



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ANA WALESKA PINTO DELFINO**

**SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: TECENDO ELEMENTOS PARA UM  
DEBATE**

**SÃO CRISTÓVÃO/SE**

**2023.1**

**ANA WALESKA PINTO DELFINO**

**SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: TECENDO ELEMENTOS PARA UM  
DEBATE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social na Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, sob orientação do Prof<sup>o</sup> Me. Rafael João Mendonça de Albuquerque.

**SÃO CRISTÓVÃO/SE**

**2023.1**

**ANA WALESKA PINTO DELFINO**

**SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: TECENDO ELEMENTOS PARA UM  
DEBATE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social na Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, sob orientação do Prof<sup>o</sup> Me. Rafael João Mendonça de Albuquerque.

Aprovada em 18 de outubro de 2023.

---

Prof<sup>o</sup> Me. Rafael João Mendonça de Albuquerque  
(Orientador)  
Universidade Federal de Sergipe

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tatiana Ferreira dos Santos  
(Avaliadora Interna)  
Universidade Federal de Sergipe

---

Me. Suellen Emilly dos Santos Rollemberg  
Mestre em Serviço Social  
(Avaliadora Externa)

**SÃO CRISTÓVÃO/SE**

**2023.1**

## AGRADECIMENTOS

Quero expressar minha sincera gratidão a todos que contribuíram para a realização deste trabalho e que andaram comigo por todo o percurso da graduação:

Agradeço, em primeiro lugar a Deus, por me permitir chegar até aqui e realizar mais um objetivo pessoal. Sua sabedoria e força foram a luz que iluminou e guiou o meu caminho, dando-me força nos momentos difíceis e desafiadores. Gratidão!

À minha família pelo amor incondicional, encorajamento e compreensão durante todas as etapas deste processo. Agradeço aos meus pais, Tadeu e Vitória, por todo apoio, suporte, por sempre me ouvirem, acreditarem em mim e incentivarem o meu futuro, além de fazerem sempre o possível para que eu voltasse para casa em segurança e por me proporcionar um lar seguro, calmo e aconchegante. Agradeço também a minha irmã, Mariana, por ser minha escudeira fiel, por sempre escutar minhas besteiras e rir delas comigo, por sempre cantar comigo e sempre me contar do seu dia. Vocês são minha base e inspiração, amo vocês.

Aos amigos André, Gislayne, Alice, Mariana e Samara, que o curso de Serviço Social e o estágio não-obrigatório me presenteou. Obrigada pela troca de experiências, risadas e suporte emocional nos momentos desafiadores. A amizade de vocês tornou esta jornada mais leve e significativa. Amo vocês.

Agradeço as minhas meninas, Daniele e Priscila, pela amizade, apoio emocional, risada e palavras de afeto durante essa jornada. Agradeço por estarem ao meu lado durante toda a trajetória do curso, pelas longas conversas e risadas (e rimos muito, né?!). Vocês desempenharam um papel importante na minha jornada acadêmica. O trio “Juntas e shallow now” mora no meu coração. Amo vocês.

Agradeço a todos os professores que contribuíram para a minha formação acadêmica.

Ao meu orientador, professor Rafael, por sua orientação excepcional, dedicação e paciência ao longo deste trabalho. Obrigada por desde o início abraçar a minha ideia, me direcionar e me apoiar, até nos momentos em que nem eu acreditava que seria possível concluir esse trabalho. Sem dúvidas as suas orientações foram fundamentais para a construção desse trabalho e suas palavras de encorajamento e discussões construtivas foram inestimáveis. Obrigada por tudo, Rafa!

Por último, e não menos importante, agradeço a mim. O percurso de todo o curso não foi fácil, por muitas das vezes tive que vencer a procrastinação, a ansiedade, o nervosismo e em meio a um turbilhão de sentimentos tive que me reencontrar (e ainda me encontro nesse

processo). Garanto que vencê-los não é tarefa fácil, não há uma formula rápida e fácil, essa batalha interna eu travo contra mim todo dia, mas sei que um processo difícil não diz sobre minha vida toda, mas apenas uma parte dela. Por isso, acolho minhas emoções e tento dar o melhor de mim todo dia. Obrigada, Waleska!

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral tecer elementos para um debate acerca do adoecimento mental no contexto brasileiro, a onda neoliberal e as implicações no exercício profissional do/a assistente social em uma conjuntura neoliberal. Para tanto, buscou-se apreender a dominação do capital sobre o trabalho, como sendo um dos fatores que ocasionam o adoecimento psíquico dos indivíduos. Fez-se necessário compreendermos a trajetória da atenção à saúde mental e como se dá a atuação profissional no campo da saúde mental. A metodologia utilizada ao longo deste trabalho assume uma natureza qualitativa, com caráter exploratório, debruçando-se no materialismo histórico-dialético, uma vez que oportuniza alcançar o objeto de estudo para além de sua essência e totalidade. Assim, abordamos ao longo dos capítulos a importância de uma atuação firme do Serviço Social na luta contra as ameaças e desmonte das políticas públicas, bem como o papel do/a assistente social na defesa dos direitos humanos.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica Brasileira. Adoecimento mental. Serviço Social. Capitalismo. Trabalho.

## **ABSTRACT**

The general objective of this work is to weave elements for a debate about mental illness in the Brazilian context, the neoliberal wave and the implications for the professional practice of social workers in a neoliberal situation. To this end, we sought to understand the domination of capital over work, as being one of the factors that cause the psychological illness of individuals. It was necessary to understand the trajectory of mental health care and how professional work takes place in the field of mental health. The methodology used throughout this work assumes a qualitative nature, with an exploratory character, focusing on historical-dialectical materialism, as it provides the opportunity to reach the object of study beyond its essence and totality. Thus, throughout the chapters we address the importance of firm action by Social Services in the fight against threats and the dismantling of public policies, as well as the role of social workers in defending human rights.

**Keywords:** Brazilian Psychiatric Reform. Mental Illness. Social Service. Capitalism. Work.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AIS** - Ações Integradas de Saúde

**ABP** - Associação Brasileira de Psiquiatria

**CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial

**CAPS AD III** - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras drogas

**CLT** - Consolidação das Leis de Trabalho

**CEBES** - Centro Brasileiro de Estado de Saúde

**CONASP** - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

**CJM** - Colônia Juliano Moreira

**CPPII** - Centro Psiquiátrico Pedro II

**DINSAM** - Divisão Nacional de Saúde Mental

**EBSERH** - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

**FBH** - Federação Brasileira de Hospitais

**FHC** - Fernando Henrique Cardoso

**I CNSM** - I Conferência Nacional de Saúde Mental

**II CNTSM** - II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental

**INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

**MS** - Ministério da Saúde

**MLA** - Movimento da Luta Antimanicomial

**MPAS** - Ministério da Previdência e Assistência Social

**MARE** - Ministério da Administração e Reforma do Estado

**MRSb** - Movimento da Reforma Sanitária brasileira

**MTSM** - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

**PEP** - Projeto Ético-Político

**PNAD** - Política Nacional Sobre Drogas

**PT** - Partido dos Trabalhadores

**RSb** - Reforma Sanitária brasileira

**RAPS** - Rede de Atenção Psicossocial

**REME** - Movimento de Renovação Médica

**SUS** - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>14</b>
<b>1. DOMINAÇÃO DO CAPITAL SOBRE O TRABALHO.....</b>	<b>14</b>
1.1 A concepção de trabalho em Marx.....	14
1.2 Adoecimento e desgaste mental: reflexos da contemporaneidade.....	23
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>31</b>
<b>2. SAÚDE MENTAL E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: desafios contemporâneos.....</b>	<b>31</b>
2.1 A Reforma Psiquiátrica brasileira e o movimento da luta antimanicomial.....	31
2.2 Contrarreforma Psiquiátrica: obstáculos na efetivação dos direitos humanos.....	44
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>61</b>
<b>3. SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: TECENDO ELEMENTOS PARA UM DEBATE.....</b>	<b>61</b>
3.1 Os impactos da onda neoliberal no trabalho do Assistente Social: elementos para um debate.....	61
3.2 O papel teórico e prático do exercício profissional do Assistente Social na política de saúde mental.....	67
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>75</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata sobre o adoecimento mental dos indivíduos no bojo das mudanças dos processos capitalistas. Além disso, a aproximação com o nosso objeto de estudo assumiu como objetivos específicos apreender como se dá os processos de trabalho na sociedade capitalista e os reflexos na saúde mental da classe trabalhadora; analisar a importância da trajetória da atenção em saúde mental e dos movimentos sociais, e as implicações da contrarreforma psiquiátrica e; analisar o papel teórico e prática do exercício profissional do Assistente Social na política de saúde mental.

É inegável que, os modos de produção capitalista refletem negativamente na jornada de trabalho da classe trabalhadora, uma vez que a fragmentação das atividades e a expropriação do conhecimento do trabalhador é usurpado pela sociedade capitalista, ao mesmo tempo em que intensifica a miséria física, mental e espiritual do trabalhador. Nesse sentido, a jornada de trabalho delineada por Marx (1996) é apropriada pela classe burguesa, de modo a restringir as relações sociais a meros mecanismos para a sobrevivência do indivíduo. Esse cenário resulta no processo de alienação, uma vez que este perde o verdadeiro significado da dimensão ontológica do trabalho, ao mesmo tempo em que promove a insatisfação das atividades desempenhadas por ele.

No âmbito dos processos de trabalho contemporâneos, a divisão e fragmentação do trabalho são predominantes. Para tanto, é importante aqui refletirmos acerca do impacto direto do processo produtivo na subjetividade, qualidade de saúde e no potencial adoecimento mental, uma vez que a fragmentação do trabalho afeta diversas áreas da vida da classe trabalhadora.

