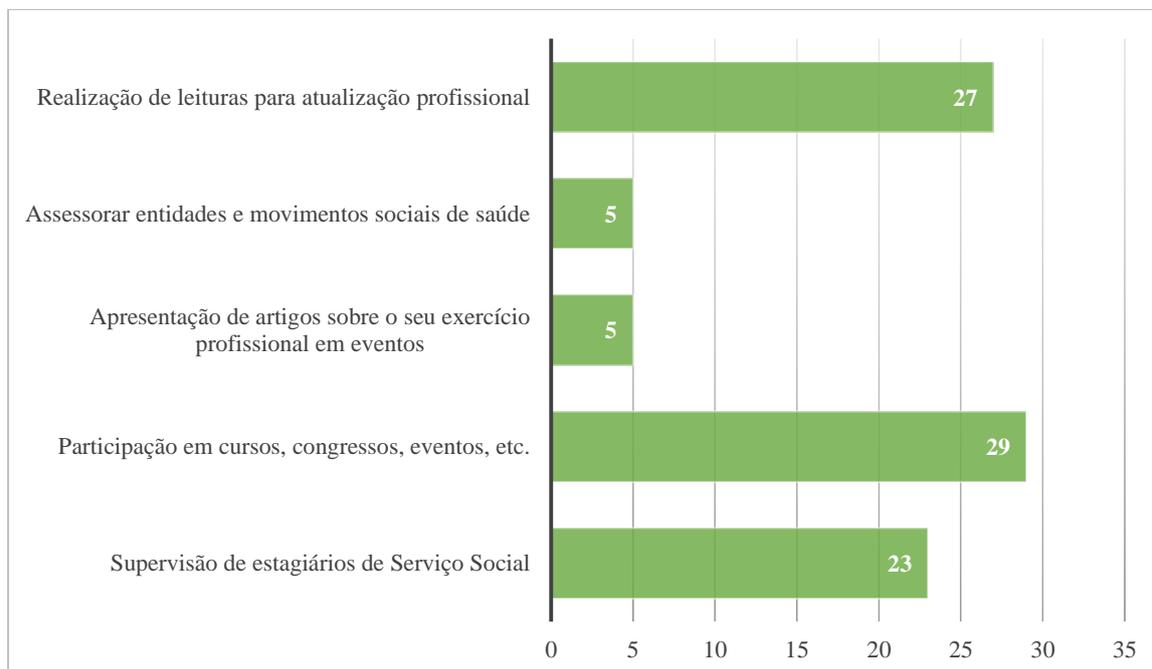
Outra opção assinalada também por apenas 21 participantes foi a elaboração de perfil e demandas da população usuária, o que remete a pensar: como essas(es) profissionais conhecem seus usuários sem traçar um perfil? Sem esse conhecimento sobre a população atendida, como prestar um serviço de qualidade? São dados delicados que levam a repensar os processos de trabalho, principalmente em Teresina, já que das(os) 31 respondentes, 14 são dos CAPS da capital, e somente 7 destes assinalaram elaborar o perfil e demandas dos usuários. Assim, os dados apontam para o enfraquecimento ou até mesmo a ausência da dimensão investigativa do Serviço Social. Guerra (2012) discute que a(o) assistente social, em seu cotidiano profissional, deve desenvolver suas ações de forma articulada com as dimensões que norteiam a formação e a ação profissional. Dessa forma:

A dimensão formativa referenciada nas Diretrizes Básicas da Formação Profissional dos Assistentes Sociais brasileiros tem, dentre seus princípios organizativos, a articulação orgânica entre a dimensão interventiva e a dimensão investigativa. Para tanto, um conjunto de conhecimentos, competências, saberes práticos e interventivos, habilidades e valores se colocam, no sentido de serem desenvolvidos do ponto de vista prático-profissional, visando a inserção do assistente social no mercado de trabalho (GUERRA, 2012, p. 15).

Ainda sobre esse eixo de investigação, planejamento e gestão, trata-se sobre a capacidade que a(o) assistente social possui em planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos, ações que são gradativamente mais requisitadas a essas(es) profissionais no processo de descentralização das ações e serviços das políticas públicas e privadas. A investigação, os estudos sugeridos por esse eixo, e os outros, estão diretamente relacionados aos processos de trabalho, por serem compreendidos como meios e instrumentos de trabalho. Contudo, percebe-se que esse eixo se encontra fragilizado, no que tange à atuação dessas(es) profissionais em CAPS do Piauí, pois nenhuma(um) participante estava em situação de gestão dentro do dispositivo de atuação, o planejamento nem sempre é realizado como previsto (sendo que o planejamento individual-profissional às vezes não é feito). O perfil dos usuários, por alguns profissionais, não é realizado, o que compromete a dimensão investigativa.

Nesse sentido, vale mencionar o eixo sobre assessoria, qualificação e formação profissional presente nos questionários, como pode ser visualizado a seguir:

Gráfico 18 – Ações de assessoria, qualificação e formação profissional desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí



Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

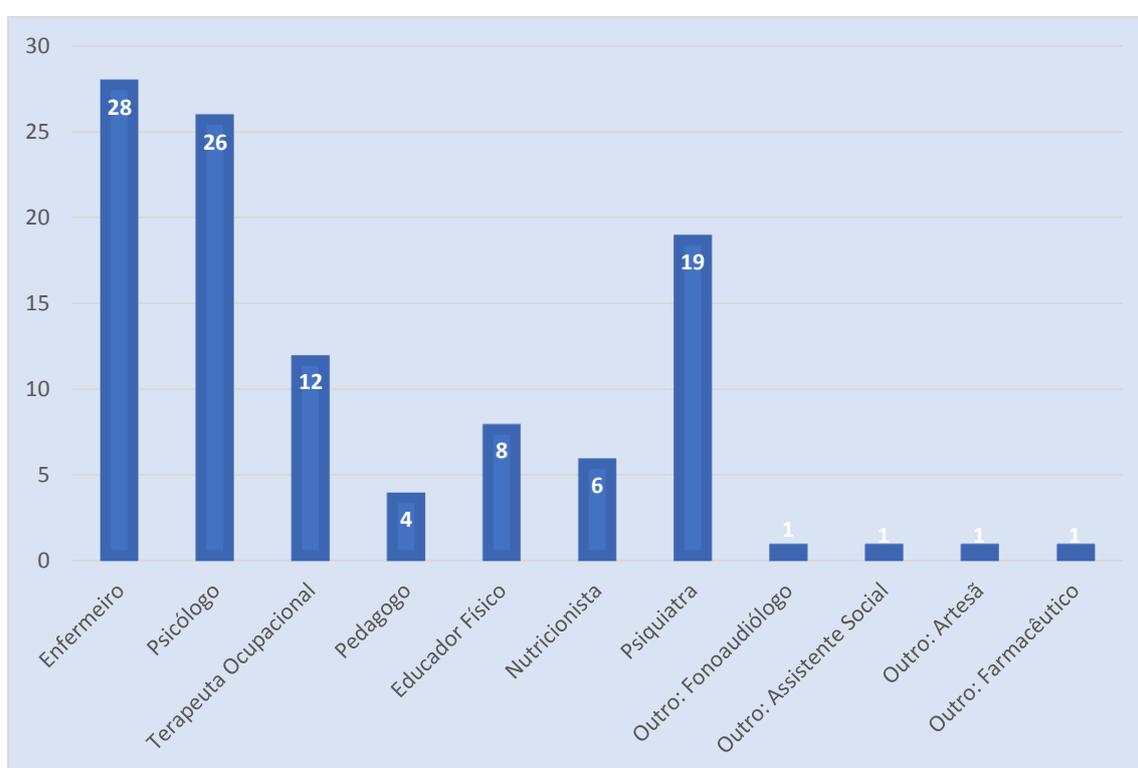
Nesse eixo, destaca-se a participação em cursos, congressos, eventos etc., com 29 respostas. Ele corresponde à formação continuada, à educação permanente para o aprimoramento profissional e dos serviços aos usuários. Também diz respeito ao trabalho na perspectiva interdisciplinar e multiprofissional. Contudo, ao mencionar sobre as ações de assessoramento às entidades e aos movimentos sociais de saúde e sobre a apresentação de artigos sobre seu exercício profissional em eventos, houve apenas 5 respondentes que indicaram uma falta de uso das dimensões nos processos de trabalho. A rotina de trabalho parece ter caído, por vezes, no pragmatismo. O cotidiano pode ser encarado como desafio ou potencialidade, de acordo com o modo como ele é encarado pelas(os) assistentes sociais. Ademais, Guerra (2012) aborda que:

[...] há que se considerar que o cotidiano profissional se realiza pela inserção do assistente social na execução terminal das políticas sociais, cujo formato limita ou potencializa a sua ação profissional. Neste sentido, o padrão atual de políticas sociais privatista, mercantilista e assistencialista, que fragmenta, segmenta e setoriza as necessidades e categorias sociais, predispõe um tipo de intervenção: pontual, focalizada, imediata, burocrática, miméticas, repetitiva, pragmática e eminentemente instrumental, exigindo pouca qualificação para responder às demandas imediatas, condicionando o exercício profissional às características e dinâmica do cotidiano e se limitando a ele (GUERRA, 2012, p. 11).

Vale lembrar que a formação da(o) assistente social não se enquadra como um mero técnico nos serviços, é uma(um) profissional intelectual e capacitada(o) a produzir ciência.

Por conseguinte, os roteiros do estudo também abordavam sobre o trabalho multiprofissional. Os atendimentos nos CAPS são desenvolvidos por equipes multiprofissionais, dentre as profissões que mais atuam junto ao Serviço Social, o questionário elenca os seguintes trabalhadores:

Gráfico 19 - Profissionais que mais desenvolvem atividades conjuntas com as(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí



Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

De acordo com os questionários, as(os) profissionais que mais desenvolvem atividades juntamente com as(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí são enfermeiras(os), com 28 afirmativas; psicólogas(os), com 26; e a(o) psiquiatra, com 19 respostas. Outro fator que merece destaque é ter sido mencionado apenas 1 vez o trabalho com outra(o) assistente social. Isso se dá pelo fato também de muitas equipes possuírem apenas 1 profissional de Serviço Social, principalmente no interior, o que fragiliza as relações de força e o reconhecimento da categoria dentro das instituições.

Nesse sentido, segundo as entrevistas e entendendo que os processos de trabalho envolvem a relação com outros saberes e categorias profissionais nos serviços, acerca das

atividades realizadas com a equipe multiprofissional são destacados os seguintes fragmentos, expostos pelas(os) participantes das entrevistas estruturadas:

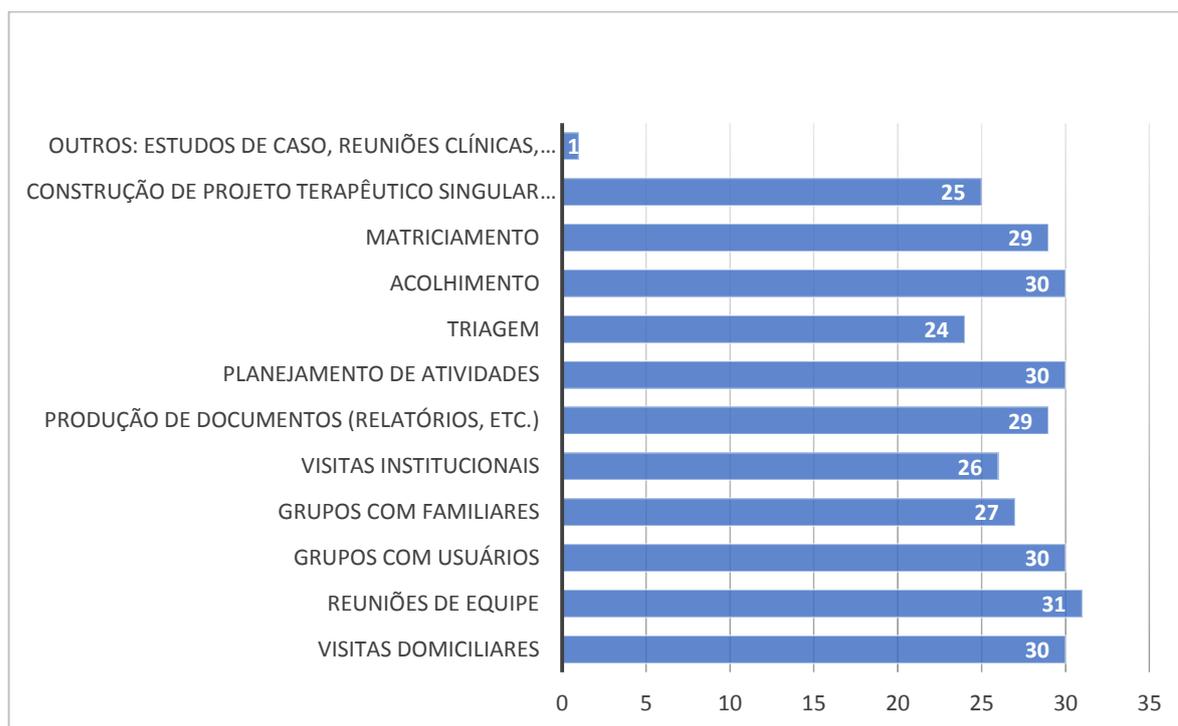
“A gente faz sim, uma especificidade do CAPS, sobretudo, este CAPS que eu trabalho já desde o começo a gente trabalha sim dentro dessa perspectiva multidisciplinar, a gente trabalha junto com enfermeiro, com psicólogo, com o psiquiatra, né. A gente faz grupos, né, grupos socioeducativos com enfermeiro, com psicólogo. Faz sala de espera, né. Aí a gente faz visita domiciliar com enfermeiro, com médico, com psicólogo também. A gente faz atendimentos individuais com médico, com o psicólogo, com o enfermeiro. A gente faz discussão de casos” (ASSISTENTE SOCIAL 4).

“[...] a gente faz atividade de grupo, é atividade extramuro, né. Geralmente a gente divide as equipes, no caso, tipo assistente social e psicólogo e a enfermagem, né. Então a gente faz atividade voltada para o Serviço Social, aí quem vai comandar sou eu. No caso, na área da enfermagem, questão de medicamentos, dúvidas, aí já é com a enfermeira. Mas a gente realiza sim essa atividade de grupo” (ASSISTENTE SOCIAL 7).

Assim, o trabalho multiprofissional também é executado na rotina das(os) participantes da pesquisa. As(Os) demais profissionais da equipe multiprofissional do CAPS que corriqueiramente mais desenvolvem atividades em conjunto com as(os) assistentes sociais, segundo os dados coletados, são enfermeiras(os) e psicólogas(os). Lembrando-se que também são desenvolvidas atividades multiprofissionais com outros profissionais, os elencados foram os mais constantes nas narrativas coletadas com as entrevistas. As atividades mais realizadas com a equipe são as visitas domiciliares e institucionais, a construção do PTS³⁴ e discussão de casos e palestras, como podem ser visualizadas a seguir no Gráfico 20, construído com base nos questionários:

³⁴ O Projeto Terapêutico Singular é compreendido como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de ‘caso clínico’. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários” (BRASIL, 2007, p. 40).

Gráfico 20 - Atividades desenvolvidas pelas(os) assistentes sociais com a Equipe Multiprofissional



Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

Percebe-se que, na dinâmica dos CAPS onde as(os) participantes da pesquisa estavam inseridos, desenvolve-se mais o trabalho multiprofissional. Não fica claro o diálogo e a troca de saberes sobre uma terminada situação nos serviços. O que parece são ações diferentes, de saberes diferentes, sobre uma demanda. Até acontecem atividades em conjunto com outras categorias profissionais, mas, em sua maioria, cada profissional limita-se à caixinha do seu saber.

Nessa direção, é importante retomar alguns conceitos. De forma simplificada, a interdisciplinaridade corresponde às trocas de saberes, ao diálogo entre as diferentes disciplinas acerca de algo. O trabalho interdisciplinar acontece quando o processo de trabalho entre as categorias profissionais se desenvolve de forma conjunta, cujas distintas ciências atuam com o mesmo objetivo, discutindo e averiguando quais ações serão precisas ao fim almejado. Na saúde, “a interdisciplinaridade assume, logo, a possibilidade dos contraditórios, das diferenças e, principalmente, da criatividade” (FERRO *et al.*, 2014, p. 130).

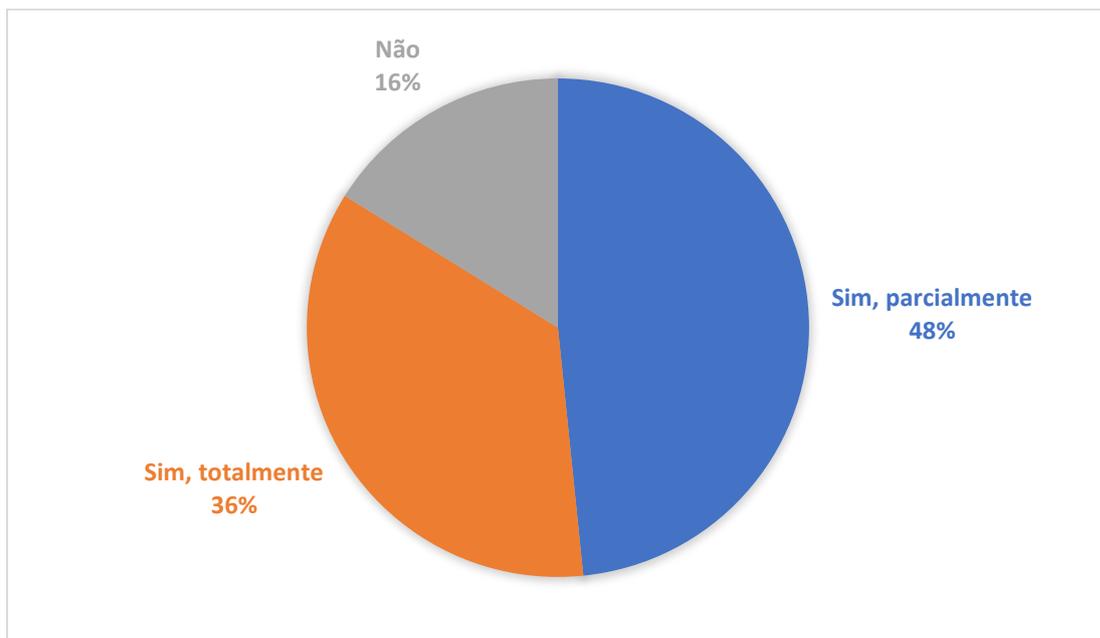
Já o trabalho em equipe multiprofissional corresponde ao trabalho coletivo de diferentes categorias profissionais juntas no atendimento à população usuária, com isso o trabalho multiprofissional “consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas

profissionais” (PEDUZZI, 2001, p. 108). No entanto, nem sempre o trabalho em equipe multiprofissional é interdisciplinar, geralmente, as equipes multiprofissionais executam suas ações de forma isolada, cada um resolve uma parte da demanda de acordo com sua formação, sem se articular com os demais saberes.