Nesse contexto, analisamos o quanto o mercado de trabalho está cada vez mais exigente em relação às respostas imediatas dos trabalhadores, a tal ponto que frequentemente as demandas que lhes são postas baseiam-se na obtenção de resultados, nos estímulos individuais por meio de bônus salariais e na busca por produtividade. Portanto, cabe aqui refletirmos acerca da deterioração das relações sociais, ao mesmo tempo que não estabelecem mecanismos eficazes para preservar a saúde mental do indivíduo.

Essas características, de fato, intensificam a probabilidade dos trabalhadores se encontrarem em posições de trabalho desqualificadas, como também situações de trabalho desregulamentadas e terceirizadas. Desse modo, por muitas vezes, para a classe trabalhadora a realização dessas atividades torna-se a única opção viável para garantir sua própria subsistência.

Assim, entendemos que a saúde mental no contexto brasileiro perpassa por uma série de questionamentos e desafios. Nesse contexto, a consolidação da rede de atenção psicossocial fortalece os princípios da Reforma Psiquiátrica, além de fornecer de forma dinâmica e eficaz recursos para apoiar os indivíduos em sofrimento psíquico. Entretanto, nos últimos tempos estamos vivenciando uma onda conservadora que oportuniza o retorno de práticas assistencialistas, colocando como alternativas de tratamento as “comunidades terapêuticas”, contrariando a Reforma Psiquiátrica e a luta travada pelos movimentos sociais.

Para tanto, tais abordagens terapêuticas adotam características que são fundamentadas na criminalização e culpabilização dos sujeitos em sofrimento mental, uma vez que o indivíduo é responsabilizado por sua condição, desconsiderando a sua realidade e as condições de vida.

Ao direcionarmos o debate para o âmbito da atuação do/a Assistente Social à luz dos conteúdos explorados no decorrer desse trabalho, é possível inferir que tanto a prática profissional do Serviço Social quanto a atenção em saúde mental é permeada por implicações. Alguns dos desafios enfrentados pela categoria profissional incluem as precárias condições trabalhistas, além da dificuldade em exercer sua atuação profissional perante o grande domínio do saber médico no campo da saúde mental.

Nesse sentido, é importante frisar que a escolha do objeto de investigação partiu de algumas inquietações ao longo da graduação, em especial uma visita institucional realizada na disciplina de instrumentalidade II, o qual a visita técnica foi feita a Clínica de Repouso São Marcelo. Dessa forma, pude refletir acerca da perda da subjetividade nas relações sociais contemporâneas, além de observar a realidade do exercício profissional na atenção à saúde mental e a forma como o desmonte da política de saúde mental cada vez mais estão sendo fortemente atacados.

O referido estudo tem natureza exploratória, com caráter qualitativo, debruçando-se na razão dialética da teoria social crítica. Desse modo, utilizou-se dos procedimentos de pesquisa bibliográfica e documental. Para Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é definida pela utilização de materiais previamente produzidos, como livros e artigos científicos. A pesquisa documental, segundo o autor, tem como fonte materiais que ainda não foram submetidos a um tratamento analítico ou que podem ser reestruturados para atender aos objetivos da pesquisa. Além disso, abrange materiais tanto impressos quanto digitais, como jornais, documentos legais e informações disponibilizadas na internet.

Para a realização da coleta de dados, foram empregadas fontes como livros, artigos científicos, trabalhos acadêmicos, legislações e portarias. Além disso, o estudo foi conduzido por meio da utilização de palavras-chave pertinentes ao objeto de pesquisa, como “saúde

mental”, “trabalho”, “adoecimento mental no trabalho” e “Serviço Social e saúde mental”. Dessa forma, os materiais foram escolhidos levando em consideração a temática do estudo e, posteriormente, apresentados ao longo da construção do trabalho.

Por fim, destacamos que o presente trabalho é subdividido em três capítulos. No primeiro capítulo abordaremos a concepção de trabalho defendida por Karl Max. Para tanto, evidenciamos também como na contemporaneidade o desenvolvimento e intensificação do capitalismo reforçam a divisão social do trabalho, gerando expressivas mudanças nas forças produtivas e na exploração, sendo um fator decisivo para o adoecimento mental do trabalhador. Dissertamos ainda nesse capítulo, as implicações do mercado de trabalho heterogêneo sob o sofrimento psíquico dos indivíduos.

O segundo capítulo recupera, de forma breve, elementos históricos que culminaram no Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, concomitantemente com o Movimento da Reforma Sanitária, destacando os principais aspectos que permeiam o processo de reforma psiquiátrica no país. Nesse sentido, situamos um conjunto de proposições que assumem como tendência a mutilação progressiva dos direitos conquistados pelos movimentos sociais e pela Reforma Psiquiátrica. Assim, recuperamos os desdobramentos que vão de contramão da Reforma Psiquiátrica, e em contrapartida, privilegia a ascensão dos ideais neoliberais.

No terceiro e último capítulo, discorreremos acerca dos impactos da contrarreforma psiquiátrica na atuação profissional do/a assistente social e os desdobramentos na materialização do Projeto Ético-Político. Abordaremos também sobre o papel teórico e prático do/a assistente social frente às demandas que lhes são postas, além de refletirmos sobre como o profissional pode driblar as tensões e contradições do sistema capitalista.

Por fim, a escolha desse objeto de pesquisa partiu de inquietações que surgiram ao longo da graduação. Para tanto, o objetivo dessa pesquisa é suscitar também para os/as leitores questionamentos e respostas acerca do adoecimento mental dos indivíduos, e ao mesmo tempo, contribuir para que o tema seja amplamente pesquisado.

## **CAPÍTULO 1 – DOMINAÇÃO DO CAPITAL SOBRE O TRABALHO**

Para tratar do nosso objeto de estudo, é de suma importância levarmos em consideração as análises históricas e a perspectiva de totalidade social, fazendo-se necessário recuperarmos o real conceito de trabalho, tal como proposto por Marx (1996), sendo este compreendido como base ontológica central para o indivíduo em sociedade e meio pelo qual o homem constrói a si mesmo e suas relações sociais.

Entretanto, implica aprendermos também acerca da relação contraditória e subordinada do trabalho na sociedade moderna entre classe trabalhadora e classe expropriadora. Para tanto, buscamos debater algumas inquietações que surgiram, no que diz respeito à subordinação da classe trabalhadora aos processos engendrados pelo próprio sistema capitalista. Cabe aqui mencionarmos, de maneira breve, que a dependência do processo de trabalho sob o capital, faz com que o indivíduo seja inserido em ambientes de trabalho degradantes, já que este não possui outra forma de garantir a sua subsistência.

Situamos, por meio de uma análise, que as contradições inseridas no contexto capitalista acarreta no desgaste e adoecimento da classe trabalhadora, uma vez que esta se vê imersa em condições de trabalho degradantes, alienado e competitivo que promove o aprofundamento e sofrimento psíquico. Dessa forma, o mundo do trabalho na contemporaneidade vem, de forma significativa, corroborando para o aumento da exploração dos processos produtivos e a precarização das condições essenciais necessárias para sobrevivência, conforme veremos a seguir.

### **1.1 A CONCEPÇÃO DE TRABALHO EM MARX E O ADOECIMENTO PSÍQUICO DA CLASSE TRABALHADORA**

Para iniciarmos o debate acerca do nosso objeto de estudo, faz-se necessário resgatar, mesmo com brevidade, a concepção de trabalho defendida por Karl Marx e a sua relação com o adoecimento mental dos indivíduos na contemporaneidade. Para tanto, neste primeiro momento buscamos adentrar em alguns elementos fundamentais, no que diz respeito a compreensão da categoria trabalho na visão marxista e em alguns autores que trabalham com o mesmo viés, a saber: Karl Marx (1996 e 2004), Elaine Teixeira (2014), Ricardo Antunes (1996), Dejourns (2012), Pina e Stotz (2014), Castel apud. Souza (2017), Campos (2017) e Rodrigues (2018).

Importa ressaltar que, segundo a concepção de trabalho desenvolvida por Karl Marx (1996), o autor analisa a relação entre o trabalho do ser humano e o modo como a produção capitalista aliena a relação entre indivíduo e natureza. O processo de trabalho na concepção marxista é a práxis fundamental da espécie humana, uma vez que no processo de transformação da natureza, o ser humano produz os bens necessários à vida, o que ao mesmo tempo potencializa o desenvolvimento de si mesmo como um ser social, produzindo e aprimorando a condição humana, sendo, por fim, o trabalho o elemento essencialmente de sociabilidade (Antunes, 2011b, apud. Teixeira, 2014, p. 24). Dessa forma, Marx (1996) enfatiza que:

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio. (Marx, 1996, p. 297)

Através dessa concepção, Marx (1996) argumenta que o trabalho se configura como condição primordial para a sobrevivência do ser humano em sociedade, caracterizando-se através da mediação entre ser humano e natureza. Nesse sentido, o indivíduo interage e submete suas forças para transformar a natureza convertendo-a por meio de suas ações, de forma previamente idealizada e intencional, em meios para sua própria subsistência, acrescentando-se que tal processo de trabalho oportuniza que o sujeito desenvolva habilidades e conhecimentos essenciais para sua própria existência, permitindo o aperfeiçoamento das relações sociais e da própria condição humana (Teixeira, 2014).

Dessa forma, as características centrais enfatizadas por Marx (1996) nos conduz a pensar no trabalho como atividade vital na produção e desenvolvimento do ser humano, de modo a atribuir sentido ao seu próprio processo de trabalho, configurando-se não somente como um processo de trabalho realizado para satisfazer as necessidades humanas, como também, sendo esta atividade essencial para sociabilidade humana. No entanto, seguindo a lógica contrária de produção que até aqui explanamos, é notável que as relações sociais que permeiam o modo de produção do capital usurpa e desconsidera os sujeitos envolvidos nos processos sociais, a tal ponto que ao dominar os processos e modos de trabalho, resulta no processo de alienação e obscurecimento do trabalhador e, conseqüentemente, no seu adoecimento mental.