Para além do trabalho multiprofissional, é necessário se incentivar e realizar o trabalho interdisciplinar, nem sempre o trabalho multiprofissional consegue desenvolver de forma que os saberes, as disciplinas dialoguem entre si, ao responderem às demandas nos serviços. É preciso repensar a formação profissional para romper com a “endogenia rumo a uma formação que propicie o diálogo com as outras profissões e disciplinas, direcionar-se a ações interdisciplinares e relacionadas à prevenção, promoção em saúde e gestão da vida cotidiana” (ROSA, 2016, p. 19).

Outro tema já trabalhado nos questionários, que também foi presente nas entrevistas, é a relação da formação com a política de saúde mental. Por ser uma profissão generalista, o curso de Serviço Social apresenta os fundamentos que alicerçam os processos de trabalho, sendo o aprofundamento em uma determinada política feito mais corriqueiramente após a graduação. Como pode ser visualizado abaixo:

Gráfico 21 - A formação profissional em Serviço Social e os fundamentos necessários para atuação no campo da saúde mental



Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

Outro ponto questionado às(aos) assistentes sociais que atuam nos CAPS do Piauí foi se a sua formação profissional lhes possibilitou os fundamentos necessários para atuarem no campo da saúde mental. 48% responderam que “parcialmente”, seguidos de 36% que afirmaram que “sim, totalmente”, e o restante, 16%, responderam que não. Nesse sentido, os achados do estudo refletem a necessidade de se voltar o olhar sobre a política de saúde mental no processo de formação, e como essa temática vem sendo trabalhada nos currículos de Serviço Social. Assim como nos questionários, alguns depoentes expressaram sentir carência de mais discussões sobre essa área de atuação, como pode ser visto em alguns dos relatos:

“Durante a minha graduação, eu me formei no ano 2011, e na minha grade curricular não foi contemplado sobre políticas de saúde, principalmente relacionado à política de saúde mental. Então, o conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Mental, mais especificamente a lei 10.216/2001, que busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base territorial, só foi de conhecimento profissional depois da graduação, quando eu vim ter acesso a questão de editais para estudos de concurso público” (ASSISTENTE SOCIAL 1).

“[...] eu não tive nenhuma disciplina que falasse sobre saúde mental, né, que discutir (sic) política de saúde mental, que falasse sobre o trabalho do assistente social dentro da política de saúde mental. Isso foram coisas que eu busquei, né, quando entrei para o campo de atuação” (ASSISTENTE SOCIAL 2).

“[...] Só foram observações, não é nada de muito aprofundada. Então assim, a minha formação ela não me deu nenhum embasamento teórico para isso não, a voltado para saúde mental não, a minha graduação” (ASSISTENTE SOCIAL 10).

As(Os) assistentes sociais 1 e 2 abordam a falta de conteúdo específico sobre a política de saúde mental na graduação, mas nas mesmas falas é posto que esses assuntos foram aprofundados após a formação. O trecho da(o) assistente social 10 traz uma fala delicada, pois ao tratar que sua graduação não “deu nenhum embasamento teórico”, ela(e) remete a uma visão tecnicista e funcionalista da profissão. A ABEPSS, na proposta de diretrizes curriculares de 1996, elaboradas pela equipe de especialistas de 1999, aponta que são conteúdos necessários para a formação de assistentes sociais: sociologia; teoria política; economia política; filosofia; antropologia; psicologia; formação sócio-histórica do Brasil; direito e legislação social; política social; desenvolvimento capitalista e questão Social; classes e movimentos sociais; fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social; trabalho e sociabilidade; Serviço Social e processos de trabalho; administração e planejamento em Serviço Social; pesquisa em Serviço Social; e ética profissional. São esses conteúdos que alicerçam o trabalho de assistentes sociais, visto ser um(a) profissional generalista, que por meio de sua base de

formação é capaz de atuar junto às políticas públicas e privadas, ou melhor, “mesmo o Serviço Social sendo uma profissão generalista, é necessário que seu *corpus* de saber seja capaz de dialogar com o campo no qual está inserido, nesse caso, na área da Saúde no campo da Saúde Mental” (ARAÚJO, 2019, p. 64). Todo curso de Serviço Social credenciado pelo MEC precisa trabalhar esses assuntos, o que leva a questionar o que a(o) participante 10 entende por fundamentos necessários para o seu trabalho.

Essas falas fazem refletir sobre o aspecto generalista da profissão. Assim, Lustosa (2013) discute que:

Acerca do projeto de formação profissional do assistente social, a consolidação de uma postura política da profissão durante o Movimento de Reconceituação, se apresentou como uma superação de um fazer tecnicista, com ênfase no “saber fazer”, de forte influência norte-americana e vivenciado pelo Serviço Social na sua história remota. Espera-se, contudo, que a profissão não se limite à dimensão técnica, mas entenda ser muito importante articular as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa do processo (LUSTOSA, 2013, p. 78).

Sobre isso, conforme discutido nos capítulos anteriores, sabe-se que principalmente após o Movimento de Reconceituação, ficou explícito que a formação não poderia se pautar apenas no lado tecnicista. A(O) assistente social também é uma(um) intelectual, uma(um) profissional capaz não apenas de utilizar instrumentos técnicos ao responder demandas, mas antes disso, ter uma visão de totalidade, compreender a realidade em que está inserido, ser capaz de investigar e agir com intencionalidade no seu fazer profissional. E como ter essa visão ampliada sobre a sociedade capitalista sem uma formação generalista, que apresente os fundamentos e princípios necessários para embasar sua prática? Isso significa que o fazer profissional precisa não apenas focar uma dimensão, mas aliá-las. As dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política devem andar juntas.

Assim, de acordo com Lustosa (2013):

[...] ao se abordar a saúde mental na formação acadêmica na contemporaneidade, num cenário de proposta neoliberal, profissionais hábeis para a inserção no mercado de trabalho, a universidade depara com a dificuldade de formar generalistas, em especial de saúde, capazes de responder a muitas questões complexas, tendo em vista o amplo leque da concepção ampliada de saúde, entendida não apenas como a ausência de doença, mas também como reflexo de organização de sociabilidades, com multifaces biopsicosociocultural (LUSTOSA, 2013, p. 170).

No momento da formação acadêmica aparece esse paradigma entre a generalidade inerente da profissão para atender ao mercado de trabalho e às especificidades das políticas

públicas a qual serão inseridos, o que foi observado na fala das(os) participantes desse estudo. Nessa direção, Lima (2014) afirma que:

[...] O aligeiramento do processo formativo, sua submissão à lógica empresarial e competitiva, as “parcerias” público-privado com ênfase no mercado como fonte de recursos para financiar projetos dos docentes das universidades públicas têm sido alvo de debates acalorados entre os defensores desse projeto e os que defendem mais recursos para a universidade pública apostando no ensino público, gratuito, de qualidade e autônomo (LIMA, 2014, p. 57).

Assim, a conjuntura contemporânea passa pelo aligeiramento da vida e o processo de formação não está aquém disso. A presença de modalidades de ensino menos onerosas ao capital, e mais rápidas, são postas como alternativas democráticas que podem atender às leis do mercado. Contudo, as ameaças à garantia do direito à educação de qualidade e gratuita são cada vez mais latentes. Ainda, a partir dos dados, vê-se que a maioria das(os) respondentes fez suas graduações em universidades públicas, e no modelo presencial, o que leva a se questionar se o Ensino a Distância (EaD) e/ou privados, com o seu discurso de universalidade e democratização, são capazes de atender o perfil de profissional exigido pelo mercado.

Outro trecho que merece destaque acerca do processo de formação e a política de saúde mental é o subsequente, que trata sobre uma realidade da UFPI:

“[...] primeiro a gente tem uma referência na UFPI em Saúde Mental que é a Lúcia Rosa, a gente teve a sorte de no finalzinho ter disciplina de saúde mental dentro daquelas disciplinas que era surpresa [...]. Hoje também tem a Sofia lá na UFPI, que também aborda esse tema, aí ela foi nossa professora” (ASSISTENTE SOCIAL 8).

Vê-se na fala acima, que na realidade do Piauí tem-se o diferencial sobre os estudos em saúde mental puxados por professoras e pesquisadoras da área, como consta no relato. Nesse sentido, Rosa (2016) aborda que a formação precisa sair da endogenia em direção ao diálogo com outras disciplinas e profissões, rumo ao desenvolvimento de ações interdisciplinares.

Durante o período da graduação aparece esse antagonismo entre a generalidade que a profissão possui para atender ao mercado de trabalho e às especificidades das políticas públicas, em especial, a saúde mental. Defende-se, nesse estudo, a formação generalista da profissão, capaz de graduar profissionais aptos a entender a realidade em que estão inseridos, intelectuais qualificados para ler a realidade trabalhada com uma visão de totalidade. Dessa forma, é evidente a necessidade da formação continuada no cotidiano profissional nos vários meios de inserção profissional. E para além disso, precisa-se refletir sobre o processo de formação na ótica da globalização, digitalização e aligeiramento dos processos de vida.

Ainda sobre a questão da formação, da mesma forma que nos questionários, no geral, os depoentes afirmaram ter realizado capacitação, curso e/ou especialização para complementar sua formação, para atuar na saúde mental, com e/ou sem incentivo da gestão, com o intuito de melhorar a execução do seu trabalho nos serviços, evidenciando a importância da formação continuada.

Nota-se que os eixos de atuação na saúde são complementares e suas ações devem ser desenvolvidas em conjunto para que, de fato, o trato com as políticas públicas sociais viabilize a garantia de direitos aos usuários dos serviços. Eles exemplificam ações e atividades que se configuram como competências e atribuições profissionais, já que são funções que as(os) assistentes sociais estão capacitadas(os) a realizar, de acordo com a sua formação e o lugar na divisão social e técnica do trabalho.

Por conseguinte, esse estudo compreende o Serviço Social como trabalho de formação generalista, uma profissão coletiva e inserida em processos de trabalho, logo, espera-se que o exercício do trabalho da(o) assistente social gere um produto ou resultado. Com relação a isso, foi questionado às(aos) entrevistadas(os) sobre o produto do seu trabalho enquanto assistentes sociais inseridas(os) na política de saúde mental, como pode ser visto no Quadro 10 a seguir:

Quadro 10 – Trechos das entrevistas sobre o produto do trabalho das(os) assistentes sociais nos CAPS do Piauí

Entrevistadas(os)	Produto do seu trabalho
Assistente Social 1	<p>“Produto, eu, assim, pontuei os pacientes e familiares que vivenciam, pacientes que vivenciam esse sofrimento e esses transtornos mentais e seus familiares como produto. E resultado, contribuir para a efetivação de um atendimento eficaz aos usuários da instituição de saúde mental e os seus familiares.”</p> <p>Compreensão sobre o produto: O resultado do trabalho é entendido como a contribuição para efetivação do atendimento.</p>
Assistente Social 2	<p>“Assim, o que eu visualizo na questão do resultado do meu trabalho, não tendo uma visão assim de heroína, porque jamais a gente, enquanto assistente social, pode ter essa visão de heroína, de prometer algo ao usuário. Mas eu vejo que, querendo ou não, o nosso trabalho, enquanto assistente social, ele transforma, né, a vida daquele usuário, né. Se a gente for um usuário competente e a gente conseguir articular rede, a gente consegue transformar a vida daquele usuário, né, fortalecendo os vínculos familiares, trazendo a questão do protagonismo, da autonomia desses usuários, né. [...]. Então eu vejo assim, que querendo ou não, a gente, enquanto assistente social, a gente consegue contribuir justamente nessa viabilização da garantia do direito [...].”</p>

	<p>Compreensão sobre o produto: A fala leva a refletir sobre a postura de heroína, a visão messiânica abordada por Iamamoto (2015), que deve ser evitada. Entende o produto como transformação da vida dos usuários, como autonomia, protagonismo, viabilização da garantia de direitos.</p>
<p>Assistente Social 3</p>	<p>“[...] o meu trabalho, eu enquanto assistente social acho que o papel e o trabalho do assistente social no CAPS é de fundamental importância, porque o assistente social, ele já tem o manejo, ele sabe, tem a técnica de estar intervindo junto as famílias, de estar intervindo também até mesmo junto ao colega de profissão, o colega da equipe, e de tá fazendo uma ponte entre família, entre a rede e entre os próprios colegas [...] uma profissão que ajuda muito o usuário a buscar e conhecer os seus direitos.”</p>
	<p>Compreensão sobre o produto: Mais uma vez, há trechos que remetem à visão messiânica da profissão. Não deixa claro o que seria o produto do seu trabalho, fala sobre a intervenção e cita a profissão como “ajuda o usuário a buscar e conhecer os seus direitos”.</p>
<p>Assistente Social 4</p>	<p>“[...] Eu acho que é um produto que tá voltado muito para o bem-estar, para a atenção psicossocial, para a saúde do nosso usuário, do nosso familiar, né. O produto do trabalho do assistente social no CAPS está voltado exatamente para fortalecimento de vínculos entre usuários, família, para consolidar o acesso aos benefícios sociais desses usuários que procuram, às vezes chega no (sic) serviço totalmente desprotegido, totalmente desassistidas, assim, em termos de acesso aos benefícios que o Estado oferece, que essa pessoa pode vir a ter direito. Eu acho que na recuperação desses usuários, acho que o nosso produto tá aí também, na recuperação, no restabelecimento da saúde mental dessa pessoa, no restabelecimento das relações sociais, familiares, né, para inclusão dessa pessoa no campo do trabalho, no campo social de modo geral, né. Eu acho que a alta dessa pessoa, desse usuário que passa uma temporada no CAPS e depois ele melhora, ele sai [...]”</p> <p>Compreensão sobre o produto: A(O) profissional entende o produto como a melhora na qualidade de vida dos usuários e familiares dos serviços, pois o compreende como o bem-estar do usuário e da família, o fortalecimento de vínculos, o acesso aos benefícios, o acesso aos direitos, o restabelecimento da saúde mental dos usuários e das relações sociais e familiares, a inclusão no campo do trabalho.</p>
<p>Assistente Social 5</p>	<p>“[...] vê um paciente que ele tá sem o básico, né, sem o básico para sobreviver, sem moradia, sem nada. E ele não sabe que ele tem direito a certas coisas. E aí é muito gratificante a gente poder realizar esse trabalho, a gente poder viabilizar esse direito a ele, e claro ele ter uma qualidade de vida melhor [...]. Então, assim, é muito gratificante a gente, eu acho que o resultado é isso, é a gratidão que a gente tem por (sic) o nosso trabalho que a gente fez da forma correta, a gente conseguiu aquisição de um benefício, por exemplo, e ao paciente que não tinha nem dinheiro para comprar o remédio dele, o alimento dele, e agora ele vai poder. Então, tudo isso eu acho que a gente fica muito grato.”</p>

	<p>Compreensão sobre o produto: Apesar de elencar a viabilização de direitos como elemento no seu processo de trabalho, a qualidade de vida melhor, a aquisição de benefício, aponta como resultado o sentimento de gratidão, não evidenciando de fato o entendimento sobre o que seria o produto.</p>
Assistente Social 6	<p>“Bom, o resultado do trabalho a gente termina assim ele trabalha de forma outras políticas públicas. E aí, se a rede não funciona na medida que a demanda é apresentada, fica complicado a gente conseguir né, não provocar, como é que eu posso dizer, hospitalização daquele usuário.”</p> <p>Compreensão sobre o produto: Não foi possível identificar o produto do processo de trabalho.</p>
Assistente Social 7	<p>“O resultado do meu trabalho é justamente no trabalho multiprofissional, né, onde são desenvolvidas ações que é voltada (sic) justamente no trabalho de humanização e qualificação que é justamente direcionada essa demanda do CAPS. Mas é um trabalho com a equipe, né. Então isso é o resultado, né, qualificado e humanizado.”</p> <p>Compreensão sobre o produto: Não foi possível identificar o produto do processo de trabalho, pois a(o) profissional confunde produto com trabalho multiprofissional e ações de humanização.</p>
Assistente Social 8	<p>“É uma das coisas mais difíceis, porque sim, eu vejo como produto do meu trabalho o acesso aos direitos que levam esse acesso aos direitos, com a informação, com a orientação adequada, com o encaminhamento correto, o que leva esse acesso aos direitos, renda, trabalho, alimentação, à educação, à saúde, a autonomia; só que existe um limite. O produto do meu trabalho é esse acesso aos direitos, né, através do meu instrumental, da aplicação da minha instrumentalidade, esse é o meu produto, o final dele.”</p> <p>Compreensão sobre o produto: A(O) profissional compreende o produto como a viabilização do acesso aos direitos dos usuários.</p>
Assistente Social 9	<p>“Produto, o resultado do nosso trabalho, a gente sempre visa o protagonismo do usuário e seus familiares no território onde ele cresceu e se desenvolveu, visando a mobilização socioeconômica dele, a reintegração social, familiar e comunitária dele também [...] Tudo isso aí a gente vê como produto do Serviço Social, superar as múltiplas facetas da questão social no âmbito da saúde mental.”</p> <p>Compreensão sobre o produto: A(O) profissional entende o produto como a promoção do protagonismo do usuário e seus familiares, a reintegração social, familiar e comunitária e emancipação dos usuários.</p>
Assistente Social 10	<p>“[...] Eu entendi, quando eu comecei a trabalhar com saúde mental, eu entendi essa necessidade de me acolher também, de me entender, para mim tá acolhendo outro. E é o que eu ganho muito mais do que salário, trabalhar com saúde mental eu ganho o crescimento como ser humano.”</p> <p>Compreensão sobre o produto: Não foi possível identificar o produto do processo de trabalho.</p>

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas estruturadas (2022).

Em alguns relatos acima, nem sempre fica claro o produto do trabalho, fato relevante, visto ser esperado das(os) profissionais que tenham clareza sobre os elementos que compõem seu processo de trabalho. Isso corrobora com os questionários, já que 61% das(os) respondentes assinalaram conseguir visualizar apenas parcialmente o produto do seu trabalho, enquanto assistentes sociais de CAPS; e 39% responderam visualizar totalmente o produto do seu trabalho, como pode ser conferido no Gráfico 22 a seguir:

Gráfico 22 – Visão sobre o produto do seu trabalho enquanto assistente social de CAPS no Piauí



Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

Através das entrevistas e questionários, observa-se o perigo da mortificação do trabalho, pela dúvida e/ou por não conseguir enxergar completamente o produto desenvolvido pelo seu trabalho. Fato esse que está presente no modelo capitalista, cujo trabalhador, dentro do sistema, ao lidar com as partes, por vezes não visualiza o todo. Como já visto, todo processo de trabalho é formado por elementos fundamentais: a força de trabalho; o objeto de trabalho; os meios e instrumentos necessários para transformar o objeto para se chegar ao produto do trabalho. A não compreensão dessas partes implica no desconhecimento acerca do trabalho prestado. Isso indica que, ao não entender seu produto, considerado a interferência na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica dos indivíduos sociais, contribuindo na criação de consensos na sociedade, perde-se a racionalidade do processo.

É perceptível também a presença da atitude fatalista, bem como o olhar messiânico no depoimento das(os) entrevistadas(os). É importante que a(o) profissional de Serviço Social não se reconheça como um(a) trabalhador(a) que “faz tudo”, um(a) terapeuta ou até mesmo um super-herói ou uma super-heroína. Em outras palavras, o messianismo profissional pode ser entendido como “[...]uma visão heroica do Serviço Social que reforça unilateralmente a subjetividade dos sujeitos, a sua vontade política sem confrontá-la com as possibilidades e limites da realidade” (IAMAMOTO, 2015, p. 22). Também, não deve se apegar ao pragmatismo, a desenvolver seu trabalho de forma burocrática e rotineira. Iamamoto (2015, p. 21-22) discute que se deve “[...] evitar uma atitude fatalista do processo histórico e, por extensão do Serviço Social: como se a realidade já tivesse dada em sua forma definitiva, os seus desdobramentos predeterminados e os limites estabelecidos de tal forma, que pouco se pode fazer para alterá-los.”

A entrevista também abrangeu as atribuições e competências das(os) assistentes sociais. No geral, os trechos apontam que, no que tange à compreensão sobre as competências e atribuições do Serviço Social, nem sempre essas dimensões são claras aos profissionais dos serviços, inclusive a própria categoria, como pode ser observado no Quadro 11 abaixo:

Quadro 11 – Compreensão sobre as competências e atribuições das(os) assistentes sociais

Entrevistadas/os	Competências e atribuições profissionais mais requisitados
Assistente Social 1	<p>“Como competência, eu posso aqui colocar a questão de implantar, planejar e avaliar políticas de saúde mental, assim como as demais políticas direcionadas aos nossos pacientes, de uma forma multidisciplinar, não só do Serviço Social, mas como do restante da equipe, por não ser uma atribuição privativa do Serviço Social. Já como as atribuições, que é algo mais privativo, particular a nossa categoria profissional eu posso aqui colocar algumas demandas que são recorrentes em nosso ambiente de trabalho, como a questão de elaboração de parecer social, relatório social, laudo sociais, estudos sociais, estudos de caso.”</p> <p>Compreensão sobre as competências e atribuições: O(A) profissional possui entendimento sobre as competências e atribuições profissionais no contexto da saúde mental, com base na lei nº 8.8662/93.</p>
Assistente Social 2	<p>“[...] de atribuição privativa é o que é mais requisitada é a questão de elaboração de laudo, relatório, parecer, construção de estudo social e supervisão de estágio. [...] as competências é a questão de orientações acerca de benefícios, encaminhamentos, estudos socioeconômicos com os usuários, né, a fim de garantir benefícios e serviços, atendimento, atividades coletivas ou em grupo, visita domiciliar.”</p>

	<p>Compreensão sobre as competências e atribuições: O(A) profissional possui entendimento sobre as competências e atribuições profissionais no contexto da saúde mental.</p>
<p>Assistente Social 3</p>	<p>“Eu vejo aquela questão de quando eu já falei muitas vezes, repete de tá vendo a questão dos direitos, de estar incentivando o usuário a conhecer, a buscar os seus direitos, vendo a questão muitas vezes como a gente se depara com pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica e muitas vezes ele se enquadra também no perfil para tá querendo os seus direitos assistenciais, principalmente a questão do BPC. Muitas vezes a gente se depara com urgência também que não pode esperar. [...] a gente encaminha esse usuário para assistência, para a questão dos benefícios eventuais. Outras atribuições que são realizadas é a questão de prioridades também, muitas vezes chega o paciente ou usuário lá como em todos os serviços muitas vezes aquelas pessoas que estão lá esperando elas não querem ceder.”</p> <p>Compreensão sobre as competências e atribuições: O trecho indica equívoco do(a) profissional acerca do entendimento das competências e atribuições da(o) assistente social no CAPS.</p>
<p>Assistente Social 4</p>	<p>“[...] eu acho que é muito exigido do assistente social que eles seja (sic) um articulador, que ele conheça as outras políticas para que ele possa fazer essa articulação com as outras políticas, com os outros serviços. Então, o assistente social, ele tem que ser um bom articulador, né. [...] Então, assim, eu acho que os outros profissionais exigem muito do assistente social na hora dele realizar aquele atendimento com a família, né, de orientar a família, de tá promovendo aquela família, né, subsídios e informações, potencializar aquela família, né, para que ela tenha acesso aos serviços. Então, os outros profissionais esperam muito que o assistente social faça isso, prepare aquela família para aceitar, para lidar com aquele usuário que é problemático, aquele usuário que também tem suas necessidades. [...] Eles esperam que o Serviço Social promova essa ligação da família com a comunidade, esse fortalecimento de vínculos sociais, familiares.”</p> <p>Compreensão sobre as competências e atribuições: O trecho indica que não há compreensão, por parte do(a) profissional, sobre as competências e atribuições da(o) assistente social no CAPS.</p>
<p>Assistente Social 5</p>	<p>“As atribuições mais, as mais pedidas são realmente benefício, né, visita domiciliar, acolhimento e articulação de rede. Assim, são os principais, a demanda maior no caso.”</p> <p>Compreensão sobre as competências e atribuições: O trecho indica uma visão equivocada acerca das competências e atribuições da(o) assistente social, com as demandas e atividades desenvolvidas.</p>
<p>Assistente Social 6</p>	<p>“Os relatórios sociais e pareceres social, atribuições privativas lógico, somos muito solicitadas também para atendimento da escuta qualificada [...] Aí audiência, o Ministério Público também sempre nós estamos requisitados, é impressionante.”</p> <p>Compreensão sobre as competências e atribuições: Não ficou claro se o(a) profissional sabe o que são atribuições privativas.</p>

Assistente Social 7	<p>“Realização de palestras, matriciamento, preparação da equipe da atenção básica, a gente faz todo esse acompanhamento. Eu acho que é mais isso aí, o matriciamento, preparação de projetos, pesquisa, tudo voltado lá para saúde mental.”</p> <p>Compreensão sobre as competências e atribuições: O(A) profissional possui uma compreensão genérica sobre as competências, mas não cita as atribuições.</p>
Assistente Social 8	<p>“O encaminhamento e a orientação social a indivíduos e a família desses indivíduos, desses sujeitos, pacientes. Orientação para identificar recursos, né, e fazer o uso desses recursos no atendimento e defesa dos seus direitos, realização de estudos socioeconômicos, relatório de visita domiciliar, parecer. Então, são as competências e atribuições que são mais requisitadas dentro do CAPS, né, para mim.”</p> <p>Compreensão sobre as competências e atribuições: O relato apresenta uma certa confusão do(a) profissional sobre o entendimento de demandas e as competências e atribuições da(o) assistente social no CAPS. Entende o que são as competências, mas não deixa claro sobre as atribuições.</p>
Assistente Social 9	<p>“Acompanhar as famílias, principalmente em caso de visita domiciliar na maioria dos casos, se articular acerca de inclusão a programas sociais também a gente aborda muito, é quando estão com os vínculos familiares fragilizados também a gente atua bastante, em momentos de crise também, de buscar ativa juntamente com os profissionais a gente vai junto também para abortar com eles [...]”</p> <p>Compreensão sobre as competências e atribuições: O relato apresenta uma certa confusão do(a) profissional sobre o entendimento de demandas e atividades com as competências e atribuições da(o) assistente social no CAPS. Não cita claramente nenhuma competência ou atribuição.</p>
Assistente Social 10	<p>“[...] A grande maioria das vezes, mesmo a família também não consegue estar buscando, não conhece os direitos da pessoa com transtorno mental. E aí é a viabilização mesmo de direito, de benefício, de tá acompanhando [...]. Fazendo inscrições, ou todas as inscrições que recentemente teve a criação aqui de um conjunto habitacional, né [...]. Então é isso, é a viabilização de direitos mesmo. É pegar na mão e acompanhar. Porque existe muitas mudanças em que se já era difícil lá no passado, agora com o contexto da pandemia, com o atual governo, né. Que me parece que ele sempre dá um jeitinho [...] não pense que vai ser para melhorar não, é para dificultar mais [...]”</p> <p>Compreensão sobre as competências e atribuições: A fala acima indica o não entendimento do(a) profissional sobre as competências e atribuições da(o) assistente social no CAPS.</p>

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas estruturadas (2022).

O quadro apresenta dados preocupantes, pois uma parte considerável das(os) depoentes não têm clareza sobre as atribuições privatistas da profissão. Sobre as competências, até que são mencionados alguns trechos. Destaca-se, como trabalhado em capítulos anteriores, o artigo 5^a da Lei nº 8.662/93, que dispõe sobre as atribuições privatistas do Serviço Social que

correspondem às ações, atividades e aos procedimentos que podem ser desenvolvidos somente por assistentes sociais, são “prerrogativas exclusivas” da profissão e, para tanto, requer que esses profissionais realizem a formação continuada, valendo-se dos conhecimentos dos marcos legais, a fim de evitar executar atividades que não sejam de sua competência. Já as competências correspondem à capacidade de desenvolver uma função, de responder a algo/alguma coisa, sem necessariamente ser exclusiva de uma determinada especialidade.

Estranhar, desconhecer e confundir esses elementos, como observado na fala de alguns e algumas assistentes sociais dos CAPS do Piauí entrevistados, compromete diretamente o seu trabalho. A especificidade da profissão em lidar com as múltiplas facetas da questão social é enfraquecida, e até mesmo perdida, tendenciando a se findar como meras ações burocráticas e pragmáticas, pois “as atribuições privativas são as funções que essa profissão desempenha no escopo da divisão social e técnica do trabalho” (GUERRA *et al.*, 2016, p. 05). Isso aponta para o aumento das dificuldades no serviço, ocasionadas pela ignorância de funções, levando inclusive a responder a demandas equivocadas e executar funções que não são suas. Esses aspectos precisam ser problematizados pelas(os) assistentes sociais participantes do estudo.

Desse modo, para Guerra *et al.* (2016), no contexto do processo de trabalho das(os) assistentes sociais, a falta de clareza sobre essas atribuições pode gerar tensões entre a instituição e a categoria, quando elas não têm a mesma compreensão sobre as atribuições da profissão, podendo culminar na realização de atividades equivocadas por parte da categoria. E quando a própria categoria não consegue identificar o que é sua atribuição, isso acaba por diminuir sua força e afirmar seu real fazer profissional, podendo desempenhar funções de terceiros como se fossem suas, sem ser. Ou melhor, o “social” do Serviço Social muitas vezes não é compreendido, sendo destinado a essas(es) profissionais tudo aquilo que as outras categorias não se identificam. Sobre esse aspecto de subalternidade, Vasconcelos afirma que:

Esta forma de organização individual e coletiva do Serviço Social na saúde e a postura dos profissionais de se colocarem passivos, dependentes, submissos e subalternos ao movimento das unidades de saúde - às rotinas institucionais, às solicitações das direções de unidade, dos demais profissionais e dos serviços de saúde, aceitando ainda, como únicas, as demandas explícitas dos usuários - resultam numa recepção passiva das demandas explícitas dirigidas ao Serviço Social, o que determina a qualidade, quantidade, caráter, tipo e direção do trabalho realizado pelos assistentes sociais (VASCONCELOS, 2006, p. 5).

Por conseguinte, o roteiro do estudo ainda abordou sobre as principais dificuldades presentes nos processos de trabalho das(os) assistentes sociais. Sobre isso, foram encontradas nos questionários as seguintes, conforme demonstrado no Quadro 12:

Quadro 12 – Dificuldades no processo de trabalho das(os) assistentes sociais

Capital	Interior
<p>“A acessibilidade; dificuldade de oportunidades para geração de renda; ausência de grupos de convivência; grande rotatividade do nosso público; usuários com vínculos familiares fragilizados ou interrompidos; desmotivação dos usuários para realização do tratamento. Falta de investimento em saúde mental; rotatividade de gestores; pouco recursos humanos.”</p>	<p>“A infraestrutura disponibilizada inadequada; baixa remuneração e falta de plano de cargos e carreiras; relações conflituosas e desgastantes com alguns profissionais (principalmente médicos); a supervalorização de algumas categorias e a desvalorização de outras. A interferência em alguns procedimentos por parte da gestão torna-se também um grande desafio no cotidiano.”</p>
<p>“Vínculos familiares rompidos e/ou fragilizados.”</p>	<p>“A estrutura física da instituição e a segurança dos profissionais.” (Planície Litorânea)</p>
<p>“Aumento das demandas resultantes do agravamento das expressões da questão social.”</p>	<p>“Resistência ao tratamento; falta de educação permanente e alta rotatividade nos serviços por vínculos empregatícios frágeis.” (Chapada Vale do Rio Itaim)</p>
<p>“Falta de estrutura física, incluindo a acessibilidade.”</p>	<p>“Demandas equivocadas e ausência da família no processo de responsabilização do cuidado com o usuário.” (Vale do Canindé).</p>
<p>“Adoecimento da equipe e falta de gestão.”</p>	<p>“Falta de condições de trabalho, necessidade de melhoria na segurança, excesso de demanda complexa sem o suporte da família, pacientes excluídos e estigmatizados.”</p>
<p>“Dificuldade em incluir usuários em vagas de cursos profissionalizantes ou no mercado de trabalho (existe muito preconceito em relação ao dependente químico). Dificuldade em garantir o acesso do usuário ao tratamento (falta de vale-transporte).”</p>	<p>“Falta de infraestrutura e de reconhecimento, por parte da gestão, da importância do trabalho do assistente social.” (Cocais).</p>
<p>“Suporte da rede de apoio frágil, número de profissionais da equipe multidisciplinar insuficiente, ausência de EPIs para assistentes sociais no início da pandemia de COVID-19.”</p>	<p>“Carro para visitas, coordenação técnica que tenha conhecimento sobre a política de saúde mental, trabalho em equipe.”</p>
<p>“Alta demanda, complexificação da questão social, rede socioassistencial desarticulada no atual contexto, falta de medicamentos psicotrópicos na farmácia do CAPS, que piora o quadro dos usuários.”</p>	<p>“Precarização do trabalho, falta de infraestrutura, falta de recursos materiais e humanos.”</p>
<p>“O trabalho interdisciplinar, efetivar o PTS, uma integração maior entre a atenção básica e a saúde mental para o desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental.”</p>	<p>“Recursos para compra de medicamentos e matérias para oficinas.” (Vale do Sambito)</p>
	<p>“Desconhecimento da função do assistente social.”</p>
	<p>“Dificuldade financeira e dificuldade de acesso a alguns locais com paciente graves.” (Chapada das Mangabeiras).</p>
	<p>“Dificuldade de articulação com a rede e de transporte pra realizar visita domiciliar.” (Entre Rios).</p>

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas estruturadas (2022).

Percebe-se que, na capital, as dificuldades mais recorrentes são o suporte da rede fragilizado, a dificuldade de se trabalhar na perspectiva interdisciplinar e intersetorial, o adoecimento de profissionais, a falta de recursos humanos e medicamentos nos serviços. Já no interior, as que mais são apontadas são a falta de recursos físicos, materiais e humanos para a realização do trabalho, falta de transporte e dificuldade de acesso aos serviços e a dificuldade de articulação e presença de pontos da rede do território.

Assim, em articulação com as respostas dos questionários, as principais dificuldades elencadas nos CAPS do Piauí são: as demandas equivocadas impostas às(aos) profissionais, a multiplicidade de demandas, a falta de recursos materiais (estrutura física do serviço precária, falta de transporte para o CAPS, falta de computadores, entre outros) e humanos nos dispositivos (poucos profissionais para muitas demandas), falta do cofinanciamento estadual e municipal para a saúde mental, a precarização do trabalho, os baixos salários, burocratização do acesso, a fragilidade das redes intra e intersetorial, como podem ser visualizadas nos trechos abaixo:

“Burocratização de acesso, principalmente a atendimento de paciente a avaliação médico especialista psiquiátrica” (ASSISTENTE SOCIAL 1).

“Tem essa questão do salário que tudo isso implica nessa precarização do trabalho” (ASSISTENTE SOCIAL 2).

“Tem muitas dificuldades, tem uma que é assim, eu acho mais que prejudica o nosso trabalho é a questão do transporte, nós não temos um transporte que ele seja destinado para cá, para o serviço do CAPS” (ASSISTENTE SOCIAL 3).

“[...] Às vezes colocam para o Serviço Social algo que, às vezes, a gente não tem, como por exemplo a demanda financeira, querendo que a gente resolva aquela demanda financeira, daquele indivíduo. Sim, mas o Serviço Social não tem caixa” (ASSISTENTE SOCIAL 4).

“[...] no dia a dia, eu vejo assim, a multiplicidade de demandas, né [...]. Conflitos familiares, né, pessoas que já estão com seus vínculos familiares bastante fragilizados” (ASSISTENTE SOCIAL 4).

“De modo geral, né, é as pessoas às vezes não entender de fato a nossa verdadeira função” (ASSISTENTE SOCIAL 5).

“Nós não temos o computador quando a gente vai fazer algum parecer, quando eu não levo meu note, né, e as meninas também, a gente utiliza da administração” (ASSISTENTE SOCIAL 6).

“A falta de investimento, interesse mesmo do poder público em todas as esferas Municipal, Estadual e Federal” (ASSISTENTE SOCIAL 8).

“Poucos profissionais, né, uma grande demanda. [...] a questão dos transportes” (ASSISTENTE SOCIAL 10).

Diante das falas, pode-se observar um modelo de CAPS que Lancetti (2016) chama de Burocrático, dispendo de serviços repetitivos e cronificados, que tendem a desenvolver ações tecnicistas e burocráticas, que buscam adaptar os pacientes às especialidades, o que pode levar à produção de minimanicômios. Ao contrário disso, o autor afirma que se deve pensar um CAPS turbinado, com atendimento de portas abertas, pensando o território, articulando com a atenção básica, trabalhando o paciente em sua vivência, sua família, sua comunidade. Assim, “a ação combinada, a socialização do conhecimento e a distribuição de saberes têm a potência necessária para arrancar os CAPS de sua reclusão tecnocrática e de sua tristeza burocrática” (LANCETTI, 2016, p. 50).