Ademais, Marx (2004) contextualiza o seguinte:

“ [...] o trabalho, a atividade vital, a vida produtiva mesma aparece ao homem apenas como um meio para a satisfação de uma carência, a necessidade de manutenção da existência física. A vida produtiva é, porém, a vida genérica. É a vida engendradora de vida. No modo (Art) da atividade vital encontra-se o caráter inteiro de uma espécie, seu caráter genérico, e a atividade consciência livre é o caráter genérico do homem. A vida mesma aparece só como meio de vida. O animal é imediatamente um com sua atividade vital. Não se distingue dela. É ela. O homem faz da sua atividade vital mesma um objeto da sua vontade e da sua consciência. Ele tem atividade vital consciente. Esta não é uma determinidade (Bestimmtheit) com a qual ele coincide imediatamente. A atividade vital consciente distingue o homem imediatamente da atividade vital animal. Justamente, [e] só por isso, ele é um ser genérico. Ou ele somente é um ser consciente, isto é, a sua própria vida lhe é objeto, precisamente porque é um ser genérico. Eis por que a sua atividade é atividade livre. O trabalho estranhado inverte a relação a tal ponto que o homem, precisamente porque é um ser consciente, faz da sua atividade vital, da sua essência, apenas um meio para sua existência” (Marx, 2004, p. 85).

Sabemos que a mutualidade entre indivíduo e natureza resulta em ações previamente idealizadas, objetivando subsidiar a subsistência do trabalhador e do seu núcleo familiar, sendo por fim, produtos oriundos da produção de valores de uso. A partir disso, entende-se que o ser humano, antes de executar a atividade laborativa, ele é capaz de conscientemente idealizar o seu objeto antes de efetuar a ação, o que difere do labor animal que não possui aptidão teleológica, e sim executa o seu processo de trabalho a partir do instinto e irracionalmente, como forma de essência natural do animal seguindo a espécie da qual pertence. Entretanto, tal lógica não se faz presente nas forças produtivas usurpadas pelo capitalista, que ao exercer o poder sobre o trabalhador, este reproduz a funcionalidade da classe hegemônica.

O trabalho estranhado, conforme análise de Marx (2004), surge em virtude da relação social do trabalho com o capital, uma vez que a interação do indivíduo com a natureza passa a responder à sociabilidade do capital. A centralidade dos processos de trabalho, conforme esclarecido por Marx (1996), transforma tudo o que é produzido em mercadoria<sup>1</sup>. Segundo Rodrigues (2018), durante o modo de produção capitalista o indivíduo vende a sua força de trabalho<sup>2</sup>, ou seja, o trabalhador utiliza da própria capacidade de transformar a natureza em coisas que sirvam para responder a sua necessidade em valores de uso. Logo, a forma como o capitalista, ao apropriar-se do processo de trabalho, modifica e produz os valores de uso, e altera não somente o meio como também o ser humano.

---

<sup>1</sup> A relação posta entre trabalhador e capitalista é fundamentada através do contexto de mercadoria, onde a sua finalidade é a unidade entre o trabalho excedente e o valor de troca, servindo como valores para quem dela necessita.

<sup>2</sup> Marx resgata que a força de trabalho constitui-se como “[...] o complexo [Inbegriff] das capacidades físicas e mentais que existem na corporeidade [Leiblichkeit], na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento sempre que produz valores de uso de qualquer tipo” (Marx, 2013, p. 312, *apud.*, Rodrigues, 2018, p. 20).

Nessa direção, Teixeira (2014, p. 80) aponta que “[...] a produtividade do trabalho é determinada pela destreza dos trabalhadores, pelo instrumental de trabalho que é mais ou menos aprimorado conforme o desenvolvimento da ciência e da tecnologia [...]”, logo a inserção de inovações tecnológicas articuladas com a desproletarização, ocasiona no encolhimento da classe trabalhadora, ao mesmo tempo em que submete aqueles que estão inseridos em setores de trabalho a trabalhos precarizados e adoecedores.

Outro autor que também contribui para pensar essa degradação da relação de trabalho e os efeitos sobre a saúde mental do trabalhador é Antunes (1996). Ele aborda as metamorfoses do mundo do trabalho, ele expressa que a fragmentação e complexidade que se configura, de forma contraditória, resultou na redução da classe operária industrial e fabril e, paralelo a isso, notamos que, em decorrência do avanço do capitalismo, a crescente expansão da jornada de trabalho está cada vez mais precárias, informais e temporárias. Isto é, a alteração qualitativa presente na lógica destrutiva da classe expropriadora requalifica a composição do trabalho nas condições de assalariamento em setores de serviços, tornando o indivíduo qualificado em alguns setores e desqualificado em outros, potencializando as diversas contradições do trabalho e as inseguranças que afetam o trabalhador.

No modo de produção capitalista, conforme detalhado por Teixeira (2014), a dimensão ontológica da categoria trabalho explorada por Marx não é mais vista como “[...] categoria inerente ao ser social, como atividade que antes de ter um caráter social é uma determinação da espécie humana” (Teixeira, 2014, p. 25). Ao analisarmos o trabalho sob a hegemonia do capital, o cerne da concepção de trabalho defendida pelo sistema hegemônico converte a criação de valores de uso em valores de troca. Referenciando Marx (1996),

“A utilização da força de trabalho é o próprio trabalho. O comprador da força de trabalho a consome ao fazer trabalhar o vendedor dela. O último torna-se, desse modo, actu, [em ato] força de trabalho realmente ativa, o que antes era apenas potencia [em potência]. Para representar seu trabalho em mercadorias, ele tem de representá -lo, sobretudo, em valores de uso, em coisas que sirvam para satisfazer a necessidades de alguma espécie. É, portanto, um valor de uso particular, um artigo determinado, que o capitalista faz o trabalhador produzir” (Marx, 1996, p. 297).

A partir deste ponto de vista, a relação posta entre trabalho e capital potencializa que, o indivíduo limite a sua própria práxis fundamental e converta os produtos produzidos por este em valores de troca usurpados pelo capitalista, enquanto a valorização do capital submete o indivíduo a condições de trabalho desumanas e exploratórias. Nesse modo de produção, segundo Marx *apud*. Teixeira (2014), às forças produtivas resultam “[...] cada vez mais [no crescimento do capital constante] voltada ao fim de produzir meios de produção, convergindo em maior acumulação de capital”, isto é, “[...] este movimento de ampliação do capital não

permite ao mesmo [ao indivíduo] abdicar do trabalho vivo, uma vez que é propriedade do trabalho conservar o valor antigo, acrescentando-lhe ao mesmo tempo mais valor” (Marx<sup>3</sup> *apud* Teixeira, 2014, p. 29).

Esses elementos acima citados, e as várias transformações e desdobramentos perpassados pelos processos de trabalho, na atual conjuntura de hegemonia do capital converte a composição do trabalho rumo a sua precarização. Segundo Oliveira, et al (2007, p. 4), “[...] [a] fragmentação do [mundo do trabalho] afeta o trabalhador, pois as inseguranças [advindas da valorização do capital] dificultam a expansão do crescimento sustentado e durável”. Entendemos que a atual finalidade do trabalho acentua na restrição da sociabilidade humana defendida por Marx (2004), uma vez que o produto do trabalho subordina o indivíduo aos interesses do capital, e este encontra-se a mercê da dupla dimensão dos processos de trabalho, pois ao mesmo tempo em que destina a sua força de trabalho para atender suas próprias necessidades, precisa despende a própria força de trabalho para reproduzir e atender os interesses sociais de produção de outros indivíduos.

Neste sentido, partimos do entendimento que as relações sociais na sociedade capitalista se fundam através das forças e relações produtivas entre o trabalho e o capital de maneira antagônica, uma vez que, a força de trabalho, conforme afirma Marx (1996), é vista como mercadoria para a classe hegemônica, sendo a potência do trabalho, e posteriormente, a utilização da força dos processos de trabalho e sua venda, extingue-se do produto um valor de uso, logo atendendo a alguma necessidade humana (Marx, 1996). Nesse processo de trabalho, Marx (1996) afirma que

“O trabalhador trabalha sob o controle do capitalista a quem pertence seu trabalho. O capitalista cuida de que o trabalho se realize em ordem e os meios de produção sejam empregados conforme seus fins, portanto, que não seja desperdiçada matéria-prima e que o instrumento de trabalho seja preservado, isto é, só seja destruído na medida em que seu uso no trabalho o exija.  
[...] o produto é propriedade do capitalista, e não do produtor direto, do trabalhador. O capitalista paga, por exemplo, o valor de um dia da força de trabalho. A sua utilização, como a de qualquer outra mercadoria, por exemplo, a de um cavalo que alugou por um dia, pertence-lhe, portanto, durante o dia. Ao comprador da mercadoria pertence a utilização da mercadoria, e o possuidor da força de trabalho dá, de fato, apenas o valor de uso que vendeu ao dar seu trabalho. A partir do momento em que ele entrou na oficina do capitalista, o valor de uso de sua força de trabalho, portanto, sua utilização, o trabalho, pertence ao capitalista” (Marx, 1996, p. 304).

Essa forma de atividade laborativa exercida pelo trabalhador é controlada pelo capitalista, sendo este controle impositivo para utilizar os meios de produção conforme

---

<sup>3</sup> MARX, K. . O capital: crítica da economia política. Livro I, v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

determinado pela dominação do capital. Observamos que, além do controle sobre a qualidade de trabalho efetuada pelo trabalhador, existe também o controle acerca da quantidade de trabalho, aspecto este ligado ao consumo da força de trabalho enquanto produtora de valor de troca.