Ainda vale destacar sobre as dificuldades, que apesar dos depoimentos, em alguns momentos, apontarem a existência do trabalho em conjunto com outros saberes, o Serviço Social nos CAPS, em especial no interior, possui uma tendência à sobrecarga, à execução de atendimentos imediatistas, às vezes por falta de recursos humanos nos dispositivos para muitas demandas, com demandas equivocadas e imposição de competências que não são suas. Somado a isso estão os baixos salários e a falta de meios materiais adequados a realização do trabalho, que afeta diretamente na qualidade do atendimento aos usuários. Ademais, como já discutido, os incrementos destinados aos CAPS estão há mais de 10 anos sem reajustes. Aumenta-se a demanda, mas os recursos não seguem no mesmo passo, o que leva a uma prestação de serviços defasada.

As entrevistas ainda abarcaram a realização do trabalho das(os) assistentes sociais no CAPS ser ou não realizado na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Nessa temática, todas(os) as(os) depoentes afirmaram executar seu processo de trabalho à luz dos princípios da reforma e em razão do seu fortalecimento, como é exemplificado em alguns dos trechos oralizados:

“[...] nós buscamos a efetivação de fato desse rompimento da prática manicomial, principalmente com relação da garantia desses usuários em sofrimento mental e suas famílias em terem o direito ao tratamento no seu território, na comunidade, em contato com a família e fazer de fato, fazer valer e fortalecer a RAPS” (ASSISTENTE SOCIAL 1).

“No meu caso, eu desenvolvo o meu trabalho na perspectiva da reforma psiquiátrica, porque o CAPS, ele já é um serviço substituto aos manicômios, ao usuário ficar trancafiado, ficar internado, fica muito tempo em hospitais psiquiátricos. Então, no serviço do CAPS, ele veio para dar a esse usuário a possibilidade de tá fazendo tratamento entre a família, ele não tá isolado, ele tá fazendo aquele tratamento em meio livre, ele fica na sociedade, ele não é trancafiado” (ASSISTENTE SOCIAL 3).

“Sim, até porque é o modelo que foi justamente para tentar mudar essa questão dos direitos do usuário e a gente trabalha muito isso aí. Tipo a gente tem pacientes que ainda estava vivendo em cárcere, né. Então a gente vai lá, justifica, fala do trabalho e tem conseguido surtir o efeito desejado” (ASSISTENTE SOCIAL 7).

“Às vezes trabalhando com a família, monitorando, acompanhando é possível resolver, é possível inseri-los no programa terapêutico de tratamento e superar essa situação de dependência. É isso que a reforma psiquiátrica trabalha, né. Para que nem todos os casos sejam de internação. É isso que a gente vem trabalhando com a família, trabalhando para que ele mude essa concepção, ele venha ressignificar o conceito dele de que o seu familiar, embora esteja numa situação crítica de dependência, mas a melhor alternativa não é internação compulsória” (ASSISTENTE SOCIAL X)³⁵.

Diante dos trechos, é possível identificar as seguintes noções sobre a RP: a(o) assistente social 1 assimila como defesa da reforma psiquiátrica o rompimento com a prática manicomial, a defesa da garantia de direitos aos usuários com sofrimento mental e suas famílias, e o direito ao convívio familiar, comunitário e social; a(o) assistente social 3 apreende o CAPS como um dispositivo resultado da reforma, por ser “um serviço substituto aos manicômios”, defende o direito à liberdade, à família, ao meio social; a(o) assistente social 7 entende a reforma como a defesa dos direitos dos usuários por meio do trabalho, do diálogo, da informação; e a(o) assistente social X compreende a reforma pela inserção em programas terapêuticos, no fortalecimento dos vínculos familiares, na superação da situação de dependência para a não internação compulsória.

Percebe-se que a compreensão sobre a RP dessas(es) participantes da pesquisa está em consonância, ao defender a cidadania, a territorialidade, o cuidado em comunidade e a família. Prezar pela liberdade e o incentivo da autonomia são questões expostas pelos depoentes. Contudo, resumir a atenção à pessoa com transtorno mental aos CAPS é reducionista e perigoso. Os usuários desses dispositivos precisam de fato habitar os meios das cidades. O que se percebe é o discurso do atendimento centrado no CAPS. Quais medidas são tomadas para que esses usuários circulem em outros serviços, ocupem outros espaços, tomem suas próprias decisões? Pouco foi falado sobre isso. A saúde mental no Piauí avançou, mas muito ainda precisa ser feito.

A pessoa com transtorno mental deve ser compreendida como sujeito capaz de tecer suas escolhas e viver seu livre-arbítrio. O profissional do Serviço Social que atua nos dispositivos da saúde mental, para além do seu Projeto Ético-Político, que está em consonância

³⁵ Esse trecho não foi numerado como os demais para que o anonimato seja mantido, já que entre as(os) depoentes existe apenas uma(um) que trabalha em CAPS AD.

com os ideais democráticos de liberdade: igualdade e cidadania, devem estar em congruência com os princípios da RP e serem sempre fortalecidos e defendidos como projeto emancipatório.

Sobre o momento atual e histórico da pandemia de COVID-19, ao serem questionados se esse fato impactou de alguma forma o seu processo de trabalho, como nos questionários, todas(os) as(os) participantes expressaram que sim, a pandemia transformou a forma de viver e trabalhar. A seguir alguns dos relatos verbalizados:

“Sim, impactou bastante. Porque a gente vê essa questão hoje do trabalho online, né. A SESAPI até nos orientou de fazer as atividades em grupo, mas aí como é que vai fazer as atividades em grupo? É através de via plataforma online. Como é que eu vou fazer se a maioria dos usuários não tem acesso à internet? Não tem acesso ao celular, não tem nenhuma fonte de rede, não tem internet, às vezes não tem nem moradia. Então isso foi uma dificuldade que a gente nem conseguiu executar. E aí tava só as oficinas, atividades em grupos, atividades coletivas, as assembleias tudo estava proibido. Então a gente estava só naquele trabalho ambulatorial e de orientação” (ASSISTENTE SOCIAL 2).

“Ela impactou nossa vida em modo geral, o medo de adoecer [...] o medo de tá perto do outro [...] nós tivemos que lidar com a crise, né, na pandemia. Os grupos diminuíram, a gente suspender os grupos, as visitas continuou (sic), nós não paramos de fazer visita. Então, isso o medo, eu acho que o medo tava nas nossas vidas, no nosso dia a dia, né. [...] depois da vacinação as coisas, eu acho assim, que nós se sentindo (sic) muito mais seguros, [...] o temor causou ansiedade, e outra coisa, o CAPS não parou. Mas muitas pessoas adoeceram, eu observei que pessoas que só tinham transtornos leves, essas pessoas adoeceram. Às vezes “ah, eu já tinha um pouco de ansiedade”, piorou. Então eu vi muitas jovens adoecerem de ansiedade, aumenta ansiedade, porque perder o emprego, porque o medo de adoecer também. Então, assim, a população adoeceu mais mentalmente, o CAPS ficou lotado dessas pessoas com ansiedade, [...] os ambulatorios fecharam, então, isso dificultou. Essa demanda do ambulatorio, ela foi para o CAPS [...] a nossa população ela ficou fragilizada, né, ficou mais adoecida. O que é economicamente também, né, essa perda e aí repercutiu também no social, no econômico das famílias [...]” (ASSISTENTE SOCIAL 4).

“[...] não tinha grupos, não tinha o mínimo de aglomeração possível, de reuniões possíveis, as visitas domiciliares ficaram restritas do trabalho mesmo [...] a pandemia levou ao desleixo mesmo com serviço, a gente primeiro muito acomodado de não ter, né, que trabalhar com aquele público diariamente, depois [...] a questão do lanche né, alimentação dentro do CAPS [...] não tinha mais comida para o CAPS não [...] tinha paciente que chegava lá e estava com fome, não é certo a paciente ir só para se alimentar, mas e quando ele pedir e a gente não tinha nada” (ASSISTENTE SOCIAL 8).

“Bem no início da pandemia, eu por alguns problemas de saúde, tive que tá afastada. E nós conseguimos organizar o atendimento de forma que tivesse esse cuidado tanto com profissional quanto para o paciente, né. Então, voltei meus atendimentos normais. E assim, a dificuldade é de muitas mudanças, muitas mudanças por conta de tudo ter que ser resolvido de forma mais

remota, usando internet, usando o telefone e no serviço não ter” (ASSISTENTE SOCIAL 10).

Diante das verbalizações, a(o) assistente social 2 aponta que a pandemia trouxe dificuldades no trabalho, principalmente sobre o meio remoto, já que as atividades coletivas eram para ser desenvolvidas em plataformas *on-line* e muitos dos usuários dos serviços não possuíam acesso. Afirmou ainda sobre o caráter ambulatorial que o CAPS passou a ter nesse momento. Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua – PNAD (IBGE, 2019), sobre “Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal”, o estudo aponta que os domicílios que tinham microcomputadores correspondiam a 40,6%, e tablet 11,3%, sendo o meio mais utilizado o telefone móvel celular, com 94%. Já a internet era utilizada em 82,7% dos domicílios brasileiros, tendo prevalência nas áreas urbanas e grandes do País, utilizada predominantemente por celulares e banda larga móvel. Desse percentual, a parcela que não tinha acesso à internet, as justificativas mais recorrentes eram pela falta de interesse, pelo serviço ser caro e por não saber utilizar essa tecnologia. Os dados do IBGE corroboram com os achados da pesquisa, à medida que apontam a prevalência do uso de TIC em grandes regiões do País e apontam que os principais motivos para a sua não utilização seria o alto custo e por não saber utilizar essas ferramentas.

A(O) assistente social 4 aborda como mudança o medo de adoecer, o medo do outro, a suspensão de atividades que gerassem aglomerações, o aumento da demanda pelo maior índice, ocasionalmente, de adoecimento mental da população, o impacto socioeconômico na vida dos usuários e familiares dos CAPS (pessoas em sua maioria em situação de pobreza, fato que foi agravado pela pandemia). A(O) assistente social 8 também aborda a suspensão de atividades que pudessem gerar aglomerações, visitas domiciliares restritas, acomodação e desleixo com o serviço, a suspensão da alimentação no CAPS, fato que dificulta a dinâmica do serviço, por atender uma população vulnerável, já que o novo “Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 no Brasil” aborda que a fome no País já atinge cerca de 33,1 milhões de pessoas, sendo as regiões mais afetadas o Norte e Nordeste, intensificando as desigualdades sociais e regionais. Já a(o) assistente social 10 fala sobre o afastamento do serviço, por conta de problemas de saúde, também versa sobre a dificuldade da utilização do meio remoto, por falta de instrumentos no próprio serviço.

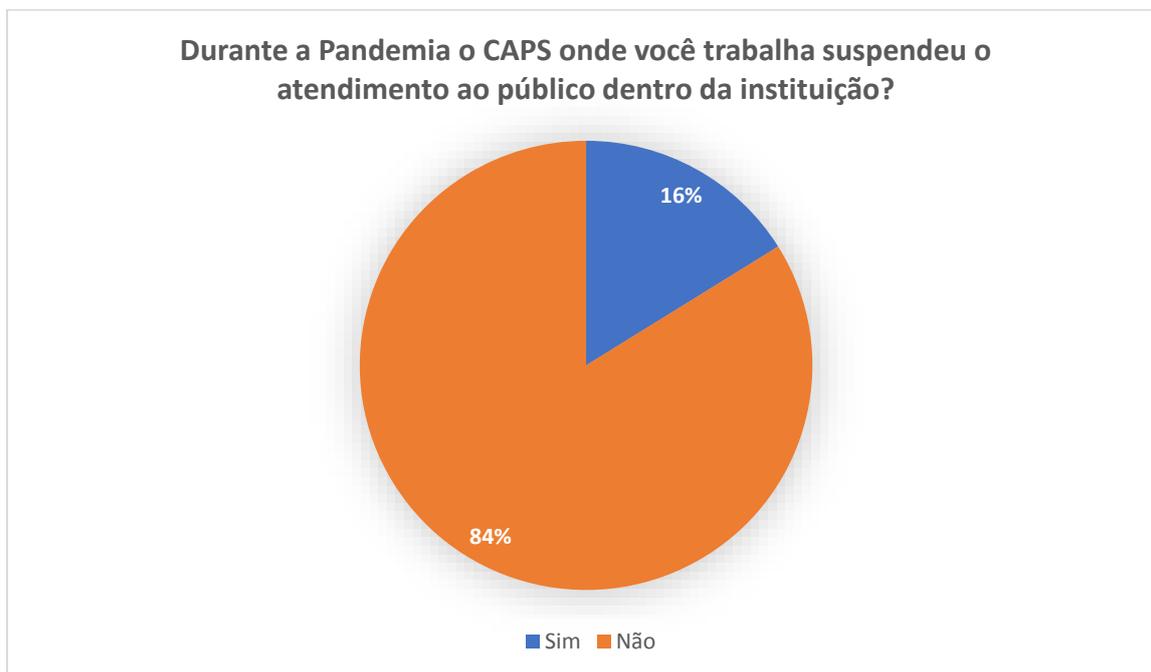
Isso posto, vale mencionar o resumo científico da Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgado em 2 de março de 2022, sobre o primeiro ano de pandemia. Registra-se que ocorreu um aumento de 25% da prevalência em nível global de transtornos de ansiedade e depressão. Segundo o Canal Saúde, da FIOCRUZ, em pesquisa *on-line* realizada pelo

Ministério da Saúde, de 23 de abril a 15 de maio de 2020, com uma amostra de 17.491 indivíduos, sobre a evolução dos transtornos dos participantes foi verificado “elevada proporção de ansiedade (86,5%); uma moderada presença de transtorno de estresse pós-traumático (45,5%); e uma baixa proporção de depressão (16%) em sua forma mais grave” (FIOCRUZ, 2020, [n. p.]).

Nesse sentido, Barros *et al.* (2020), utilizando os dados da pesquisa “ConVid – Pesquisa de Comportamentos”, de 24 de abril a 24 maio de 2020, abordam que aproximadamente 40% dos brasileiros respondentes relataram se sentir tristes ou deprimidos muitas vezes durante aquele período, e cerca de 50% disseram sentir-se nervosos ou ansiosos com frequência. Além desses, são diversos estudos que revelam o agravamento de questões relacionadas à saúde mental, em decorrência do cenário pandêmico.

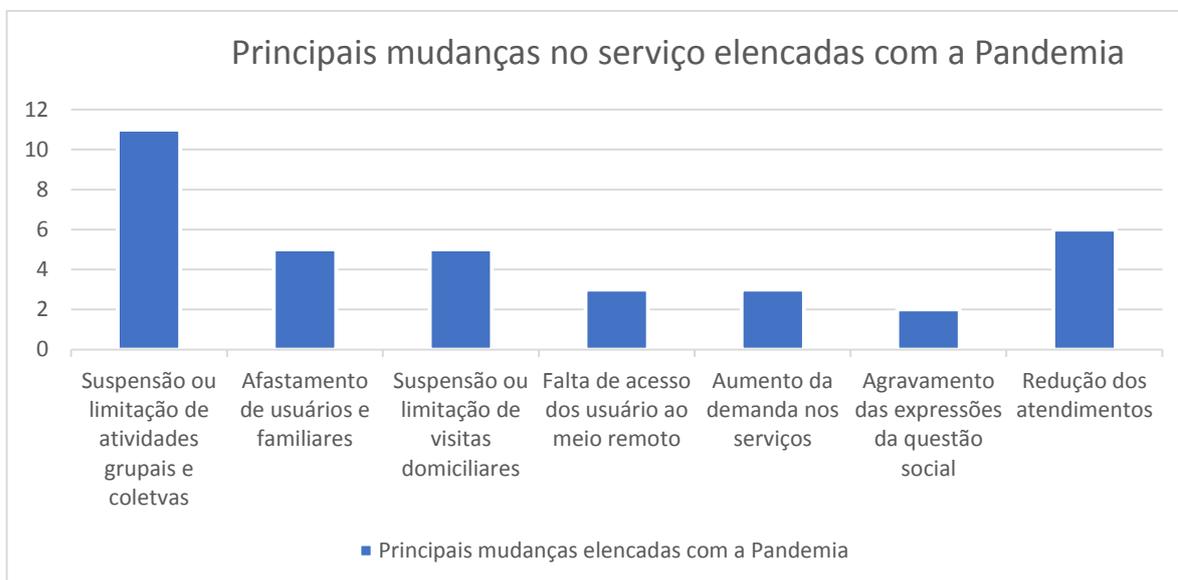
Ainda sobre os achados da pesquisa, de acordo com os questionários aplicados, 84% das(os) assistentes sociais relataram que os CAPS em que trabalham não fecharam durante a pandemia. 94% das(os) profissionais afirmaram que a pandemia impactou seu processo de trabalho, sendo as principais mudanças a suspensão das atividades em grupo e que gerassem aglomeração. No início da pandemia, em alguns CAPS, as visitas domiciliar e institucional foram suspensas ou reduzidas, o contato com os usuários e familiares ficou mais distante, houve aumento das demandas do CAPS, houve distanciamento dos usuários intensivos dos serviços do CAPS, muitos atendimentos passaram a acontecer de forma remota, por telefone e *WhatsApp*, dentre outras mudanças que fragilizaram os serviços, como pode ser visualizado a seguir:

Gráfico 23 – Suspensão do atendimento ao público no CAPS durante a pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

Gráfico 24 – Mudanças ocorridas no trabalho dos CAPS durante a pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base nos questionários da pesquisa (2022).

A pandemia da COVID-19 afetou diretamente os processos de trabalho das(os) assistentes sociais de CAPS no Piauí. Atividades que geravam aglomeração tiveram que ser repensadas e reorganizadas. Junto a isso, tem-se o papel de articulador presente constantemente nos relatos das(os) entrevistadas(os), o que Fernandes *et al.* (2016), ao abordarem sobre o Serviço Social na saúde, apontam ser este campo uma grande área de intersecção de outras

políticas sociais, pois “as ações promovidas pela intersecção de teorias e práticas de núcleos distintos do conhecimento operados conjuntamente em vários níveis pode ser muito profícua para a inclusão social da população usuária” (FERNANDES *et al.*, 2016, p. 67).

Concomitante a isso, a pesquisa “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19”, realizada pela Fiocruz, aponta que a pandemia alterou a vida profissional de 95% dessas(es) trabalhadoras(es). 50% admitiram excesso de trabalho, com carga horária superior a 40 horas semanais; 43,2% das(os) respondentes ainda relatam que não se sentem protegidos; e 23% abordaram como principal motivo a falta, escassez e a inadequação do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), tendo até mesmo que improvisar equipamentos. Já 18% disseram ter medo de se contaminar no trabalho; 15% responderam que os locais de trabalho não tinham estrutura adequada para a realização da atividade, o que corrobora com a fala das(os) assistentes sociais piauienses, elencando que essa situação de precarização do trabalho foi a nível nacional.

Assim, a pandemia intensificou o uso e aprimoramento das tecnologias. Nunca antes, na história, foram utilizados tanto os termos digitalização, informatização, *home office* e *delivery*. Mas e quando a inclusão digital não chega para todos? Como utilizar meios remotos que necessitam minimamente de aparelhos telefônicos, *smartphones*, internet etc., com pessoas que não têm acesso a esses meios? Como visto anteriormente, a maioria dos usuários atendidos pelos CAPS fazem parte da população na e/ou abaixo da linha da pobreza, não possuindo acesso a meios remotos para o atendimento. Há um desmonte de direitos travestidos de evolução e avanço tecnológico, que nada mais é do que um mecanismo do sistema capitalista que aumentam as desigualdades sociais, culturais, econômicas.

Trata-se de mais de um fardo que se impôs subitamente, sem qualquer planejamento prévio, a ser suportado pelas mulheres, principalmente no que concerne à falta de delimitação de jornada e de compensação do trabalho excedente. Sem contar com o deslocamento do trabalho para outro espaço não preparado para suportá-lo em termos de remuneração. Ademais, como há sobreposição de jornadas, trabalho produtivo e reprodutivo, não há mais a separação casa-trabalho, havendo a sobreposição das duas esferas com exigências bastante distintas e, por vezes, inconciliáveis, além de serem cobradas de forma simultânea. Isso sem contar com o fato de que mesmo o *home office* contribuindo para a precarização do trabalho das mulheres, ele não está disponível para todas, sendo claramente possível apenas para mulheres de classes sociais que têm o aparato tecnológico mínimo pressuposto para sua realização. Além disso, o trabalho doméstico e outros que não se realizam sem a presença do trabalhador, por sua própria natureza, não podem ser exercidos na modalidade *home office* (GUIMARÃES *et al.*, 2021, p. 125).

Com a tendência neoliberal, vê-se aprofundar as disparidades sociais e as expressões da questão social, que ganham novas roupagens na ciclicidade da sociedade capitalista, além de intensificar o desemprego, o subemprego, a precarização do trabalho (marcada pela fragilidade de vínculos empregatícios e desmonte de direitos trabalhistas), a pobreza, a violência etc. O mundo globalizado e digital não acabou com o trabalho vivo do ser humano, mas criou novas formas de individualizar e invisibilizar a força de trabalho, no que Antunes (2020) nomeia como uberização: “Um processo no qual as relações de trabalho são crescentemente individualizadas e invisibilizadas, assumindo, assim, a aparência de ‘prestação de serviços’ e obliterando as relações de assalariamento e de exploração do trabalho” (ANTUNES, 2020, p. 11).

Portanto, percebem-se diferenças e similaridades entre os processos de trabalho dessas(es) profissionais na capital e no interior, principalmente no que corresponde à renda, à qualificação profissional e à estrutura física e material dos serviços. O interior tem relatado maiores dificuldades e acirramento do processo de terceirização e precarização do trabalho, com baixos salários e vínculos empregatícios fragilizados. Essa discussão também faz refletir sobre a população do campo (o que pode ser abordado em um estudo futuro), pois na realidade piauiense abordada, as(os) profissionais não fizeram menção a essa parcela da população, o que leva a questionar a cobertura dos serviços de saúde/saúde mental.

Observa-se que os processos de trabalho das(os) assistentes sociais que trabalham em CAPS no Piauí são perpassados pelas expressões da questão social, que se apresentam em forma de demandas. No contexto da formação profissional, a dimensão técnico-operativa parece ser superestimada, em detrimento das outras, já que foram recorrentes os relatos sobre a carência de fundamentos necessários para atuar na saúde mental, o que pode levar a uma visão equivocada da profissão.

Portanto, mediante o exposto, a compreensão sobre competências e atribuições privatistas nem sempre são claras, de acordo com as entrevistas estruturadas, o que se configura como uma dificuldade no processo de trabalho, pela ignorância de suas funções de fato. O produto do trabalho, segundo os dados, também é visto de forma parcial, não foram todas(os) as(os) participantes do estudo que constataram esse elemento. Ademais, foi declarado pelas(os) sujeitos trabalharem para o fortalecimento da RP, em defesa do CAPS, da autonomia do usuário, do direito à cidadania desse usuário, dentre outras. A pandemia também impactou as formas de trabalho, em que se teve que repensar o meio de atendimento, de forma reduzida e remota, o que não diminuiu a cobertura do serviço. Esse momento sanitário também elevou as demandas decorrentes de sofrimento/transtorno mental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar como se configuram os processos de trabalho das e dos assistentes sociais na política de saúde mental no estado do Piauí, com destaque para a atuação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no período de 2018 a 2022. Para tanto, foi desenvolvida a caracterização do perfil profissional e as condições de trabalho das e dos assistentes sociais inseridas(os) nos CAPS nos doze (12) territórios de desenvolvimento no estado do Piauí; também foram identificadas as principais demandas, instrumentos e respostas às expressões da questão social dadas pelas e pelos assistentes sociais inseridas(os) nos CAPS no Piauí. Assim, foi possível compreender as principais competências e atribuições demandadas e utilizadas pelas e pelos assistentes sociais no seu trabalho nos CAPS do Piauí, à luz dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do CEFSS; como também foram verificadas as mais recorrentes aproximações, divergências e particularidades dos processos de trabalho das(os) assistentes sociais nos diferentes municípios do Piauí. Dessa forma, durante o estudo foi possível responder aos objetivos propostos pela pesquisa.

As primeiras partes dessa dissertação, que correspondem aos capítulos “A Política de Saúde Mental no Brasil e no Piauí” e “Apreensões sobre os processos de trabalho das(os) assistentes sociais na Política de Saúde Mental”, apresentam a discussão teórica, sendo abordado o que existe na literatura acerca das categorias Saúde Mental, Serviço Social e Processo de Trabalho, que nortearam esse estudo.

No primeiro capítulo, foi possível abordar a trajetória histórica da saúde mental a nível nacional e estadual. Em um primeiro momento, foi discutido acerca das transformações da atenção psicossocial no Brasil, elencando desde meados do século XX, que prezava pela atenção baseada no modelo manicomial, de reclusão e suspensão de direitos à pessoa com transtorno mental. Também aponta as lutas e os movimentos sociais, principalmente a partir da década de 1970, em favor da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Movimentos esses que entendem a saúde como direito e dever do Estado, a fim de propiciar uma prestação de serviços de qualidade, indo na contramão do modelo asilar e manicomial defendido pela lógica privatista e mercadológica da saúde.

Nessa perspectiva, discute-se os ganhos resultantes das lutas e dos movimentos sociais, como a promulgação da Constituição Federal de 1988, a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001, a Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, dentre outros marcos legais. Com isso, primordialmente de 2002 a 2010, tem-se um avanço

significativo na ampliação de serviços substitutivos como os CAPS em suas várias modalidades e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos.

Contudo, sobretudo a partir de 2016, com as mudanças ocorridas no cenário do governo federal, que impulsionou mais ainda a tendência neoliberal à política de saúde mental, bem como as demais políticas públicas sociais, os direitos conquistados a duras penas pelos cidadãos brasileiros se viram ameaçados pelo desmonte liberal. Com isso, a lógica manicomial é travestida em forma de estímulo à centralidade, em modelos especializados, asilares e hospitalocêntricos, bem como pelo distanciamento social existente em parte considerável das Comunidades Terapêuticas, entidades muitas vezes não fiscalizadas e palco de violação de direitos, segundo relatórios do Ministério Público Federal. Dessa forma, observa-se um movimento antagônico, em que se ampliam as despesas com a saúde, mas que se fragilizam os serviços públicos de saúde.

Ainda nessa parte, são caracterizados os territórios de desenvolvimento do Piauí, e é traçada a história da atenção à saúde mental no estado. Como visto, a SEPLAN, para melhor desenvolver o gerenciamento, o planejamento, as ações e os serviços no estado do Piauí, de forma mais participativa e descentralizada, dividiu-o em 4 macrorregiões: Litoral, Meio Norte, Semiárido e Cerrados; em 12 territórios de desenvolvimento: Planície Litorânea, Cocais, Carnaubais, Entre Rios, Vale do Sambito, Vale do Rio Itaim, Vale do Rio Guaribas, Vale do Canindé, Serra da Capivara, Vale dos Rio Piauí e Itaueira, Tabuleiros do Alto Parnaíba e Chapada das Mangabeiras; e em 28 aglomerados, por meio da Lei Complementar nº 87/2007, modificada pela Lei nº 6.967/2017.

Não diferente do cenário nacional, o contexto histórico da atenção psicossocial no Piauí também teve em seu início o atendimento à pessoa com transtorno mental aliado ao modelo manicomial, com o Asilo de Alienados Areolino de Abreu, a partir de 1907 (em 1941 passa a se chamar Hospital Areolino de Abreu - público), e o Sanatório Meduna (privado), de 1954 a 2010. Ainda vale destacar que em 2001 é habilitado o primeiro dispositivo CAPS ad do estado do Piauí e, também, o primeiro CAPSi. O *boom* dos CAPS no estado se deu principalmente a partir de 2005, sobretudo em Teresina, muitas das vezes por pressão do Ministério Público para que se desse a ampliação de serviços substitutivos, como discorre Rosa (2008).

De acordo com a SESAPI, a RAPS no território piauiense é composta da seguinte maneira: 1.071 UBS; 67 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS em suas várias modalidades; 6 Serviços Residenciais Terapêuticos; 1 Serviço de Acolhimento Adulto; 1 Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu - HAA; 31 Leitos de Atenção Psicossocial em Hospital geral;

10 Unidades integradas de saúde com ambulatório de psiquiatria em Teresina; 85 bases do SAMU; além de usuários cadastrados no Programa de Volta pra Casa (PVC).

Apesar dos avanços, muito ainda se tem a fazer, pois os retrocessos também atingiram a realidade piauiense; exemplo disso foi a extinção da equipe de Consultório na Rua e de NASFs. A RAPS disposta no Piauí ainda possui pontos de fragilidades. Os serviços de atenção psiquiátricos, como no restante do País, são atravessados pelo processo de terceirização e precarização do trabalho e, conseqüentemente, dos serviços, o que foi agravado pela pandemia de COVID-19. A assistência psiquiátrica especializada ainda é centralizada e tem como referência Teresina, sendo a descentralização e a desinstitucionalização uma meta a ser atingida. Além disso, ainda nos deparamos com o aumento de CTs, que muitas vezes não são supervisionadas e fiscalizadas pelos órgãos competentes. Isso aponta para a necessidade de se ampliar os dispositivos da RAPS no interior, no intuito de descentralizar, democratizar e ampliar as ações e serviços, para promover e garantir o acesso universal à saúde a todas(os) as(os) piauienses.

O segundo capítulo teórico fala sobre as origens do Serviço Social no Brasil e sua relação com a política de saúde mental. Elenca as mudanças que a profissão passou ao longo dos anos, em razão das transformações sociais de cada época. Também discute sobre o trabalho com base em Marx (2017) e em autores marxistas, como Antunes (2006), Iamamoto (2015) e Lukács (2011), discutindo sobre os componentes do processo de trabalho dessa categoria. Compreende trabalho, segundo Marx (2017), como ação racional do homem transformando a natureza para a manutenção de sua própria sobrevivência. Dessa forma, para Iamamoto (2015), o processo de trabalho não corresponde ao simples ato de dispêndio da força de trabalho, ele é composto por: matéria-prima, instrumentos e meios, força de trabalho e produto. É pelo conjunto desses elementos direcionados a um fim que se constituem os processos de trabalho.

Sobre o Serviço Social, é uma profissão permeada pelas relações de gênero, raça e classe social. Ainda, a postura profissional pode caracterizar-se equivocadamente pelo comportamento messiânico e/ou fatalista, como visto na literatura. O traço histórico de ser uma profissão relacionada ao cuidado e ser composta, em sua maioria, por mulheres, é um dado presente neste estudo.

Por conseguinte, é indispensável versar acerca do Projeto Ético-Político da profissão, que direciona o processo de trabalho da(do) assistente social, já que o Serviço Social está contido no trabalho coletivo e especializado. Mais que um exercício técnico, é uma profissão comprometida com valores e saberes em uma dimensão política e social sobre a realidade em que se pertence na sociedade classista, racista e misógina capitalista.

Logo, tem-se o Serviço Social inserido na divisão social e técnica do trabalho, uma profissão coletiva e de formação generalista que tem como objeto de trabalho a questão social e suas várias expressões, modificada pelo conjunto dos meios, instrumentos materiais e o conhecimento (base teórico-metodológica) com a força de trabalho resultando no produto, o trato com as políticas públicas e privadas a fim de auxiliar na manutenção da sobrevivência da classe trabalhadora. Nessa direção, a(o) assistente social deve atentar-se para as dimensões que fundamentam seu processo de trabalho: dimensão teórico-metodológica, dimensão técnico-operativa e dimensão ético-política.

No que diz respeito ao trabalho da(do) assistente social na política de saúde, segundo os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, essas(es) profissionais devem desenvolver seu trabalho a partir de quatro eixos de atuação: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010b, p. 41). Ainda de acordo com esses parâmetros, ao abordar a atenção psicossocial, o documento discorre que “[...] nas equipes de saúde mental, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político” (CFESS, 2010b, p. 41). Isso aponta que, em seu exercício profissional, as(os) assistentes sociais devem estar atentas(os) ao conjunto de normativas que fundamentam a profissão, os movimentos e reformas societárias que direcionam essa prática, bem como as dimensões que esse trabalhador utiliza para responder às demandas no cotidiano dos serviços em que estão inseridos.

Já o capítulo “Os processos de trabalho das(os) assistentes sociais que atuam em Caps no Estado do Piauí” expõe e analisa os dados empíricos que foram coletados no estudo de campo, por meio da aplicação de uma entrevista estruturada e de um questionário *on-line*. Essa parte faz a caracterização da política de saúde mental nos territórios de desenvolvimento do Piauí; faz o levantamento sobre o perfil profissional, com base nos questionários *on-line*; desenvolve a análise através da oralidade das(os) sujeitos, com base nas entrevistas estruturadas realizadas; bem como aponta as aproximações, divergências e particularidades entre os processos de trabalho de profissionais que atuam nos CAPS de Teresina e do interior do estado.

Ao abordar os processos de trabalho das(os) assistentes sociais na política de saúde mental, que trabalham nos dispositivos dos CAPS do estado do Piauí, à luz dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do CFESS, e compreendendo os principais fundamentos, competências e atribuições demandadas e utilizadas no seu trabalho, observou-se que uma parte considerável das(os) respondentes não possui clareza sobre as competências e, principalmente, as atribuições privatistas da profissão.

No que tange à formação, as falas elucidam carência acerca da temática no momento da graduação, tendenciando até mesmo a uma visão tecnicista da profissão, ao enfocarem apenas na dimensão técnico-operativa. Porém, convém destacar que o curso de Serviço Social tem uma característica generalista, o que o possibilita trabalhar com as várias políticas públicas e privadas.

Discutiu-se que o processo de trabalho é composto pelo objeto, instrumentos, força de trabalho e o produto. Todo trabalho resulta em um fim. Contudo, no que tange a esse elemento, por vezes não ficou claro, na oralidade, a concepção de produto do trabalho das(os) assistentes sociais, o que também corrobora com as respostas dadas aos questionários.

Sobre a capital e o interior, notou-se que o processo de formação continuada é mais presente entre as(os) profissionais da capital, pois a maioria de suas(seus) representantes respondentes possuem pelo menos pós-graduação a nível de especialização, sendo 2 com mestrado e 1 com doutorado. A disparidade salarial também é visível, de forma que a renda na capital é maior que no interior, mesmo não tendo grandes distinções em termos de carga horária de trabalho.

Percebe-se que a maioria dessas(es) profissionais estão no setor público. Os vínculos empregatícios também são outro ponto observado, uma vez que enquanto em Teresina todas(os) as(os) assistentes sociais inseridas(os) em CAPS são efetivas(os); no interior, apesar de ter casos em que as(os) assistente sociais são efetivas(os), ainda é marcado por contratos temporários, cargos comissionados e rotatividade de trabalhadoras(es) nos serviços. Dessa forma, observa-se que o processo de precarização do trabalho é ainda mais forte no interior do estado, visto que essas regiões possuem menos acesso a formação continuada e a salários dignos, apresentando vínculos frágeis.

A pandemia modificou os processos de trabalho dessas(es) profissionais, em que as demandas nos serviços aumentaram e as dificuldades também, o medo de ser exposto ao vírus era constante, usuários e familiares se afastaram dos serviços, sendo que o suporte para a utilização do meio remoto nem sempre era oferecido. Nesse quesito, vale salientar que a alternativa encontrada por muitos serviços, para execução dos serviços na pandemia, foi o trabalho digital, mas o digital não chegava a todos, pois vários usuários não possuíam aparelhos celulares e nem acesso à internet, o que inviabilizava seu atendimento.

O trabalho passa a ser cada vez mais permeado por algoritmos, plataformas digitais, inteligência virtual e outras formas de modernização que aumentam a exploração da força de trabalho e diminuem os direitos dos trabalhadores. Exemplo disso são os aparelhos celulares, que antes eram vistos apenas como dispositivos privados de cunho pessoal, e atualmente são

cada vez mais introduzidos no processo de trabalho. Hoje os *smartphones* são instrumentos quase ou até mesmo essenciais no desenvolvimento do processo de trabalho. Com essa ampliação do trabalho precarizado, tem-se o que Antunes (2018, p. 35) chama de escravidão, pois “estamos presenciando o advento e a expansão monumental do novo proletariado da era digital, cujos trabalhos, mais ou menos intermitentes, mais ou menos constantes, ganharam novo impulso com as TICs, que conectam, pelos celulares, as mais distintas modalidades de trabalho”.