Em um sentido geral, o modo de produção capitalista busca intensificar a jornada de trabalho e a produção socialmente produzida pelo trabalhador, o que gera na insatisfação das atividades desempenhadas por ele, desmotivando-o e dificultando o exercício da criatividade. Sob esse prisma, é notório entendermos que, em decorrência da fragmentação e fragilização dos processos de trabalho, a sociabilidade humana defendida por Marx (1996) foi usurpada e permeia-se no interior dos processos de trabalho a divisão e fragmentação do trabalho na sociedade contemporânea. Desse modo, o processo produtivo implica diretamente na subjetividade, na qualidade de saúde e/ou adoecimento mental, além de perpassar outras esferas da vida da classe trabalhadora.

Cabe aqui exemplificarmos que, na sociedade determinada pela divisão do trabalho, a força desempenhada pelo trabalhador é submetida a determinadas condições de trabalho. Isto é, no desenvolvimento do processo de produção manufatureiro, os instrumentos de trabalho são apropriados pelo sistema capitalista, logo perante o trabalho mecanizado, o indivíduo é relegado a funções monótonas e repetitivas, o que ocasiona na desmotivação e desinteresse pelo trabalho. Teixeira (2014) afirma que,

“desaparece, portanto, o aspecto subjetivo da divisão do trabalho, uma vez que o trabalhador depara-se com um sistema objetivo na produção como condição dada. Neste contexto os homens tornam-se apêndices das máquinas, seus movimentos são orientados por um sistema mecânico, de modo que veem depauperada sua atividade muscular e confiscada a sua atividade intelectual. O trabalho objetivado, portanto, domina o processo produtivo, apresenta-se em proporções maiores e aparece mistificado como dotado de poder que domina o trabalho, mas o trabalho vivo conserva sua importância fundamental no fato de ser o único capaz de conservar o valor do capital empregado e criar valor adicional” (Iamamoto, *apud*, Teixeira, 2014, p. 93).

A partir desse ponto, cabe aqui salientarmos que, o trabalho em sua dupla dimensão, tanto concreta quanto abstrata<sup>4</sup>, busca ao mesmo modo a reprodução das necessidades humanas subordinando-se em detrimento da própria força de trabalho para atender aos interesses de valorização do capital (Teixeira, 2014). Logo, considerando-se essa dupla dimensão, ocorre que

---

<sup>4</sup> Conforme elucidado por Lessa (2012, p. 26), há a distinção entre a concepção de trabalho abstrato e da categoria trabalho, isto é, “[...] o primeiro é uma atividade social assalariada, alienada pelo capital. Corresponde à submissão dos homens ao mercado capitalista, forma social que nos transforma a todos em “coisas” (reificação) e articula nossas vidas pelo fetichismo da mercadoria. O trabalho, pelo contrário, é a atividade de transformação da natureza pela qual o homem constrói, concomitantemente, a si próprio como indivíduo e a totalidade social da qual é partícipe. É a categoria decisiva da autoconstrução humana, da elevação dos homens a níveis cada vez mais desenvolvidos de sociabilidade. Embora a palavra trabalho faça parte das duas categorias, isto não deve velar que há uma enorme distância a separar trabalho de trabalho abstrato”.

durante todo esse processo de produção, o trabalhador acaba submetendo-se a condições de trabalho exaustivas e intensas, sendo esses um dos mecanismos utilizados pela burguesia para extrair mais-valia, em contrapartida, ocasionando no adoecimento físico e mental dos indivíduos. Contudo, mesmo tal concepção de trabalho sendo explorado, complexo e heterogêneo, o autor afirma que “[...] o acesso ao trabalho assalariado continua sendo o meio de garantia para a sobrevivência da grande massa de indivíduos que se encontra destituída dos meios de produção, os quais se configuram como propriedade privada da classe capitalista” (Iamamoto, 2004, *apud*. Teixeira, 2014, p. 36).

Sendo assim, aludindo Marx (1996), é essencial a seguinte análise feita para entendermos como a classe trabalhadora vende a força de trabalho, e não o trabalho em si, de maneira livre, sendo tanto a força de trabalho quanto o trabalho em si pertencentes ao capitalista. A classe hegemônica assegura que todos os processos de trabalho sejam feitos corretamente e fornece, em troca, o equivalente a remuneração para o proletariado pela sua jornada de trabalho<sup>5</sup> para garantir a sobrevivência desta. Contudo, conforme elucida Marx,

“[...] o fato de que meia jornada seja necessária para mantê-lo vivo durante 24 horas não impede o trabalhador, de modo algum, de trabalhar uma jornada inteira. O valor da força de trabalho e sua valorização no processo de trabalho são, portanto, duas grandezas distintas. Essa diferença de valor o capitalista tinha em vista quando comprou a força de trabalho” (Marx, 1996, p. 311).

De fato, durante o modo de produção capitalista, a jornada de trabalho dispendido pelo trabalhador excede a riqueza necessária para reproduzir a concepção de trabalho defendida por Marx, produzindo assim a mais valia e distanciando o indivíduo da centralidade da práxis social. Dessa forma, o capitalista retira o seu lucro a partir do trabalho da classe trabalhadora e a ‘transformação do dinheiro em capital se opera na esfera da circulação e não se opera nela’, ou seja, ao transformar o dinheiro em moeda de troca, a forma imediata que o capital se opera se dá por intermédio das relações no interior da produção (Marx, 1996).

Convém ressaltar que, conforme apontado por Dejours (2012), em virtude das atividades complexas e exaustivas desempenhadas nos processos produtivos, ocorre o surgimento da linha tênue entre prazer e trabalho que confronta o indivíduo, uma vez que o ser humano, ao não ressignificar o sofrimento decorrente das relações conflitantes no ambiente de

---

<sup>5</sup> Loyola (2009, p. 132) exemplifica que “[...] se um trabalhador possui, por exemplo, uma jornada de oito horas diárias, todas essas oito horas são incorporadas na forma de valor ao produto final, o qual, por meio da venda, será transformado em dinheiro nas mãos do capitalista. Mas o trabalhador receberá um salário correspondente a apenas – digamos – três das suas oito horas diárias, pois o valor necessário para a aquisição de bens suficientes à reprodução de sua força de trabalho – a sua capacidade de trabalhar – é produzido em apenas três horas. O valor produzido nas cinco horas excedentes – a mais-valia – pertence ao capitalista”.

trabalho, acaba não encontrando meios para a sua superação, perdendo a sua subjetividade e a mercê de tarefas laborais que atendam os interesses da classe expropriadora, ocasionando, por fim seu adoecimento mental.

É importante aqui refletirmos que, durante a jornada de trabalho exemplificada acima por Marx (1996), a práxis essencial para o ser humano viver em sociedade é usurpada pela classe burguesa, restringindo as relações sociais em mecanismos para mera sobrevivência do indivíduo e intensificando-se o processo de alienação. Isto é, ao converter o indivíduo meramente a reproduzidor de imedaticidades da vida cotidiana este acaba se perdendo do real sentido da dimensão ontológica do trabalho. O que antes ocasionava na realização das potencialidades humanas, na sociedade capitalista o trabalho é visto apenas como criação de valor e valor excedente, e tal usurpação, somado ao acúmulo de capital, tem como consequência a fragmentação do trabalho, uma vez que,

Conforme o modo de produção capitalista se expande, aumenta a incorporação tecnológica e, em consequência, a redução dos postos de trabalho, surgindo uma grande parcela de trabalhadores excluídos do processo produtivo: o exército industrial de reserva. Esse, por sua vez, torna-se determinante para o rebaixamento do trabalho e intensificação da pressão sobre o trabalhador empregado (Campos, 2017, p. 801).

Dessa forma, a classe trabalhadora vê-se subordinada aos interesses e reprodução do capital imposto pela burguesia, o que ocasiona no distanciamento do “[...] trabalhador da possibilidade de realização de uma atividade autocriadora” (Teixeira, 2014, p. 31). Sob esse prisma, essa conjuntura de exploração e alienação se refletem no processo de adoecimento mental dos indivíduos, uma vez que o trabalho, antes visto como realização pessoal, configura-se como um espaço de constante ameaças de perda de emprego, flexibilização, despertencimento social, precarização e sintomas psicossomáticas, sendo esses contextos essas associados aos incidentes e aumento de adoecimento mental ocasionados pelo trabalho.

Em síntese, o processo de valorização é intrínseco às atuais formas de organização produtiva e financeira, logo tal desenvolvimento produtivo desencadeia no aumento da intensidade e sobreposição da jornada laborativa, ao mesmo tempo em que requer do trabalhador a elaboração de estratégias para minimizar as condições injustas e penosas impulsionadas pelos métodos de produção. Essas características predominantes no mundo do trabalho implicam sob todas as esferas de vida dos indivíduos, apresentando-se, por muitas vezes, de maneira angustiante e aflitiva, de forma que esta relação resulta em sofrimento mental. Para Davezies (2007) apud. Pina e Stotz (2014, p. 152),

“[...] o processo de intensificação do trabalho tende a reduzir a capacidade de o trabalhador manter todos os critérios relativos à qualidade do produto/serviço e à qualidade do trabalho em termos do desempenho profissional: de um lado, pode aumentar o risco de acidentes; de outro, pode afetar a identidade do trabalhador manifesto em sentimento de desgosto ou fracasso pessoal com risco para desencadear adoecimento”.

Logo, cabe aqui reiterar que as implicações oriundas da intensificação da acumulação do capital e da divisão social do trabalho sustentam a sociedade capitalista “ a partir da relação de exploração e da dominação do capital sobre o trabalho, de acordo com seus interesses” (Silva, 2019, p. 29), isto é, a obtenção da mais-valia subordina o trabalhador às exigências da atual organização financeira e produtiva. Desse modo, essa contradição própria do processo de trabalho no sistema capitalista reforça a divisão social do trabalho, as forças e reproduções, resultando na exploração do ser humano sob outro indivíduo, além de acentuar as condições precárias e informais as quais a classe trabalhadora vivencia.