Dessa forma, respondendo aos objetivos específicos, o perfil profissional encontrado corrobora com a literatura, ao revelar que a maioria das(os) assistentes sociais que atuam em CAPS do Piauí são mulheres jovens, egressas de universidades públicas, sobretudo da UFPI. Dessas, a maioria são pardas e pretas, e a renda em geral é considerada baixa, apontando não só um recorte de gênero, como de raça e classe. Com isso, a interseccionalidade está presente nos processos de trabalho das(os) assistentes sociais inseridas(os) na política de saúde mental piauiense.

Sobre as condições de trabalho da categoria foi possível constatar que nos processos de trabalho das(os) assistentes sociais que atuam nos CAPS do Piauí, nem sempre os elementos que compõem esse processo estão presentes. Foi observada a questão da relação de forças entre empregado e representação do empregador, o que reflete na relativa autonomia da profissão; a presença da precarização do trabalho, devido aos vínculos empregatícios em grande parte fragilizados, salários baixos, falta de recursos materiais e humanos, dentre outros fatores que dificultam a prática profissional.

No que tange ao segundo objetivo específico, as principais expressões da questão social apresentadas no estudo foram a pobreza, o estigma e o preconceito, desemprego, falta ou precária moradia e a falta de transporte. Com isso, as demandas mais relatadas foram de teor econômico, como de geração de renda, trabalho, qualificação profissional; orientação para familiares e usuários; viabilização de benefícios socioassistenciais e previdenciários, bem como a articulação com serviços intra e intersetoriais. Os instrumentos mais recorrentes foram a entrevista social, estudos sociais, relatórios sociais, acolhimento social, atendimento social, visitas domiciliares, visitas institucionais, observação, matriciamento, articulação com a rede, reuniões e prontuários.

Também merece destaque objetivo correspondente aos principais fundamentos, competências e atribuições demandadas e utilizadas pelas e pelos assistentes sociais no seu trabalho nos CAPS do Piauí, a luz dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do CEFSS, percebe-se a falta de clareza, por partes considerável das(os)

respondentes e depoentes, principalmente sobre as competências e atribuições profissionais, bem como uma visão parcial ou inexistente sobre o produto do seu trabalho. A não compreensão desses elementos propicia o agravamento das relações precárias no processo de trabalho, pois quando uma categoria não se reconhece, a dificuldade para ter e manter direitos é ampliada.

Já sobre as aproximações, divergências e particularidades dos processos de trabalho das/dos assistentes sociais nos diferentes municípios do Piauí, de acordo com os dados empíricos há algumas características a se destacar. Observa-se melhores condições de trabalho na capital quando comparado ao interior, sendo todas(os) assistentes sociais que trabalham em CAPS em Teresina possuem vínculos efetivos e com salários variando de 3 a 8 salários mínimos, o que nem sempre acontece nos demais municípios que varia de 1 a 4 salários mínimos, tendo vínculos efetivos, contratados e comissionados. Já em relação a carga horária ela não tem grande disparidade nas regiões, ficando uma média de 30 horas semanais. As(os) profissionais da capital têm mais cursos de capacitação, especializações, mestrados e doutorado. Quanto a formação continuada, destaque-se que essa disparidade em relação ao interior pode ser consequência dos cursos de pós-graduação estarem mais aglomerados em Teresina. Porém, em todos os territórios percebe-se que há uma certa falta de clareza da categoria sobre as competências e atribuições profissionais em todos os territórios de desenvolvimento.

Diante do exposto, este estudo constatou que os processos de trabalho em que estão inseridas(os) as(os) assistentes sociais que atuam em CAPS do Piauí são permeados pela tendência neoliberal, que precariza o trabalho e o atendimento de várias formas, como a falta de recursos humanos, físicos e materiais nos dispositivos, a contratação de servidores com vínculos frágeis e com baixos salários. Somando-se a isso, ainda tem a questão da aglutinação dos serviços na capital, abrindo grandes vãos nos demais territórios, comprometendo a funcionabilidade da rede e sobrecarregando Teresina. E apesar da formação generalista e dos marcos legais que orientam a profissão, nem sempre as(os) profissionais de Serviço Social têm pleno conhecimento sobre suas competências e atribuições e desenvolvem seu trabalho levando em consideração a dimensão teórico-metodologia, técnico-operativa, ético-política e investigativa, desenvolvendo, assim, ações pragmáticas e burocratiza.

REFERÊNCIAS

- ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes Para Um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2006. Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/anexo_diretrizes_em_saude_mental.pdf. Acesso em: 7 mar. 2022.
- ALMEIDA, R. de. Bolsonaro presidente: conservadorismo, evangelismo e a crise brasileira. **Novos Estudos**, São Paulo, 2019.
- ALVES, V. E. L. As bases históricas da formação territorial piauiense. **Geosul**, v. 18, n. 36, p. 55-76, 2003. Disponível em: < file:///C:/Users/Maria%20Moura/Downloads/13577-Texto%20do%20Artigo-41844-1-10-20100517%20(1).pdf >. Acesso em 20 de janeiro de 2022.
- AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.
- AMARANTE, P. D. C. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2009.
- AMARANTE, P. D. C. **Autobiografia de um movimento**: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976-2016). Rio de Janeiro, 2020.
- ANDRADE, M. A. R. A. O metodologismo e o desenvolvimentismo no Serviço Social brasileiro - 1947 a 1961. **Serviço Social & Realidade**, 2008.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2006.
- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, R. Trabalho intermitente e uberização do trabalho no limiar da Indústria 4.0. *In*: ANTUNES, R. **Uberização, trabalho digital e Indústria 4.0**. São Paulo: Boitempo, 2020, p. 11-22.
- ARAÚJO, L. J. C. **Serviço social e formação**: traços da história da interlocução com o campo da saúde mental. 2019. 208f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977. Disponível em:
<https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf>. Acesso em: 4 set. 2022.
- BARROS, M. B. A.; LIMA, M. G.; MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L.; AZEVEDO, R. C. S.; ROMERO, D.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; AZEVEDO, L. O.; MACHADO, I. E.;

DAMACENA, G. N.; GOMES, C. S.; WERNECK, A. O.; SILVA, D. R. P.; PINA, M. F.; GRACIE, R. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 29(4):e2020427, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n4/e2020427/pt/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BELARMINO, V. H.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J.; MACEDO, J. P.; DANTAS, C.; TORQUATO, J.; SILVA, E.; SILVA, M.; NETO, M. C. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais. In: DIMENSTEIN, M *et al.* (Org.). **Condições de Vida e Saúde Mental em Contextos Rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.

BERTOLLO, K. Planejamento em serviço social: tensões e desafios no exercício profissional. **Temporalis**, v. 16, n. 31, p. 333-356, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/11943>. Acesso em: 15 jun. 2022.

BISNETO, J. A. O Serviço Social na saúde mental. In: BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007, p. 17-63.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine. **Política social: fundamentos e história**. Biblioteca básica de Serviço Social. SP, v. 2, 2006.

BRASIL. **Código de Ética do/a assistente social, Lei 8.662/93**. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2024.559%2C%20DE%203%20DE%20JULHO%20DE%201934&text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20a%20profilaxia%20mental,psiqui%C3%A1tricos%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. **Decreto-lei nº 8.550, de 3 de janeiro de 1946**. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8550-3-janeiro-1946-416491-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior Cadastro**. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/>. Acesso em: 1º jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares elaboradas pela equipe de especialistas de 1999**. Disponível em:
https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311140412406970.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 60, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília, 2015. p. 44

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS)**. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf Acesso em: 1º jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **DATASUS**. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 13 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em:
https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em:
http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3588, de 21 de dezembro de 2017**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. *In*: BRAVO, M. I. S. (Org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018.

BUSS, P. M.; FILHO, Alberto. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Rio de Janeiro: **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CABRAL, S. B., DAROSCI, M. A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). **Anais do III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social**. Repositório Institucional da UFSC, 2019.

Disponível em:

https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/202550/Darosci_Cabral_A%20trajet%c3%b3ria%20das%20pol%c3%adicas%20de%20sa%c3%bade%20mental%20no%20Brasil.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 jun. 2022.

CARDOSO, F. M. C. **Regionalização da Política de Saúde Mental no Piauí**: desafios na atenção psicossocial. 2016. 174f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2016.

CERQUEIRA FILHO, G. A **“Questão Social” no Brasil**: crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982. (Coleção Retratos do Brasil; v.162).

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução nº 383, de 29 de março de 1999**. Dispõe sobre o assistente social como profissional da saúde. Brasília: CFESS, 1999.

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS nº 569, de 25 de março de 2010**. Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. Brasília: CFESS, 2010a.

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. “Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais”. Brasília: CFESS, 2010b.

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Conjunto CFESS-CRESS lança material especial para o maio da categoria**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1891>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998**. Dispõe sobre as 14 profissões de saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 10 mar. 2022.

_____. **RESOLUÇÃO nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 02 de junho. 2022.

_____. **RESOLUÇÃO nº 510 de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em 02 de junho. 2022.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA. **Competência**. Disponível em:
<https://dicionario.priberam.org/compet%C3%Aancia>. Acesso em: 13 jun. 2022.

FERNANDES, J. C. *et al.* Saúde Mental e Serviço Social: Entre o Campo e o Núcleo. *In*:
 ROSA, L. C. S. (Org). **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016,
 p. 45-72.

FERRO, L. F. *et al.* **Interdisciplinaridade e Intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: Potencialidades e desafios. 2014. 9p. Pesquisa Exploratória de cunho qualitativo (PET-Saúde) - UFPR, Curitiba-Paraná, 2014.

FIOCRUZ. Canal Saúde. **Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 27 jul. 2022.

FIOCRUZ. Canal Saúde. **Ministério da Saúde divulga resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental na pandemia**. Disponível em:
<https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/ministerio-da-saude-divulga-resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude-mental-na-pandemia01102020>. Acesso em: 20 jul. 2022.

FLICK, U. **Introdução a metodologia de pesquisa**. Tradução: Magda Lopes. Porto Alegre: Penso, 2013.

FRAGA, C. K. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. **Serviço Social e Sociedade**, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010.

FREIRE, Lúcia M. B. Os novos desafios no mundo do trabalho e a saúde do trabalhador. *In*:
 FREIRE, Lúcia M. B. **O Serviço Social na reestruturação produtiva**: espaços, programas e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2003. p. 31-54;

GAMA, J. R. de A. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1397-1417, 2012.

GARCIA, V. R.; GUILHERME, R. C. Serviço social e saúde mental – reflexões sobre competências e atribuições privativas de assistentes sociais. **Revista sociais & humanas**. v. 32, n. 2, 2019. Disponível em:
<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/36876/pdf>. Acesso em: 1º jun. 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOULART, D. C. S.; SOARES, A. C. N. **Famílias e dependência de drogas**: interfaces com as políticas públicas, 2014.

GUERRA, Y. Instrumentalidade no trabalho do assistente social. *In*: CFESS. **Capacitação em Serviço Social e política social**. CFESS, 2000. Disponível em: <http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/Yolanda%20Guerra%20instrumentalid.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2022.

GUERRA, Y. A. D. *et al.* Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate. **Anais do XV ENPESS**, 2016.

GUIMARÃES, S. S. M. L.; DAOU, S. Z. Divisão sexual trabalho, trabalho reprodutivo e as assimetrias de gênero na pandemia da Covid-19. **Revista Direito e Sexualidade**, v. 2, n. 1, 2021, p. 110-133. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revdirsex/article/view/42979/24774>. Acesso em: 13 jun. 2022.

GUIMARÃES, T. de A. A. **A participação social na política de álcool e outras drogas no contexto piauiense no período de 2005 a 2019**: relação de forças, consensos e tensionamentos. 2020. 309f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2020.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, ano 2, n3. Brasília: ABEPSS, 2001.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e o serviço social no Brasil**: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 36. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/panorama>. Acesso em: 30 jun. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores IBGE**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Primeiro Trimestre de 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2022_1tri.pdf. Acesso em: 8 jul. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil / Piauí**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/panorama>. Acesso em: 10 agosto de 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD) de 2019** - Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101794_informativo.pdf. Acesso em: 27 jul. 2022.

KELLER, S. B. A. **A ofensiva do conservadorismo**: serviço social em tempos de crise. Rio de Janeiro: Lumes Juris, 2019.

KYRILLOS, G. M. “Uma Análise Crítica sobre os Antecedentes da Interseccionalidade”. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, e56509, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/zbRMRDkHJtkTsRzPzWTH4Zj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1º jun. 2022.

LANCETTI, A. CAPS: burocracia e turbinação. In: LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

LIMA, M. J. G. **A prática do assistente social na área da saúde mental: uma análise centrada na cidadania dos usuários**. 2004. 239f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2004.

LIMA, R. de L. de. Formação profissional em Serviço Social e gênero: algumas considerações. **Serviço Social & Sociedade**, 2014, p. 45-68.

LIMA, S. G. S.; SANTOS, D. V. S. Rede, instituições e articulação: o desafio de levar a Saúde Mental para o território. In: PEREIRA, S. L. B.; ROSA, L. C. S.; SILVA, E. K. B.; MAIA, J. B. D. (Orgs.). **A Política de Saúde Mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017, p. 123-138.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social: o trabalho**. Tradução de Ivo Tonet. Maceió: 2011.

LUSTOSA, A. F. M. **Formação acadêmica do assistente social para atuar na saúde mental: tensionamentos entre a particularidade e a generalidade**. 2013. 188f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2013.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital**. Tradução Rubens Enderle. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa. In: MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. In: CHIAVERINI, D. H. (Org). Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

MIOTO, R. C. T.; SILVA, M. J. da; SILVA, S. M. M. M. da. A relevância da família no atual contexto das políticas públicas brasileiras: a política de assistência social e a política antidrogas. **Revista de Políticas Públicas**, n. 11, v. 2, p. 197-220, 2007.

MOURA, J. A. **A Implementação da Reforma Psiquiátrica em Teresina: desvelando atores e processos**. 2017. 138f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NOEREMBERG, Andréa Guimarães *et al.* Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2013, p. 361-369. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>>. Acesso em 10 de janeiro de 2022.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *et al.* Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: **Scientific brief.** 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1. Acesso em: 20 jul. 2022.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.** Disponível em: [https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20\(OMS\)](https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20(OMS).). Acesso em: 22 jul. 2022.

OXFAM BRASIL. **Fome avança no Brasil em 2022 e atinge 33,1 milhões de pessoas.** Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/noticias/fome-avanca-no-brasil-em-2022-e-atinge-331-milhoes-de-pessoas/>. Acesso em: 27 jul. 2022.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, p. 103-109, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Assim%2C%20considerou%2Dse%20que%20o,agentes%20de%20diferentes%20%C3%A1reas%20profissionais>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PEREIRA, P. A. P. Sobre a política de assistência social no Brasil. *In*: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. **Política Social e Democracia.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

PEREIRA, S. L. B. **O Processo de trabalho do assistente social na saúde mental: um estudo nos CAPSs do município de Teresina-Piauí.** 2015. 248f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2015.

PEREIRA, S. L. B.; GUIMARÃES, S. J. Intersetorialidade e Redes no âmbito do SUS: a rede de Atenção Psicossocial brasileira e piauiense em foco. *In*: PEREIRA, S. L. B. *et al.* (Orgs.). **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS.** Teresina: EDUFPI, 2017, p. 43-78.

PEREIRA, S. L. B. A Política de Saúde Mental Brasileira em Tempos Neoliberais: projetos em disputa. **Sociedade em Debate** (Pelotas), v. 26, n. 1, p. 72-87, jan./abr. 2020. Disponível em: <http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/2249> Acesso em: 20 jun. 2020

PEREIRA, S. L. B. **O Processo de trabalho do assistente social na saúde mental: um estudo nos CAPSs do município de Teresina-Piauí.** 2015. 248f. Dissertação (Mestrado em

Políticas Públicas) - Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2015.

PEREIRA, S. L. B.; ROSA, L. C. S. Docência em Serviço Social e formação profissional em Saúde Mental: caminhos, interfaces e experiências. In: _____. **Saúde mental e o trabalho do(a) Assistente Social**. Teresina: EDUFPI, 2022.

PIAUÍ. Histórico da Secretaria de Estado da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/historico>. Acesso em: 12 ago. 2021.

PIAUÍ. Investimentos. **Portal do Governo do Estado**. Disponível em: <https://www.pi.gov.br/investimentos/>. Acesso em: 20 ago. 2021.

PIAUÍ. **Lei Complementar nº 87, de 22 de agosto de 2007**. Estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências. Disponível em: <http://legislacao.pi.gov.br/legislacao/default/ato/13144>. Acesso em: 11 ago. 2021.

PIAUÍ. **Lei nº 6.967, de 3 de abril de 2017**. Altera a lei complementar de 22 de agosto de 2007, que estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do estado do Piauí e dá outras Providências Disponível em: http://www.seplan.pi.gov.br/download/201905/SEP03_8d4698d08e.pdf. Acesso em: 11 ago. 2021.

PIAUÍ. Portal da Saúde. **Secretário de Saúde participa da III Conferência Macrorregional de Saúde Mental do Meio Norte**. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2022-04-29/11335/secretario-de-saude-participa-da-iii-conferencia-macrorregional-de-saude-mental-do-meio-norte.html>. Acesso em: 13 jun. 2022.

PIAUÍ. **Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/rede-psiocossocial>. Acesso em: 13 mai. 2022.

PRUDENCIO, J. D. L.; SENNA, M. de C. M. Retrocessos na atenção a usuários de álcool e outras drogas/Setbacks in Care for users of alcohol and other drugs. **Argumentum**, v. 10, n. 3, p. 79-93, 2018.

RICHARDSON, J. R. Observação. In: RICHARDSON, J. R. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

ROSA, L. C. S. Perfil e desafios dos assistentes sociais que atuam na assistência psiquiátrica no Piauí. In: ROSA, L. C. S. (Org.) [et al.] **Saúde mental e assistência social: tecendo a rede de experiência no Piauí**. Teresina: Edufpi, 2008, p. 13-32.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 311-331, 2013.

ROSA, L. C. S. Panorama geral do Serviço Social na saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica / atenção psicossocial. In: ROSA, L. C. S. **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016, p. 17- 44.