Vale ressaltar que, segundo Castel *apud*. Souza (2017), as constantes transformações do mundo do trabalho, como por exemplo a situação de desemprego prolongado e a expropriação das habilidades e conhecimentos exclusivos do trabalhador, afetam não somente a sobrevivência do indivíduo como também gera a sensação de insegurança e a fragilização das relações sociais. Isto é, conforme abordado por Pina e Stotz (2014), o sentimento de não pertencimento e a expropriação<sup>6</sup> da subjetividade do indivíduo, oportuniza no crescimento da própria percepção de perda, enfraquecimento e ausência da coletividade, tendo em vista que, os discursos gerenciais da classe burguesa colocam o sofrimento psíquico como fraqueza individual, atenuando a organização coletiva e desencadeando no adoecimento mental do trabalhador. Assim,

“(...) as relações contraditórias inerentes ao modo de produção capitalista, em meio ao processo de industrialização e urbanização provocaram o constante aumento do empobrecimento da classe trabalhadora. Em consequência, os trabalhadores conscientes de sua condição de explorados desencadearam lutas contra seus opressores, caracterizando a questão social, entendida como amplo aspecto de problemas sociais pela instauração e expansão da industrialização capitalista (Silva, 2019, p.31)”.

Nesse sentido, referenciando o que fora acima citado, partimos do ponto em que Campos (2017, p. 804) concentra os seus esforços em explicar que “[...] o capital invade a vida privada de homens e mulheres que trabalham, reduzindo sua vida pessoal a mero trabalho assalariado, intensificando os processos de alienação. Interfere nas relações sociais e na própria relação do homem consigo mesmo”. Logo, tal instabilidade materializa-se no cotidiano da

---

<sup>6</sup> Conforme analisado por, Pina e Stotz (2014 p. 152), “[...] Expropriação/apropriação é entendida como processo contínuo de assimilação do aprendizado coletivo dos trabalhadores pela gerência para vencer a resistência e obter a mobilização operária no processo de trabalho. É esse processo que permite reduzir o tempo de ciclo, fragmentar as operações e ampliar o trabalho repetitivo.”

classe trabalhadora, pois esta presencia os diversos retrocessos, a inserção da terceirização e contratos de trabalho como estratégias para dissolver os direitos trabalhistas, causando sintomas psicossomáticos e distanciando o ser humano da centralidade da categoria trabalho.

É aqui possível refletirmos que a sociabilidade do processo de produção capitalista, segundo Rodrigues (2018, p. 20), “[...] transforma o trabalho, a capacidade laborativa de construir instrumentos necessários à vida social em algo penoso, alienado e desumanizante, onde os seres humanos não se reconhecem no resultado do produto que eles mesmos criaram”. Em continuidade ao pensamento aqui exposto, vemos que, em virtude da intensificação do trabalho e da expropriação do saber da classe trabalhadora, esta se encontra à mercê de condições socialmente adoecedoras e naturalizadas, postas como questões individuais ocasionando no silenciamento e agravo do adoecimento mental.

Em síntese, os elementos implicados nas atuais formas produtivas permitem o surgimento de inquietações acerca da complexificação da categoria trabalho e suas implicações na saúde do trabalhador. À medida em que os moldes de produção capitalista consolidam um estágio de desenvolvimento mais avançado e dominante, a especialização nas tarefas de trabalho leva a uma situação em que o trabalho se torna alienado em relação ao controle exercido pelo capital (Teixeira, 2014).

Ao compreendermos o aspecto histórico do trabalho alienado, entendemos que a conexão entre a divisão de trabalho originada na produção capitalista e a alienação do trabalho ocorre em virtude do trabalhador ter as suas funções fragmentadas, perdendo por fim o controle dos processos de trabalho. Como resultado, o indivíduo não consegue criar um produto de utilidade por si só, uma vez que o controle sobre os processos produtivos está sob o domínio do capital.

Desse modo, destacamos de forma breve que, as constantes mudanças nos processos produtivos capitalistas ocasionam diversas consequências negativas para o indivíduo. Assim, ao debatermos acerca do adoecimento e desgaste mental vivenciado pelos indivíduos inseridos neste contexto, entendemos que tais circunstâncias estão associadas às relações de trabalho e a forma como o capital organiza sua produção e distribui suas riquezas, uma vez que o trabalhador inserido nos espaços de trabalho vê o seu conhecimento expropriado pela classe hegemônica, ocasionando em múltiplos agravos à saúde mental. É nesse contexto que buscamos a seguir refletir sobre o adoecimento e desgaste mental na contemporaneidade.

## **1.2 Adoecimento e desgaste mental: reflexos da contemporaneidade**

Cabe aqui refletirmos acerca das implicações do sistema econômico e social capitalista nas condições de saúde mental dos indivíduos. Sob a contradição intrínseca do sistema capitalista, emerge uma lógica financeira que promove a concentração de renda por aqueles detentores do capital, relações de trabalho desiguais e acesso desigual a recursos e serviços.

Começamos então a esclarecer acerca da definição de desgaste sendo “[...] entendido como a perda da capacidade potencial e/ ou efetiva corporal e psíquica” (Laurell; Noriega, 1989, p. 110 *apud*. Pina e Stotz, 2014, p. 156). Ou seja, o conceito de desgaste refere-se à exposição constante do indivíduo a situações que promovem o processo de agravamento à saúde. Desse modo, a concepção de desgaste implicado aos processos produtivos associa-se às condições penosas e precárias que a classe trabalhadora suporta durante a jornada de trabalho.

Antunes (1999) aborda o conceito de classe trabalhadora, utilizando da expressão “classe-que-vive-do-trabalho”, onde inclui todos que vendem sua força de trabalho, tanto os trabalhadores que formam o núcleo do trabalho produtivo, quanto os trabalhadores improdutivos que vendem sua força de trabalho e estão inseridos em setores de serviços, como públicos ou privados. Na sociedade contemporânea, a classe trabalhadora submete-se a intensos processos de exploração, alienação e condições de trabalho precário, além de gerar um alto nível de sofrimento psíquico. Nesse sentido, conforme ponderado por Dejeours *apud* Rodrigues (2018), o trabalho gera sofrimento; uma vez que o capitalismo cria um ambiente de trabalho hostil, isto é, na maioria das vezes o ambiente do qual o indivíduo está inserido promove pressões constantes para alcançar os interesses postos pelo sistema econômico, o que intensifica o sentimento de não pertencimento da classe trabalhadora nos ambientes de trabalho.

Ainda nesse sentido, o ponto que cabe aqui destacarmos é que a categoria trabalho, na contemporaneidade, conforme abordado por Souza (2017) apresenta, paradoxalmente, possibilidades de construir uma identidade e autenticidade ao indivíduo, ao mesmo tempo que aliena-o e restringi-o a ambientes que geram sofrimento psíquico. Sendo assim, Dejeours *apud* Rodrigues (2018, p.42) elenca que “a indignidade, o sentimento de inutilidade, a desqualificação e o esvaziamento do conteúdo significativo do trabalho são potencialmente elementos geradores de vivências depressivas”, posto que, as transformações dos indivíduos em mercadoria.

Nesse ponto Rodrigues (2018) elucida que, mediante a sociabilidade do capital, a capacidade produtiva da classe trabalhadora torna o trabalho em algo penoso, exaustivo, isto é, ocasiona na redução do sentido do trabalho, a força de trabalho em troca de um salário. Acrescenta-se que, segundo Souza (2017), o fato do trabalho na concepção capitalista está fadado a permanecer assim nem sempre quer dizer que essa condição irá prevalecer, uma vez

que é perceptível pequenos momentos de resistência e estratégias utilizadas no dia-a-dia para amenizar o sentimento de sofrimento e opressão do qual os indivíduos estão submetidos durante a jornada de trabalho. Entretanto cabe aqui enfatizarmos que a lógica capitalista que perpassa os diversos mecanismos de controle atuam e refletem nas implicações negativas que constituem a subjetividade e o desgaste mental dos trabalhadores.

Hodiernamente, Rodrigues (2018) relaciona as situações de trabalhos com a precariedade e subversão dos mecanismos postos que acentuam a instabilidade de conviver socialmente em sociedade, pois, segundo o autor, o que se observa no mundo do trabalho é

“[...] a ausência de vínculo trabalhista, a perda de direitos trabalhistas tais como referências de jornada de trabalho, descanso remunerado, ambientes salubres de trabalho, rebaixamento salarial e a fragilidade dos coletivos dos trabalhadores explicitado por ataques ferrenhos aos sindicatos.” (Rodrigues, 2018, p. 38)

Cabe aqui fazermos um recorte histórico acerca das flexibilizações do trabalho e de que forma trazem sérios prejuízos à classe trabalhadora. Segundo Antunes (2018), a flexibilização nas condições de produção são fruto de mudanças nos padrões do desenvolvimento capitalista que ocorreram nas últimas três décadas, e o seu crescimento a partir de 1970 é devido ao movimento de mudanças políticas e culturais do capitalismo, estagnação e crise no setor de serviço e acumulação taylorista e fordista<sup>7</sup>. O autor supracitado afirma que:

“em resposta aos obstáculos impostos ao processo de acumulação, nos anos 1980, um conjunto de medidas, articuladoras de velhas e novas formas de exploração do trabalho, passou a redesenhar a divisão internacional do trabalho, alterando também de forma significativa a composição da classe trabalhadora em escala global. Movendo-se com facilidade pelo globo, fortemente enraizado no capital financeiro, um número cada vez mais reduzido de corporações transnacionais passou a impor à classe-que-vive-do trabalho, nos diferentes países do mundo, patamares salariais e condições de existência cada vez mais rebaixados” (Antunes, 2018, p. 155).

Antunes, *apud*. Campos (2017) traz como reflexão que, desde a década de 1960, o modelo fordista revelava a sua fragilidade intrínseca, apesar de sua estruturação abranger desde a produção até os métodos de contratação de mão-de-obra. Desse modo o objetivo do fordismo é caracterizado pela produção em larga escala, empregando linhas de montagem e produtos padronizados. Além disso, o tempo era regulado por cronômetros e pelo método de produção em série, caracterizando-se ainda com um grande quantitativo de trabalhadores realizando tarefas parceladas e fragmentadas.