- ROSA, L. C. S.; BELFORT, C. C. Respostas do SUS e do SUAS às demandas das populações rurais na perspectiva do cuidado psicossocial. In: DIMENSTEIN, M *et al* (Org.). **Condições de Vida e e Saúde Mental em Contextos Rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.
- ROSA, L. C. S.; GUIMARÃES, T. A. A. Política Estadual sobre drogas no Piauí. In: GUIMARÃES, T. A. A. *et al*. (Org.). **Redução de vulnerabilidades associadas ao consumo de spa: ferramentas para compreensão e ação**. Teresina: Edufpi, 2017. p.16-28.
- ROSA, L. C. S.; JOAZEIRO, E. M. G. Rede de Atenção Psicossocial no Piauí: embalos em tempos incertos. In: PEREIRA, S. L. B. et al. (Org.). **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017, p. 23-42.
- ROTHER, E. T. Revisão sistemática X Revisão narrativa. **Acta Paul Enferm**, 2007. Disponível em: file:///C:/Users/Maria%20Moura/Downloads/narrativa.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.
- SAFIOTTI, H. I. B. Papéis sociais atribuídos as diferentes categorias de sexo. In: SAFIOTTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.
- SANTOS, C. M.; NORONHA, K. O Estado da arte sobre os instrumentos e técnicas na intervenção profissional do assistente social: uma perspectiva crítica. In: FORTI, V.; GUERRA, Y. (Org). **Serviço Social: Temas, Textos e Contextos**. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris, 2011.
- SANTOS, L. dos R. S. O Estado brasileiro: entre o velho e o novo no contexto do capitalismo dependente. In: PEREIRA, P. A. P. **Ascensão da Nova Direita e colapso da soberania política**. São Paulo: Cortez, 2020.
- SANTOS, W. G. D. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. In Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira, 1987.
- SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. ([s.d.]). **Sem parar: O trabalho e a vida das mulheres na pandemia**. Disponível em: https://mulheresnapandemia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Pesquisa_SemParar.pdf. Acesso em: 12 set. 2022.
- SILVA; SILVA, M. O. **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. São Paulo: Cortez, 1995.
- SPOSATI, A. Território e gestão de políticas sociais. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 16, n. 1, 6 p. 5-18, jul./dez. 2013.
- TEIXEIRA, J. B.; REIS, M. B. M. dos. O projeto ético-político do Serviço Social. In: ABEPSS; CFESS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: ABEPSS; CFESS, 2009.
- TRINDADE, R. L. P. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**, v. 3, 2012.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.poderesocial.com.br/wp-content/uploads/2021/03/texto-Servi%C3%A7o-Social-e-Pr%C3%A1ticas-Democr%C3%A1ticas-na-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: https://www.academia.edu/16320788/A_Amostragem_em_Bola_de_Neve_na_pesquisa_qualitativa_um_debate_em_aberto. Acesso em: 10 abr. 2022.

WEBER, R. (org). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01. Brasília: **Desinstitute**, 2021. p. 84.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. p. 208. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa **denominada OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**: uma análise nos Centros de Atenção Psicossocial do estado do Piauí; com **CAAE: 53053321.1.0000.5214**. Esta pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos, discente no curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, e tem como objetivo analisar como se configuram os processos de trabalho das e dos assistentes sociais na política de saúde mental no estado do Piauí, com destaque para a atuação nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, no período de 2018 a 2022. Esta pesquisa tem por finalidade produzir conhecimento com a pretensão de analisar, apontar e caracterizar os desafios e possibilidades no trabalho das e dos assistentes sociais inseridos no campo da saúde mental piauiense nos dispositivos dos CAPS, propiciando informações que possam favorecer o processo de trabalho de profissionais do Serviço Social e, conseqüentemente, contribuir com a qualificação profissional, fornecendo subsídios teórico-metodológico que auxiliem no aperfeiçoamento teórico, operacional e ético-político no seu fazer profissional, como também, ao disponibilizar as contribuições do estudo, auxiliar os serviços de saúde, as instituições e a própria Rede de Atenção Psicossocial no Piauí e Brasil. Neste sentido, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse termo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante. Após seu consentimento, assine todas as páginas ao final desse documento, que está em duas vias, e que também será assinado pelo pesquisador em todas as páginas, ficando uma via com você, participante da pesquisa, e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com o pesquisador responsável pela pesquisa através do seguinte telefone: (89) 99466-8669 (Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos). Se mesmo assim as dúvidas ainda persistirem, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina-PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br; no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 8h às 12h e a tarde: 14h às 18h. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outra pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos, mais uma vez, que sua participação é voluntária. Caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e o(os) pesquisador(es) estará(ão) à sua disposição para qualquer esclarecimento.

A pesquisa tem como justificativa desenvolver um estudo atual sobre os processos de trabalho das e dos assistentes sociais que atuam na política de saúde mental no Piauí, com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial, visto a pouca produção existente sobre a temática, como também, as transformações na produção e reprodução da sociedade capitalista, frente ao cenário de pandemia do vírus SARS-COV-2 e o aumento das expressões da questão social, com destaque para o crescimento de demandas relacionadas a pessoas com sofrimento e transtorno mental. Para sua realização serão utilizados os seguintes procedimentos para a coleta de dados: a entrevista estruturada, que terá em média 30 a 60 minutos cada, sendo realizada por meio da plataforma *Google Meet*, com doze (12) assistentes sociais, um (1) de cada uma das regiões de desenvolvimento do estado do Piauí, sendo preferível os profissionais em questão que atuem em CAPS II e/ou CAPS I mais antigo; e pelo questionário *on-line* realizado no *Google Forms*, que leva cerca de 10 a 20 minutos para o preenchimento, no qual

pretende-se atingir pelo menos 60% dos sujeitos da pesquisa, por meio do envio por e-mail em *link* individual ou oculto.

Esclareço que esta pesquisa acarreta os seguintes riscos: as perguntas poderão provocar no(a) senhor(a) alguma emoção, podendo levar a alguma tristeza e até choro, porém, todo o cuidado será tomado para evitar sua exposição ou qualquer constrangimento, além do que, se você se sentir desconfortável, tem o direito de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. As formas adotadas para minimizar os riscos serão, em primeiro lugar, respeitar o desejo do participante a não gravação da entrevista ou autorização de gravar apenas áudio (ou áudio e imagem, como preferir o participante); respeitar o desejo do participante a não responder determinada(s) pergunta(s); buscar realizar as entrevistas de forma leve e com linguagem de fácil entendimento; garantir o sigilo das entrevistas, ficando sob responsabilidade do pesquisador proteger informações fornecidas pelos participantes, bem como realizar as entrevistas em salas privadas e diferentes para cada participante na plataforma *Google Meet*.

Como benefícios: ao participar dessa pesquisa o(a) senhor(a) estará contribuindo para que possamos conhecer melhor os processos de trabalho das(os) assistentes sociais que atuam na política de saúde mental, com destaque aos serviços do CAPS, no Piauí, colaborando para uma avaliação do trabalho profissional e dos serviços.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 1, de 2013, do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Esclareço ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo, você poderá ser indenizado, conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente de acordo com os que me foi exposto, Eu _____ declaro que aceito participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas. Para tanto, assino este consentimento em duas vias, rubrico todas as páginas e fico com a posse de uma delas.

Preencher quando necessário

- () Autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação, filmagem e/ou fotos;
- () Não autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação e/ou filmagem;
- () Autorizo apenas a captação de voz por meio da gravação.

Local: _____

Data: _____

Assinatura do Participante: _____

Documento oficial: _____

Assinatura Pesquisador Responsável / N° Identidade Profissional

APÊNDICE B - Termo de Confidencialidade

Título do projeto: OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: uma análise nos Centros de Atenção Psicossocial do estado do Piauí

Pesquisador responsável: Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos

Instituição/Departamento: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas

Telefone para contato: (89) 99466-8669

Local da coleta de dados: Dados sobre os CAPS da Gerência de Atenção à Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí; plataforma *Google Meet* para a realização das entrevistas com as (os) assistentes sociais; e plataforma *Google Forms* para a realização dos questionários.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados através de gravação e filmagem da Plataforma digital *Google Meet*, com assistentes sociais dos CAPS dos 12 territórios de desenvolvimento do Piauí. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em *Pen Drive* por um período de 5 anos sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, 3 de novembro de 2021

Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos

Pesquisador Responsável

APÊNDICE C - Declarações do(s) Pesquisador(es)

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CMPP

Universidade Federal do Piauí

Eu, **Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos** (CPF: 020.827.673-45), pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada **“OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESTADO DO PIAUÍ”**, declaro que:

- Assumo o compromisso de cumprir os Termos das Resoluções Nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012 e Nº 510/2016, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).
- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos da área do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI; que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, 03 de novembro de 2021

Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos

Pesquisador responsável

Sérgio Laurentino Barbosa Pereira

Demais pesquisadores (Orientadora)

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista estruturada com as(os) assistentes sociais que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial do Piauí

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS- CCHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS - PPGPP

- 1) Quais são as expressões da questão social que aparecem no seu trabalho enquanto assistente social de CAPS?
- 2) Quais as principais demandas que você se depara no seu cotidiano profissional?
- 3) Quais são as principais atividades que você realiza no seu trabalho no CAPS?
- 4) Quais meios e instrumentos você utiliza no CAPS para realizar seu trabalho?
- 5) Você realiza o planejamento do seu trabalho? Se sim, de que forma?
- 6) Você realiza atividades com a equipe multiprofissional do CAPS? Com quais profissionais? Que atividades multiprofissionais são desenvolvidas?
- 7) A sua graduação em Serviço Social abarcou conteúdos sobre a política de saúde mental que auxiliassem sua atuação profissional no CAPS? Fale um pouco sobre isso.
- 8) Você já realizou alguma capacitação, curso e/ou especialização para complementar sua formação para atuar na saúde mental? Qual? Houve incentivo da gestão para isso?
- 9) Qual o produto, o resultado do seu trabalho?
- 10) Que competências e atribuições são mais requisitadas na sua atuação enquanto assistente social inserida(o) no CAPS?
- 11) Você já recebeu alguma demanda que não é de sua competência no seu trabalho no CAPS? Se sim, qual e como respondeu?
- 12) Quais as dificuldades que você se depara no seu ambiente de trabalho?
- 13) Você desenvolve o seu trabalho no CAPS na perspectiva da Reforma Psiquiátrica? Justifique.
- 14) A pandemia impactou de alguma forma o seu processo de trabalho no CAPS? De que forma?

APÊNDICE E – Questionário do perfil das(os) assistentes sociais que atuam nos
Centros de Atenção Psicossocial do Piauí

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS- CCHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS – PPGPP

EIXO 1 – PERFIL PROFISSIONAL

1) Qual sua idade?

- 20 a 25 anos.
 26 a 30 anos.
 31 a 35 anos.
 36 a 40 anos.
 41 a 45 anos.
 46 a 50 anos.
 51 a 55 anos.
 56 a 60 anos.
 61 anos ou mais.

2) Qual sua identidade de Gênero?

- Mulher Homem Mulher Trans Homem Trans
 Travesti Intergênero Não-binário Outro: _____

3) Qual sua orientação afetivo-sexual?

- Heterossexual Bissexual Lésbica Gay Pansexual
 Assexual Outro: _____

4) Qual a sua Cor/Etnia?

- Preta Branca Indígena Parda Amarela

5) Possui deficiência?

- Não Sim, deficiência Física Sim, deficiência Mental Sim, deficiência Intelectual ou sensorial
 Sim, deficiência Psicossocial Sim, múltipla

6) Qual o seu Estado Civil?

- Solteira/o Casada/o Divorciada/o Viúva/o Outro: _____

7) Você tem filhos? Se sim, quantos?

- Não 1 2 3 4 5 6 Outro: _____

8) Qual a sua religião?

- Católico Pentecostal Espírita Religião de matriz africana
 Religião de matriz asiática Ateísta Outra: _____

9) Qual o nome do município do CAPS em que você trabalha no Piauí?

_____.

10) Você reside no mesmo município que o CAPS onde você trabalha?

Sim.

Não.

11) Qual tipo de CAPS trabalha?

CAPS tipo I.

CAPS tipo II.

CAPS tipo III.

CAPS ad II.

CAPS ad III.

CAPS i (infantojuvenil).

12) O CAPS que você trabalha possui mais de 1 (um) assistente social? Se sim, assinale o total de assistentes sociais que trabalham no CAPS (incluindo você).

Não.

Sim, 2 assistentes sociais.

Sim, 3 assistentes sociais.

Sim, 4 assistentes sociais.

Sim, 5 assistentes sociais.

Sim, 6 assistentes sociais.

Outro _____

13) Qual seu tempo de serviço em CAPS (em anos)?

1 a 2 anos.

3 a 5 anos.

6 a 10 anos.

11 a 15 anos.

16 anos ou mais.

EIXO 2 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL

14) Qual seu tempo de formada enquanto assistente social?

1 a 2 anos.

3 a 5 anos.

6 a 10 anos.

11 a 15 anos.

16 a 20 anos.

21 anos ou mais.

15) Qual o seu grau de formação profissional?

Apenas graduação em Serviço Social.

Pós-graduação a nível de especialização.

Pós-graduação a nível de mestrado.

Pós-graduação a nível de doutorado.

Outro: _____

16) Qual o tipo de instituição de ensino você fez sua graduação?

- Pública Privada – com bolsa PROUNI ou FIES Privada sem bolsa

17) Qual modalidade você fez sua graduação?

- Presencial Semipresencial À distancia – EAD

18) Você avalia que a sua formação profissional no Serviço Social possibilitou os fundamentos necessários para atuação no campo da saúde mental?

- Sim, totalmente.
 Sim, parcialmente.
 Não.

EIXO 3 – CONDIÇÕES DE TRABALHO**19) Qual o tipo de vínculo empregatício?**

- Efetivo/Concursado (CLT) Efetivo/Concursado (Estatutário)
 Contrato Temporário Cargo Comissionado
 Não possui vínculo empregatício formal
 Outro: _____

20) Possui mais de um vínculo empregatício?

- Não.
 Sim, outro vínculo na política pública de saúde.
 Sim, outro vínculo na política pública de assistência social.
 Sim, outro vínculo na política pública de educação.
 Sim, outro vínculo como docente.
 Sim, outro vínculo em ONG.
 Sim, outro vínculo em empresa privada.
 Outro: _____

21) Qual a sua carga horária no CAPS?

- 10 horas semanais.
 20 horas semanais.
 30 horas semanais.
 40 horas semanais.
 50 horas semanais.
 60 horas semanais.

22) Quantos dias na semana você trabalha no CAPS?

- 1 dias 2 dias 3 dias 4 dias 5 dias ()

Outro: _____

23) Qual sua remuneração mensal do seu vínculo empregatício com o CAPS?

- De 1 a 2 salários mínimos.
 De 3 a 4 salários mínimos.
 De 5 a 6 salários mínimos.
 De 7 a 8 salários mínimos.
 Outro: _____

EIXO 4 – PROCESSO DE TRABALHO NO CAPS

24) Quais as expressões da questão social que estão mais presentes no seu trabalho no CAPS? (pode assinalar mais de uma).

- Pobreza;
- Desemprego e Precarização do trabalho;
- Vínculos familiares fragilizados / rompidos;
- Analfabetismo ou Baixa escolaridade ;
- Estigma e preconceito;
- Moradia precária ou ausência de moradia;
- Violência (contra criança, adolescente, idoso ou mulher).
- Outros: _____

25) O CAPS onde você trabalha possui e executa Projeto Terapêutico Institucional (PTI)?

- Não.
- Sim, Possui e executa o PTI.
- Sim. Possui, mas não executa.
- Não sei.

26) Assinale as ações socioassistenciais que você desenvolve no seu trabalho no CAPS: (pode assinalar mais de uma)

- Atendimento e orientações individuais e coletivas sobre benefícios e direitos sociais;
- Articulação, mapeamento e encaminhamentos para a rede de serviços;
- Construção de perfil socioeconômico de usuários e familiares;
- Visitas domiciliares;
- Estudos socioeconômicos;
- Realização de laudos, pareceres e relatórios;
- Outros _____

27) Assinale as ações socioeducativas que você desenvolve no seu trabalho no CAPS: (pode assinalar mais de uma).

- Atividades em grupos nos CAPS com os usuários e suas famílias;
- Construção de materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelo CAPS e aos direitos sociais em geral;
- Ações coletivas de orientação, para democratizar as rotinas e o funcionamento do CAPS;
- Palestras, debates e oficinas em outras instituições e na comunidade para democratizar informações sobre a rede de atendimento e os direitos sociais;
- Atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- Salas de espera, para socialização de informações;
- Matriciamento;
- Outros: _____

28) Assinale as ações de mobilização, participação e controle social que você desenvolve no seu trabalho no CAPS: (pode assinalar mais de uma).

- Participação em Conselho Saúde;
- Participação em Conselho de Políticas Públicas e/ou Conselhos de Direitos (criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência, drogas, assistência social, etc.);

- Participação em associações de usuários e/ou movimentos sociais de saúde mental;
- Mobilização usuários e familiares dos CAPS para participação em conselhos, conferências, associações e movimentos sociais;
- Realização de assembleias nos CAPS;
- Identificação e articulação com as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno do CAPS;
- Outros _____

29) Assinale as ações de investigação, planejamento e gestão que você desenvolve no seu trabalho no CAPS: (pode assinalar mais de uma).

- Elaboração de planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social;
- Contribuir com a elaboração do planejamento das atividades do CAPS;
- Elaboração de perfil e demandas da população usuária;
- Realização de estudos sociais;
- Registro e sistematização do processo de trabalho;
- Avaliação do exercício profissional e das atividades da instituição;
- Outros _____

30) Assinale as ações de assessoria, qualificação e formação profissional que você desenvolve no seu trabalho no CAPS: (pode assinalar mais de uma).

- Supervisão de estagiários de Serviço Social;
- Participação em cursos, congressos, eventos etc;
- Apresentação de artigos sobre o seu exercício profissional em eventos;
- Assessorar entidades e movimentos sociais de saúde;
- Realização de leituras para atualização profissional;
- Outros _____

31) Assinale que você realiza COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL no seu trabalho no CAPS: (pode assinalar mais de uma).

- Visitas domiciliares;
- Reuniões de equipe;
- Grupos com usuários;
- Grupos com familiares;
- Visitas institucionais;
- Produção de documentos (relatórios, etc.);
- Planejamento de atividades;
- Triagem;
- Acolhimento;
- Matriciamento;
- Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Outros: _____

32) Assinale com quais profissionais você mais desenvolve atividades conjuntas no CAPS (pode assinalar mais de um).

- Enfermeiro;
- Psicólogo;
- Terapeuta Ocupacional;
- Pedagogo;
- Educador Físico;
- Nutricionista;

- Psiquiatra;
- Outro: _____

33) Sobre a infraestrutura para realização do seu trabalho, assinale os itens que possui no CAPS: (pode assinalar mais de um).

- Sala de atendimento individual que possibilite sigilo profissional;
- Sala ou espaço adequado para realizar atividades em grupo;
- Sala ou espaço adequado para realizar reuniões de equipe;
- Carro disponível para realizar visitas domiciliares ou institucionais;
- Local adequado para guardar os documentos produzidos, assegurando o sigilo;
- Acesso a internet e telefone institucional para realização de atividades de trabalho;
- Computadores e impressoras para produção de documentos e outras atividades necessárias;
- Outro: _____

34) Você consegue visualizar o produto do seu trabalho?

- Sim, totalmente.
- Sim, parcialmente.
- Não.
- Não sei.

35) Durante a Pandemia o CAPS onde você trabalha suspendeu o atendimento ao público dentro da instituição?

- Sim.
- Não.

36) A pandemia impactou o seu processo de trabalho no CAPS?

- Sim.
- Não.

37) Caso tenha respondido sim na questão anterior, explique o que mudou no seu processo de trabalho com a pandemia.

38) Você já sofreu acidente de trabalho ou adoeceu por conta das condições de trabalho?

- Sim.
- Não.

39) Você se sente confortável e segura (o) no seu ambiente de trabalho?

- Sim, totalmente.
- Sim, parcialmente.
- Não.

40) Descreva em poucas palavras as principais dificuldades do seu trabalho no CAPS.

ANEXOS

ANEXO A - Autorização da SESAPI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
 SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E MUNICÍPIOS
 DIRETORIA DE UNIDADE DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE - DUVAS
 GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL - GASM



Teresina-PI, 25 de outubro de 2021.

OFÍCIO GASM Nº 127/2021

Prof.ª Dr.ª Sofia Laurentino Barbosa Pereira
 Orientadora do Projeto de Pesquisa do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas.
 Universidade Federal do Piauí
 Teresina Piauí

Prezada Professora,

Cumprimentamos V. Excelência e no ensejo, vimos por meio deste, informar que foi concedida a autorização para a realização do projeto de pesquisa intitulado "OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESTADO DO PIAUÍ", de autoria da mestrandia MARIA DE FÁTIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS, do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Sofia Laurentino Barbosa Pereira. Na ocasião solicitamos que após a conclusão do projeto de pesquisa a orientada e a orientadora deverão encaminhar/apresentar os resultados encontrados no projeto de pesquisa para Gerência de Atenção à Saúde Mental, com a finalidade de subsidiar a gestão da Saúde Mental do Estado.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos
 Email: gerenciasaudementalpi@gmail.com/. Fone (86) 3216-3562

Atenciosamente,


 Elaine Pinheiro da Silva
 Gerente de Atenção à Saúde Mental


 Cristiane Ferraz Damasceno Moura Fé
 Diretora da DUVAS


 Herlon Clístenes Lima Guimarães
 Superintendente de Atenção Primária à Saúde e Municípios

ANEXO B - Anuência CEP/UFPI

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESTADO DO PIAUÍ

Pesquisador: MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53053321.1.0000.5214

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.133.817

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo Informações básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1847469.pdf 03/11/2021) e do Projeto Detalhado (PROJETODEPESQUISA.pdf 03/11/2021).

Desenho:

O estudo se propõem a analisar como se configuram os processos de trabalho das e dos assistentes sociais na política de saúde mental no estado do Piauí, com destaque a atuação nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, no período de 2018 a 2022. Será desenvolvida o estudo de caso e a pesquisa documental que pretende analisar documentos como Planos Plurianual 2020/2023, orçamento estadual destinado aos CAPS de 2018 a 2022, composição da RAPS no Piauí atualizada, quadro de profissionais assistentes sociais que trabalham em CAPS. Os sujeitos da pesquisa são as (os) assistentes sociais que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial do estado do Piauí e para pesquisa empírica se utilizará da entrevista e questionário como forma de coleta de dados, a serem realizadas somente após autorização dos CEP e será utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE com os participantes. Assim, busca-se dar visibilidade a esses processos de trabalho, bem como analisa- los a respeito de suas características, já que é

Endereço:	Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI		
Bairro:	Ininga	CEP:	64.049-550
UF:	PI	Município:	TERESINA
Telefone:	(86)3237-2332	Fax:	(86)3237-2332
		E-mail:	cep.ufpi@ufpi.edu.br

uma profissão que em seus marcos legais e orientações traz um projeto societário em favor da liberdade, democracia e cidadania que é congruente aos ideais da Reforma Psiquiátrica. Destaca-se ainda a importância da realização de estudos sobre a política de saúde mental, tendo em vista o aumento da demanda de serviços de atenção psicossocial desencadeada pela pandemia do vírus SARS-COV-2 que, apesar de não ser o foco desta pesquisa, mas perpassa o percurso investigado e teve impactos nos processos de trabalhos. Assim, a significância desse estudo concentra-se em produzir conhecimento com a pretensão de analisar, apontar e caracterizar os desafios e possibilidades no trabalho das e dos assistentes sociais inseridos no cenário da saúde mental piauiense nos dispositivos do CAPS, propiciando informações que possam favorecer o processo de trabalho de profissionais do Serviço Social, contribuir com a qualificação profissional, fornecendo subsídios teórico-metodológico que auxiliem no aperfeiçoamento teórico, operacional e ético-político no seu fazer profissional, como também, ao disponibilizar as contribuições do estudo para auxiliar os serviços de saúde, as instituições, e a própria Rede de Atenção Psicossocial no Piauí e no Brasil.

Resumo:

A pesquisa busca analisar como se configuram os processos de trabalho das e dos assistentes sociais na política de saúde mental no estado do Piauí, com destaque a atuação nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, no período de 2018 a 2022. Será desenvolvida o estudo de caso e a pesquisa documental que pretende analisar documentos como Planos Plurianual 2020/2023, orçamento estadual destinado aos CAPS de 2018 a 2022, composição da RAPS no Piauí atualizada, quadro de profissionais assistentes sociais que trabalham em CAPS. Os sujeitos da pesquisa são as (os) assistentes sociais que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial do estado do Piauí e para pesquisa empírica se utilizará da entrevista (com 12 profissionais) e questionário (com pelo menos 60% dos sujeitos) como forma de coleta de dados, a serem realizadas somente após autorização dos CEP e consentimento dos participantes pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE com os participantes. Os dados serão posteriormente analisados a partir da técnica de estatística simples de porcentagem. Como o estudo buscará diversas fontes de dados sobre as categorias que envolve esta pesquisa: processo de trabalho, Serviço Social e Saúde Mental; com a pré-análise a partir do que a literatura aborda sobre o tema, bem como a busca por dados e documentos primários que permitam a identificação e classificação de categorias de análise para o estudo, como também apreender sentidos e significados subjetivos por meio de aproximações como o objeto de estudo, será utilizada a triangulação dos dados.

Assim, busca-se dar visibilidade a esses processos de trabalho, bem como analisa-los a respeito de suas características, já que é uma profissão que em seus marcos legais e orientações traz um projeto

Endereço:	Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI		
Bairro:	Ininga	CEP:	64.049-550
UF:	PI	Município:	TERESINA
Telefone:	(86)3237-2332	Fax:	(86)3237-2332
		E-mail:	cep.ufpi@ufpi.edu.br

societário em favor da liberdade, democracia e cidadania que é congruente aos ideais da Reforma Psiquiátrica. Elencando as particularidades, congruências e divergências entre esses processos de trabalho no âmbito da capital e do interior do estado do Piauí. Destaca-se ainda a importância da realização de estudos sobre a política de saúde mental, tendo em vista o aumento da demanda de serviços de atenção psicossocial desencadeada pela pandemia do vírus SARS-COV-2 que, apesar de não ser o foco desta pesquisa, mas perpassa o percurso investigado e teve impactos nos processos de trabalhos. Assim, a significância desse estudo concentra-se em produzir conhecimento com a pretensão de analisar, apontar e caracterizar os desafios e possibilidades no trabalho das e dos assistentes sociais inseridos no cenário da saúde mental piauiense nos dispositivos do CAPS, propiciando informações que possam favorecer o processo de trabalho de profissionais do Serviço Social, contribuir com a qualificação profissional, fornecendo subsídios teórico-metodológico que auxiliem no aperfeiçoamento teórico, operacional e ético-político no seu fazer profissional, como também, ao disponibilizar as contribuições do estudo para auxiliar os serviços de saúde, as instituições, e a própria Rede de Atenção Psicossocial no Piauí e no Brasil.

Introdução:

O atual modelo de sociedade capitalista e as constantes transformações no mundo do trabalho despertou a motivação de investigar sobre os seus impactos no exercício profissional das e dos assistentes sociais, duplamente afetados pelos desafios cotidianos da classe trabalhadora, haja vista fazerem parte da “classeque-vive-do-trabalho”, assim como atuam nos seus diversos espaços sócio-ocupacionais com usuários que são, notadamente, impactados pelos efeitos da precarização do trabalho e do desfinanciamento das políticas e dos serviços sociais. Nesse contexto, entende-se que a/o assistente social, por ser um profissional de formação generalista que lida diretamente com a questão social e suas várias expressões que chegam em forma de demanda nos serviços, atua nas diversas políticas públicas e privadas e está inserido na divisão sociotécnica do trabalho, atuando na manutenção e reprodução da classe trabalhadora. No tocando a saúde mental, Vasconcelos (2002) defende que as primeiras escolas de Serviço Social também tiveram influência do Movimento de Higiene Mental, isto é, sofre interferências norte-americana dos trabalhos desenvolvidos por Richmond e Robinson nas décadas de 1910 e 1920, ainda dar destaque a escola do estado do Rio de Janeiro, com formação marcada pela influência

higienista aliada aos fundamentos da doutrina católica e do Serviço Social franco-belga. Verifica-se que a vinculação do Serviço Social com a saúde mental é histórica, no entanto, alguns autores afirmam que, após o Movimento de Reconceituação a temática da saúde mental passou a ser pouco estudada pela profissão. Sobre isso, Vasconcelos (2002), afirma que a categoria passa a ter um

Endereço:	Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI		
Bairro:	Ininga	CEP:	64.049-550
UF:	PI	Município:	TERESINA
Telefone:	(86)3237-2332	Fax:	(86)3237-2332
		E-mail:	cep.ufpi@ufpi.edu.br

“recalcamento” de se aproximar de temas como a subjetividade e saúde mental, pelo temor de retorno ao conservadorismo da profissão, assim, “o recalcamento da temática da subjetividade determinou reducionismos significativos na análise das implicações psíquicas dos processos de trabalho” (VASCONCELOS, 2002, p. 205). Nesse sentido, reiterase a necessidade de realização de mais estudos que tem como objeto a atuação profissional no campo da saúde mental. No cenário da Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados os “carros chefes” desse movimento, sendo serviços especializados de atendimento “porta aberta”, que primam pelo cuidado a pessoa com transtorno mental no território, pautado no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, onde atuam equipes multiprofissionais, o que justificou a escolha por esses serviços como lócus da investigação dessa dissertação. Assim, o estudo sobre esses serviços visa contribuir não apenas com a produção de conhecimentos na academia, mas com a sua avaliação, valorização e disseminação de informações a comunidade. Destaca-se que processo de trabalho das e dos assistentes sociais, em especial nos CAPS, precisam de mais estudos e análises sobre a sua prática, já que o “social” no contexto do trabalho coletivo e da atenção integral, segundo a Constituição Federal (CF/1988), passa a ser de responsabilidade de todos na equipe de saúde, ou melhor, “o agente profissional do Serviço Social é instado a pensar qual é o ‘social’ do assistente social e qual sua leitura particular para essa dimensão, no cerne do processo de trabalho coletivo que o profissional integra” (ROSA, 2016, p. 20). Todavia, observa-se que existem artigos, monografias, dissertações, teses e livros desenvolvidos pelo Serviço Social, e que falam até mesmo sobre o seu processo de trabalho, porém, no tocante a saúde mental, percebe-se que a profissão fala pouco sobre si, sobre o seu exercício profissional nos dispositivos de atenção psicossocial. No cenário atual da realidade brasileira e piauiense, no que tange aos assistentes sociais inseridos na atenção psicossocial, em especial os CAPS, segundo dados cadastrados no DATASUS, em julho de 2021, o Brasil possuía um quantitativo de 37.294 assistentes sociais inseridos na política de saúde, destes 581 atuam no estado do Piauí. Com isso, quando se limita a pesquisa aos CAPS, o quantitativo passa a representar 3.778 profissionais de Serviço Social no âmbito nacional e 92 a nível estadual, constituindo como grande empregadora a área da saúde o que remete a importância de se investigar os processos de trabalho. É importante compreender que a reforma psiquiátrica aconteceu de forma diversificada em cada país e região, e

no Piauí não foi diferente. Sobre isso, Rosa (2008) aponta que os serviços alternativos em substituição aos hospitais psiquiátricos por muitas vezes se deram por investidas do Ministério Público a gestores, principalmente da capital piauiense, resultando na criação de dois CAPS, um na zona norte e outro na zona leste de Teresina no ano de 2005, observando-se com isso uma particularidade do estado em questão no que tange a Reforma Psiquiátrica, fato que aponta a importância de se ter estudos atuais que analisem as particularidades da implementação da política de saúde mental no decorrer dos anos 20 anos da Lei no 10.216/2001. Diante do exposto, reflete-se a

Endereço:	Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI		
Bairro:	Ininga	CEP:	64.049-550
UF:	PI	Município:	TERESINA
Telefone:	(86)3237-2332	Fax:	(86)3237-2332
		E-mail:	cep.ufpi@ufpi.edu.br

vista do fazer profissional da/do assistente social na política de saúde mental no Piauí. Se esses processos de trabalho são direcionados e desenvolvidos na perspectiva da Reforma Psiquiátrica utilizando-se do Projeto Ético Político e das dimensões que fundamentam a profissão.

Hipótese:

Não se aplica.

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que se desenvolverá por meio do estudo de caso – os processos de trabalho das (os) assistentes sociais que trabalham em CAPS no Piauí, para tanto foi realizada uma revisão de literatura do tipo integrativa acerca da temática. Também pretende-se realizar o estudo documental de dados como documentos como seguintes documentos: Planos Plurianual 2020/2023, orçamento estadual destinado aos CAPS de 2018 a 2022, composição da RAPS no Piauí atualizada, quadro de profissionais assistentes sociais que trabalham em CAPS. Para a pesquisa empírica serão utilizados os seguintes procedimentos para a coleta de dados: a entrevista estruturada, realizada por meio da plataforma Google Meet, com doze (12) assistentes sociais, um (1) de cada uma das regiões de desenvolvimento do estado do Piauí, sendo preferível os profissionais em questão que atuem em CAPS II e/ou CAPS I mais antigo; e pelo questionário online realizado no Google Forms, na qual pretende-se atingir pelo menos 60% dos sujeitos da pesquisa, disponibilizado em site.

Critério de Inclusão:

a) aceitar participar da pesquisa; b) possuir idade igual ou superior a 18 anos; c) ser assistente social devidamente registrado no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS); d) possuir vínculo empregatício como assistente social no serviço do CAPS.

Critério de Exclusão:

Página 05 de

a) a recusa do sujeito em participar da pesquisa; b) possuir idade inferior a 18 anos; c) profissionais que não sejam assistentes sociais; d) não possuir vínculo empregatício como assistente social no serviço do CAPS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço:	Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI		
Bairro:	Ininga	CEP:	64.049-550
UF:	PI	Município:	TERESINA
Telefone:	(86)3237-2332	Fax:	(86)3237-2332
		E-mail:	cep.ufpi@ufpi.edu.br

Analisar como se configuram os processos de trabalho das e dos assistentes sociais na política de saúde mental no estado do Piauí, com destaque a atuação nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, no período de 2018 a 2022.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil profissional e as condições de trabalho das e dos assistentes sociais inseridos nos CAPS nos doze (12) territórios de desenvolvimento no estado do Piauí; Identificar as principais demandas, instrumentos e respostas às expressões da questão social dadas pelas e pelos assistentes sociais inseridos nos CAPS no Piauí; Compreender os principais fundamentos, competências e atribuições demandadas e utilizadas pelas e pelos assistentes sociais no seu trabalho nos CAPS do Piauí, a luz dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do CEFS; Verificar as aproximações, divergências e particularidades dos processos de trabalho das/dos assistentes sociais nos diferentes municípios do Piauí.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Ao participar da pesquisa, as perguntas utilizadas podem causar provocar no(a) participante alguma emoção, podendo levar a alguma tristeza e até choro, porém todo o cuidado será tomado para evitar sua exposição ou qualquer constrangimento, além do que, o participante que se sentir desconfortável, pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Benefícios:

o participar dessa pesquisa estará contribuindo para que possamos conhecer melhor os processos de trabalho das/dos assistentes sociais que atuam na política de saúde mental, com destaque aos serviços do CAPS, no Piauí, colaborando para uma avaliação do trabalho profissional e dos serviços.

Página 06 de

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exequível que tem como objetivo analisar como se configuram os processos de trabalho das e dos assistentes sociais na política de saúde mental no estado do Piauí, com destaque a atuação nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, no período de 2018 a 2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço:	Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI		
Bairro:	Ininga	CEP:	64.049-550
UF:	PI	Município:	TERESINA
Telefone:	(86)3237-2332	Fax:	(86)3237-2332
		E-mail:	cep.ufpi@ufpi.edu.br

Recomendações:

Solicita-se a inclusão da paginação no TCLE a partir do seguinte modelo: 1/3 - 2/3 - 3/3.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

1* Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/UFPI (<https://www.ufpi.br/orientacoes-cep>).

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Página 07 de

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1847469.pdf	03/11/2021 17:50:27		Aceito
Outros	CURRICULOSOFIGIALAURENTINO.pdf	03/11/2021 17:47:12	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

Outros	CURRICULOMARIAMOURA.pdf	03/11/2021 17:46:08	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	03/11/2021 17:44:49	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito
Outros	OficioGasm127.pdf	03/11/2021 17:44:25	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMETIMENTO.pdf	03/11/2021 17:39:28	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOEFINANCIAMENTODEPE SQUISA.pdf	03/11/2021 17:38:15	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedados_ques tionario.pdf	03/11/2021 17:37:24	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedados_roteirode entrevista.pdf	03/11/2021 17:37:07	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoderesponsabilidade.pdf	03/11/2021 17:35:57	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA.pdf	03/11/2021 17:34:31	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_de_Encaminhamento.pdf	03/11/2021 17:31:27	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.pdf	03/11/2021 17:30:54	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADEPESQUISAATUALIZ ADO.pdf	03/11/2021 17:30:04	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/11/2021 17:24:45	MARIA DE FATIMA DE MOURA PORTO	Aceito

Página 08 de

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/11/2021 17:24:45	DOS SANTOS	Aceito
----------------	------------------	------------------------	------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 29 de Novembro de 2021

Assinado por:**KATIA BONFIM LEITE DE MOURA SERVULO
(Coordenador(a))**

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br