---

<sup>7</sup> Souza e Santos (2017) afirmam que o fordismo surgiu como um aperfeiçoamento do taylorismo, isto é, “o taylorismo-fordismo emergiu e se consolidou nos tempos do segundo espírito do capitalismo, o burocrático, a partir de vários conceitos estruturantes: divisão do trabalho, racionalização do trabalho, cisão entre planejamento e execução do trabalho, sequências lineares de trabalho, operações fragmentadas, linha de montagem, equipamentos especializados, porém, pouco flexíveis, trabalho prescrito pela gerência, ausência de autonomia do trabalhador, dentre outras (Trindade, *apud*. Souza e Santos, 2017, p. 195).

Entretanto, a referida autora afirma que, como resposta à crise que demarca o fim da era de ouro do capital, o modelo de acumulação do capital passa por uma transformação denominada de reestruturação produtiva, promovida pelo avanço de tecnologias de ponta, emerge o que chamamos de acumulação flexível sob o controle do capital financeiro. Nesse ínterim

“A estrutura desse sistema financeiro global alcançou tal grau de complexidade que ultrapassa a compreensão da maioria das pessoas. As fronteiras entre funções distintas como bancos, corretoras, serviços financeiros, financiamento habitacional, crédito ao consumidor, etc. tornaram-se cada vez mais porosas, ao mesmo tempo em que novos mercados futuros de mercadorias, de ações, de moedas ou de dívida surgiram por toda parte, introduzindo o tempo futuro no tempo presente de maneiras estarrecedoras. O uso de computadores e as comunicações eletrônicas acentuaram a significação da coordenação internacional instantânea de fluxos financeiros (Harvey, 2014, p. 154 *apud*. Campos, 2017, p. 802)”.

Assim, Campos (2017) afirma que a era flexível emerge como uma resposta direta do modelo fordista, originando-se de diversas experiências na organização industrial que atravessam os âmbitos sociais e políticos. Sob esse prisma, a era flexível tem como sustento:

“[...] flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. [...] envolve rápidas mudanças nos padrões de desenvolvimento desigual tanto entre os setores como entre as regiões geográficas [...]” (Harvey, *apud*. Campos, 2017, p. 803).

Campos (2017) analisa que esse cenário representa a superação gradual do sistema taylorista/fordista, ao mesmo tempo em que cede espaço para a produção toyotista o qual inaugura uma nova abordagem na organização e gestão do trabalho. Esse novo modelo incorpora tecnologias que contribuem para o desenvolvimento do desemprego estrutural e as diversas formas de trabalho, compreendendo o trabalho informal, o emprego temporário, o subemprego e a terceirização, isto é, tudo disfarçado sob a roupagem da modernização das relações de trabalho. No mesmo período, ocorreu o enfraquecimento das lutas trabalhistas e sindicais, o que possibilitou o retrocesso de progressos, em especial no campo dos direitos sociais e trabalhistas. Sob esse prisma,

“Assiste-se, nas últimas décadas, a um quadro geral de exploração do trabalho como estratégia de acentuar acumulação de capital onde imperam a informalidade e a precarização. Nesse terreno, destaco a terceirização como estratégia crescente de desregulamentação dos direitos trabalhistas que vem se configurando como um fenômeno cada vez mais presente no mundo empresarial. Assistimos ao aumento exponencial do número de empresas de locação de mão de obra e, ao mesmo tempo, de um conjunto de novos projetos de regulamentar a sociedade da terceirização total” (Campos, 2017, p. 803).

No contexto brasileiro, em meados da década de 1990, as rápidas mudanças na flexibilização da produção emergem com bastante intensidade, acentuando não apenas a precariedade do trabalho, como também desencadeando relações sociais instáveis e frágeis, de modo que uma das consequências fundamentais recai sobre o sofrimento mental do trabalhador. De acordo com Antunes (2018) o capital utiliza como manobras para a sua implantação o sistema just-in-time e kanban, a maximização da produtividade, culminando como recompensa ganhos extras salariais, sob uma pragmática que aprofunda a intensificação de trabalho e deteriora a subjetividade do trabalhador.

A peculiaridade da sociedade capitalista contemporânea materializa-se no cenário de instabilidade social vivenciada pelo trabalhador, no que diz respeito ao adoecimento mental, o aumento da individualização do trabalho e precárias condições de trabalho que, conseqüentemente, deterioram a saúde. Segundo Carmo (2016),

(...) podemos considerar o emprego como a síntese das conquistas dos trabalhadores assalariados no seu percurso histórico e que dosou limites à espoliação indulgente do capital. A relação de um emprego com salário fixado no início do contrato; jornada semanal regulada segundo uma legislação e não segundo as necessidades das empresas; respeito a descansos semanais; prescrição das atividades por tipo de cargo, o que evita desvios de tarefa; contribuições para a seguridade mensalmente recolhidas, dando ao trabalhador uma perspectiva de futuro e a segurança de um benefício se algo acontecer no caminho; seguro-desemprego e outros seguros de saúde e assistenciais que eram componentes do pacto fordista, agora se tornaram um estorvo para as empresas. (Carmo, 2016, p. 87)

Ainda mais, de acordo com Carmo (2016), o emprego para a massa proletária tem um significado, pois é a partir dele que o ser humano garante a sua subsistência e lhe é atribuído um papel na sociedade, contudo, o desmonte dos direitos trabalhistas, as terceirizações e o aumento da informalidade “ gera sentimento de insegurança quanto ao futuro tão agudas quanto a perspectiva de saída ou cobertura durante a situação de desemprego” (Carmo, 2016, p. 89). Hodiernamente, a ofensiva do capital sobre o trabalho potencializa a flexibilidade e a instabilidade social vivenciada pela classe trabalhadora, de modo a forçá-lo a recorrer a vínculos empregatícios temporários, seguindo à sua lógica destrutiva e por conseguinte, levando-o para o próprio sofrimento mental.

Consoante Antunes (2018, p. 160),

“[...] não existem, nesse sentido, limites para a precarização, apenas formas diferenciadas de sua manifestação. Formas capazes de articular em uma única cadeia produtiva desde o trabalho terceirizado, quarteirizado, muitas vezes realizado na casa dos próprios trabalhadores, até aquele intensificado ao limite, desenvolvido nos ambientes “modernos” e “limpos” das corporações mundiais. Por isso que, sob a atual fase do capitalismo, o domínio do trabalho é, mais do que nunca, domínio do tempo de trabalho”.

Segundo Carmo (2016), temos o aumento impulsivo da flexibilidade no setor privado onde “ [...] pequenas e médias empresas ampliaram seu espaço por meio de processos de terceirização, franquias e subcontratações, subordinando-se às decisões estratégicas de grandes empresas nacionais e transnacionais nas cadeias produtivas” (Carmo, 2016, p. 94). Essa tendência reduz drasticamente os trabalhadores fixos, levando-o à flexibilidade das relações de trabalho. Em suma, a massa proletária está à mercê de contratos por tempo determinado, o que consequentemente torna as condições de trabalho mais precárias em relação à jornada laboral, remuneração, benefícios sociais, insegurança, insalubridade e adoecimento mental.

Nesse sentido, notamos que cada vez mais, a demanda do mercado exige respostas de maneira imediata dos trabalhadores, cuja atividade desempenhada é fundada na mensuração de resultados, estímulo individual por intermédio de bônus salarial, no aumento da intensidade da atividade laboral e produtividade. Entretanto, conforme afirma Antunes (2018), tais exigências citadas não promovem melhorias nas condições gerais de vida e trabalho, deterioram as relações sociais e não estabelecem mecanismos que preservem a saúde da classe proletária.

Assim, a disseminação do processo intenso de precarização<sup>8</sup> e adoecimento mental, estruturado pela flexibilização do trabalho, permite que ocorra a naturalização, ocultamento e silenciamento das contradições trabalhistas vivenciadas pela classe trabalhadora. De fato, tais características vivenciadas no ambiente de trabalho aumenta significativamente a condição de trabalhadores estarem em postos de trabalho sem qualificação, em situação desregulamentada ou terceirizada, uma vez que cumprir tais atividades de forma indefinida torna-se o único meio possível para subsidiar a sua própria sobrevivência. Logo, Iamamoto apud Rodrigues (2018) aborda que tais relações sociais presentes no complexo contexto do mundo do trabalho traz como repercussão as inseguranças, tendo em vista que:

“A insegurança no mercado de trabalho, a insegurança no emprego, a insegurança na renda, a insegurança na contratação, a insegurança na representação do trabalho, na organização sindical e na defesa do trabalho [...] assume particularidades mais graves, visto que ao desemprego, resultante das novas tecnologias, soma-se o persistente desemprego estrutural, as relações de trabalho presididas pela violência, a luta pela terra, o trabalho noturno, as relações de trabalho clandestinas, o trabalho escravo, que passam a adquirir certa “máscara de modernidade” nesse país” (Iamamoto *apud* Rodrigues, 2018, p. 39).

---

<sup>8</sup> Consiste aqui esclarecermos a seguinte definição: ““O trabalho precário está generalizado. A OCDE (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico) estima que 60% da força de trabalho a nível mundial é precária. À instabilidade laboral, que não permite aos trabalhadores organizarem a sua vida pessoal, associam-se os baixos salários, que se prolongam sem grandes atualizações. O trabalhador é flexível e pobre. A precariedade refere-se a uma situação geral de escassez, insuficiência, desestabilização, falta de reconhecimento e apreço social e corresponde a certo “modo de vida” caracterizado pela falta de condições mínimas, que permitam ao ser humano ser um sujeito individualmente ativo” (Pialarissi, apud Sá, 2017, p. 4).

Nesse sentido, percebemos que “[...] a precarização social, o desemprego, a violência e a falta de perspectivas são elementos devastadores para o ser humano, gerando sentimento de despertencimento social e desenraizamento de sua condição humana [...]” (Souza, 2017, p. 45) Isso ocorre na medida em que os sujeitos produzem objetos para atender os interesses do capital, ele menos dispõe de condições para responder à própria reprodução da vida. Logo, Campos (2017) acrescenta que nos dias atuais a precarização do trabalho não restringe-se apenas a tornar o indivíduo em mero produtor de mercadoria, como também a barbárie social aliena a vida privada dos seres humanos e da própria relação consigo mesmo.

Acrescenta-se que, Clot (2010) apud Pina e Stotz (2014) identifica que, a intensificação dos processos de trabalho e a expropriação do conhecimento do trabalhador ocasionou também na perda e enfraquecimento do pertencimento do indivíduo na organização coletiva, uma vez que este não se vê como protagonista da luta pelo enfrentamento do adoecimento mental. Em síntese, após a inserção do capital na atividade humana e na base ontológica do ser em sociedade, vivenciamos uma sociedade que cada vez mais adocece e isso ocorre devido à implementação das novas formas de organização do trabalho, acrescido da falta de serviços e da mutualidade antes existente entre homem e natureza.

Seligmann-Silva, apud Campos (2017) destaca a conexão intrínseca entre o trabalho e o adoecimento mental, em especial à luz das mudanças contemporâneas do ambiente de trabalho. Acrescenta-se que essas mudanças deixam marcas significativas não apenas nos processos de trabalho, como também avançam para os campos da vida familiar, momentos interpessoais, lazer e participação social. Em outras palavras, essas mudanças afetam toda a vida social humana.

Ao mesmo tempo em que refletimos sobre o adoecimento mental decorrente das relações produtivas, é imperativo refletirmos sobre a ressignificação do sofrimento mental no contexto laboral. Para tanto, pensa-se que, uma das estratégias possíveis para promover um novo significado às relações conflituosas no ambiente de trabalho, é incorporar serviços de atendimento psicoterápico. Isto é, promover a escuta qualificada e o acolhimento daquele indivíduo em sofrimento psíquico, destacando que, as empresas que ofereçam esse serviço o faça de maneira a aprofundar a origem do adoecimento do trabalhador e desenvolva de forma eficaz estratégias para minimizar os conflitos que lhes são postos no ambiente de trabalho.

Nesse sentido, os elementos supracitados consistem em justificar a importância de compreender a relação entre o cenário mundializado do trabalho e o adoecimento mental dos indivíduos, no que concerne aos intensos processos de trabalho geradores de sofrimento e desgaste mental. É de suma importância ponderar sobre as atividades laborativas exercidas

durante a organização do trabalho e as formas de precarização objetiva e subjetiva da lógica capitalista. A seguir, abordo os desafios contemporâneos acerca da trajetória da saúde mental e os impactos da precarização do trabalho no mundo do trabalho e no desgaste mental do ser humano.

## **CAPÍTULO 2 — SAÚDE MENTAL E A CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS**

Neste capítulo, buscamos retomar elementos históricos que caracterizam o Movimento da Reforma Psiquiátrica, concomitantemente com o Movimento da Reforma Sanitária, que reuniu outros movimentos sociais, em especial o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a fim de superar o modelo hospitalocêntrico e instaurar um modelo de assistência em saúde mental que tivesse como proposta promover, proteger e assistir aqueles que estão em sofrimento psíquico. Para explorarmos nosso objeto, buscamos traçar uma linha cronológica, dando destaque aos aspectos primordiais do tema.

Ademais, faz-se necessário compreendermos acerca do contexto neoliberal, a contrarreforma psiquiátrica no Brasil, bem como os seus impactos sobre o movimento de Reforma Psiquiátrica e no desgaste mental dos indivíduos nos dias atuais.

### **2.1 A Reforma Psiquiátrica brasileira e a luta antimanicomial**

Ao analisarmos o contexto que se deu a o início do movimento da Reforma Psiquiátrica, é importante debruçarmos nos principais aspectos entre os anos de 1978 e 1980. A trajetória da atenção em saúde mental contou com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)<sup>9</sup>, sendo este um dos principais colaboradores na consolidação de questionamentos acerca de questões relativas ao adoecimento mental. Para compreender a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil e os seus desdobramentos, recorreremos os estudos de Paulo Amarantes<sup>10</sup>(1998), que mapeou os marcos fundamentais desse movimento e a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país.

---

<sup>9</sup> O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental “[...] difundiu o ideário da saúde mental e de uma reforma completa na assistência psiquiátrica, referindo à violação contra os direitos humanos das pessoas com transtorno mental, abordando a loucura como fonte de lucro e condições precárias de trabalho em hospitais psiquiátricos, propondo como alternativa a ampliação de serviços ambulatoriais em saúde mental. Esse Movimento foi disseminado pelo grupo de trabalhadores em saúde mental para outros atores sociais e, em decorrência de conflitos entre as tendências alojadas no interior desse Movimento, no ano de 1987, o Movimento de Trabalhadores em Saúde transforma-se em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, tendo adotado como lema ‘ por uma sociedade sem manicômios’ e estabeleceu o dia 18 de maio como Dia da Luta Antimanicomial (Silva, 2019, p. 64).

<sup>10</sup> Psiquiatra e pesquisador brasileiro, Paulo Amarantes é reconhecido por suas contribuições, no que tange a abordagem da saúde mental do país. Um dos principais líderes do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), lutava a favor da reformulação do sistema de saúde mental no Brasil, uma abordagem mais humanizada e baseada na inclusão social e no protagonismo dos indivíduos em sofrimento mental.

Na obra “Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil” (1998), Paulo Amarante esboça uma visão rigorosa e específica acerca dos movimentos sociais que contribuíram na imersão do pensamento crítico a respeito da emergência de mudanças de discursos e práticas sobre a percepção da “loucura”<sup>11</sup> e do adoecimento mental dos indivíduos. Segundo o autor, diante desse contexto destaca-se no ano de 1979 o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), uma vez que esse foi o principal sujeito político que consolidou o pensamento na atenção à saúde mental, contando com a participação popular. Conforme analisado pelo autor, o MTSM teve como amparo às seguintes instituições: Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Federação Brasileira de Hospitais (FBH); contando também com o suporte da indústria farmacêutica, das universidades - sendo esse um pólo fomentador para o desenvolvimento de políticas públicas, e o Estado, por intermédio do Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Além disso, de acordo com Conceição (2022), a mobilização por parte das instituições e da categoria popular ocorreu após inúmeras inquietações e queixas em relação ao tratamento médico recebido por aqueles acometidos pelo sofrimento mental. A assistência prestada às pessoas com transtornos mentais costumava ser centralizada, baseada na institucionalização da loucura, patologização e medicalização da vida. No tocante a institucionalização da loucura<sup>12</sup> no Brasil, tais práticas constituem-se como instrumentos de internações e reeducação do sujeito, caracterizando-se como um lugar de isolamento social, para que este retomasse a razão e a possibilidade de cura, assegurando posteriormente na retomada do sujeito em convivência social, entretanto, os sujeitos estavam à mercê de práticas degradantes, que violava silenciosamente seus direitos e estavam fundamentadas no modelo assistencial psiquiátrico hospitalocêntrico, cuja propósito é silenciar, violar, responsabilizar e individualizar o sujeito (Amarante e Torre, 2018).

Com isso, tais circunstâncias históricas, sociais e políticas provocaram indagações sobre o modelo hospitalocêntrico vivenciado no contexto brasileiro, fato que ocasionou na

---

<sup>11</sup> “[...] foi produzida uma concepção e uma visão social da loucura, como erro, incapacidade, inferioridade e periculosidade, o que retirou a loucura da cidade e o louco do horizonte do convívio social, excluindo as pessoas em sofrimento mental do direito ao trabalho, ao lazer, à cultura. e aos espaços de representação social e política, portanto, da participação no pacto social” (Amarante e Torre, 2018, p. 1103).

<sup>12</sup> “[...] O conceito de ‘isolamento terapêutico’ se constitui com base em dois pontos fundamentais: o primeiro, o princípio do hospital como lugar de exame, no sentido de “isolar para conhecer” — o isolamento é condição para a investigação e explicação das causas e tipos de alienação mental. Trata-se inclusive da busca pela classificação como fundamento para explicação dos fenômenos; a linguagem nosográfica e classificatória, tanto na botânica quanto no alienismo, seria um dos fundamentos do método. Em segundo lugar, é preciso “isolar para tratar”, na medida em que a instituição afasta as influências maléficas, morbígenas, que causam e agravam a alienação — portanto a instituição asilar é instrumento de cura” (Amarante e Torres, 2018, p. 1093).

incidência de movimentos e organizações sociais que lutavam pela superação do sistema assistencialista, ao mesmo tempo em que buscavam reinventar novas práticas sociais em saúde mental.

Cabe aqui mencionarmos que a trajetória psiquiátrica brasileira registrou o pior capítulo da história psiquiátrica brasileira. Arbex (2019), no livro *Holocausto Brasileiro*, retrata a brutalidade e as condições desumanas às quais os indivíduos eram submetidos no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena. Conhecido como Colônia, fundado em 1903, centenas de pessoas foram internadas sem diagnóstico de doença mental, incluindo homossexuais, mulheres grávidas pelos padrões, epiléticos, mães solteiras, indivíduos melancólicos e muitos outros que tiveram seus direitos violados.

Dessa forma, podemos compreender que o hospital psiquiátrico mencionado tinha como objetivo remover os indivíduos tidos como “loucos” da convivência na sociedade. Até então, a “loucura” era caracterizada e organizada seguindo a lógica do isolamento e da exclusão social, uma vez que os indivíduos eram enclausurados em ambientes insalubres e que não ofertavam condições mínimas de cuidados.

Assim, levando em conta a luta que se intensificava e as concepções de cuidado se transformavam, surgiam profissionais que questionavam as práticas abusivas e autoritárias que o sujeito em adoecimento mental estava coagido, como a tratamentos desumanos, asilados e privados de seus direitos. A partir de insatisfações e mobilizações da categoria profissional, segundo Amarantes (1998), o estopim que viabilizou a reivindicação de melhores condições sociais e sanitárias foi a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)<sup>13</sup>, posto que, três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) denunciaram no livro de ocorrências do plantão hospitalar diversas omissões e irregularidades o qual estavam a mercê - sendo condições precárias de trabalho, violências ocupacionais, trabalho escravo, estupro e obitos não esclarecidos dos usuarios. Paralelo a isso, outras quatro unidades da DINSAM, a saber o Centro Psiquiátrico II (CPPII); Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira (CJM); e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, também denunciaram as condições hospitalares do qual estavam inseridos e deflagraram greve em abril de 1978. Esse ocorrido tomou diversas proporções e foi a chama necessária para ascender, de forma ampla, e destacar o MTSM, fato que sucedeu na mobilização de outras organizações, como o Centro Brasileiro de Estado de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME).

---

<sup>13</sup> “[...] órgão do Ministério da Saúde responsável [pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental]” (Amarante, 1998, p. 74).

Sob essa perspectiva, o MTSM concentrou suas denúncias em torno da situação trabalhista, na ausência de recursos hospitalares, no isolamento e uso de eletrochoques no indivíduo em manicômios durante o tratamento, reivindicando melhores condições de trabalho e a extinção do princípio do isolamento da loucura. Além disso, o movimento buscava atender à insatisfação popular referente ao sistema de saúde pública (Amarante, 1998). Sendo assim,

“[...] nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade” (Amarante, 1998, p. 75).

Em síntese, o MTSM assume o compromisso de promover discussões sobre a cidadania e o protagonismo de pessoas em sofrimento psíquico na gestão de diversos aspectos da vida. O movimento oportuniza que a sociedade denuncie os hospitais psiquiátricos uma vez que, em vez de fornecer os cuidados necessários, estes contribuem para a criação do que passou a ser reconhecido socialmente como “loucura”. Logo, esse estigma está ligado à posição social que associa o indivíduo a erros e a falta de utilidade na sociedade.

Com o intuito de promover o debate sobre as condições de cuidado, ocorreu em outubro de 1978 o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, também conhecido como ‘Congresso da Abertura’. Esse evento oportunizou o encontro de diversos setores conservadores nacionais, sistematizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, além de trazer apontamentos críticos acerca das mudanças e discussões da conjuntura e do modelo médico-assistencial tradicional, levantando questões de cunho não apenas político-ideológico, como também relacionados a política geral e setorial nacional (Amarantes, 1998).

Cabe aqui destacar outro marco importante ocorrido no mesmo ano sendo este o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições. Realizado no Rio de Janeiro, esse evento propiciou a reunião dos principais pensadores, no que tange o pensamento crítico da saúde mental, tendo destaque Franco Basaglia<sup>14</sup>, Félix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman, entre muitos outros.

Portanto, percebemos que, diante das inquietações e debates que surgiram em torno da atenção psiquiátrica, o MTSM engendrou-se e firmou-se como sendo um dos movimentos

---

<sup>14</sup> Franco Basaglia foi um importante precursor da Reforma Psiquiátrica Italiana que se opunha às práticas enraizadas que o modelo hospitalocêntrico e as comunidades terapêuticas infligiu aos indivíduos acometidos por doenças psíquicas. A Lei Basaglia, promulgada em 1978, recebeu o nome da principal fonte inspiradora, o qual oportunizou na extinção dos manicômios e paralelo a isso, promoveu a abertura de hospitais psiquiátricos para aqueles que necessitavam de tratamento psiquiátrico. Sua contribuição trouxe grande influência para a Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro.

sociais mais importantes na defesa dos direitos humanos daqueles que carecem de cuidados e assistência psiquiátrica. Ademais, os congressos mencionados foram de suma importância para problematizar a situação vivenciada com o modelo médico-assistencial, incluindo considerações à política em geral e as políticas setoriais nacionais.

Em seguida, ocorreu no ano de 1980 o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental - sendo um espaço diversificado para debates sobre a política nacional de saúde mental, as condições sanitárias e barbáries do qual os indivíduos em sofrimento psíquico estão imersos, bem como as circunstâncias do ambiente de trabalho para os profissionais da área, levando em consideração a dinâmica posta pela conjuntura brasileira (Amarante, 1998). No mesmo período, sucedeu-se o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Salvador, logo, uma das inquietações postas durante o ambiente de difusão de debates foi às questões sociais e direitos humanos dos indivíduos institucionalizados, privados de sua liberdade e de espaços que promovem a convivência com a comunidade - sendo esses ambientes de lazer, trabalho e cultura.

Ademais, segundo Amarante (1998), no campo da saúde mental protagoniza-se estratégias específicas que conciliam o movimento sanitário com as políticas públicas de saúde. O autor analisa o processo denominado de ‘co-gestão’, uma vez que este prevê a colaboração do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS) no gerenciamento de repasses e recursos para hospitais públicos. Esse processo adota um viés paritário, descentralizado e dinâmico, em contraste com o modelo de assistência privatista, individualista e mercantilizada.

Nesse ínterim, o advento da ‘co-gestão’ alça-se durante a situação de crise previdenciária, ao mesmo tempo em que ocorreu insatisfações populares com o sistema de saúde e o sucateamento do serviço público. A implantação desse processo surge como um mecanismo para integrar o sistema de saúde, influenciando as novas tendências e direcionamentos no setor das políticas públicas, como o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), as Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em resumo, a trajetória percorrida pela ‘co-gestão’ assume um caráter universalizado à população, refletindo assim na modificação qualitativa da política de saúde brasileira, demarcando uma outra dinâmica na administração do setor público para atender aos interesses do coletivo.

Ante o exposto, de acordo Amarante (1998, p. 94), o progresso em que se deu a ‘co-gestão’ fez com que surgissem os ‘empresários da loucura’, sendo estes “[...] os proprietários

de hospitais psiquiátricos - que nela vêem a ameaça aos seus lucros e, também, seu poder político”. Desse modo, na tentativa de defender os seus interesses empresariais, os ‘empresários da loucura’ organizam o Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e lançaram questionamentos acerca da viabilização dos recursos públicos hospitalares. Segundo Conceição (2022), esses empresários argumentavam que o atendimento de qualidade à população só poderia ocorrer em hospitais privados, oportunizando a perspectiva de valorização da participação do setor privado na prestação de serviços de saúde.

No tocante a crítica da FBH, Amarantes (1998) destaca que, por trás das indagações proferidas pelos empresários, havia preocupações sobre a redução de sua parcela de vantagens, uma vez que o processo de ‘co-gestão’ viabiliza e dinamiza os recursos dos serviços hospitalares públicos, reduzindo, assim, os serviços do setor privado. Além disso, escondia-se uma abordagem mercantilizada e individualista, na qual o sujeito em sofrimento mental era percebido como um indivíduo destituído dos seus direitos e liberdade. Portanto, ao mesmo tempo que a institucionalização caracteriza-se como forma de tratamento para ‘cura’, oportuniza a criação e produção de lucro.

Nesse ínterim, Conceição (2022) analisa que, devido à superação do regime ditatorial em 1985 paralelo ao processo de democratização política no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária brasileira (MRSb)<sup>15</sup> toma espaços e assume posições estratégicas que politizam a saúde pública. Segundo a autora, esse movimento assume como lema “Saúde e Democracia” e, contando com a participação dos profissionais de saúde e dos movimentos populares, propõe um novo olhar acerca da política de saúde, em especial sob a égide do setor público.

A partir desse contexto, em 1986, o Ministério da Saúde realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>16</sup> e, contando pela primeira vez com a participação de vários setores da comunidade civil e gestores e técnicos de saúde, conferiu um novo olhar sobre as formas de cuidado e atenção à saúde pública (Baptista, 2007). Nesse mesmo sentido, Amarante (1998) esclarece que as propostas desta Conferência e a mobilização efetuada outorgaram o novo

---

<sup>15</sup> O Movimento da Reforma Sanitária tece críticas acerca do sistema de saúde e busca reverter a lógica posta na assistência à saúde no Brasil. As principais propostas debatidas foram: a saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado; ações de saúde integradas em um único Sistema Unificado de Saúde, garantindo a atenção a saúde individual e coletiva com caráter preventivo ou curativo; a gestão administrativa e financeira deve ser descentralizada para as esferas estaduais e municipais; o Estado deve assegurar a participação e o controle social das políticas públicas de saúde (Baptista, 2007).

<sup>16</sup> Percebe-se que, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, “[...] a noção de saúde tende a ser percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa - e participativa - do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestão de políticas institucionais etc. Assim, a sociedade teve a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (ou ausência de patologias)” (Luz *apud*. Conceição, 2022, p. 116).

conceito de saúde, na qual esse conceito foi definido como um direito universal para todos os cidadãos e dever do Estado, como também sinônimo de qualidade de vida e acesso a princípios básicos e condições dignas de vida.

Em resumo, a VIII Conferência Nacional de Saúde contribuiu para repensarmos o conceito de saúde, não somente como bem-estar físico e biológico, como também sendo resultado das condições de habitação, educação, trabalho, renda, lazer, entre outros. Cabe também mencionarmos que, no que diz respeito à saúde, a atenção à saúde mental reflete na qualidade de vida dos sujeitos, uma vez que os indivíduos que estão em sofrimento mental também carecem de estratégias de atenção psicossocial e atendimento integral, com participação da comunidade.

Em relação a trajetória da atenção em saúde mental, é importante destacar que o adoecimento mental costumava ser concebido sob um ponto de vista de aviltamento, exclusão social e medicalização desses sujeitos. Isso ocorria porque os indivíduos submetidos a esses processos não eram reconhecidos como sujeitos detentores de direitos civis, sociais e políticos, já que a extensão da cidadania não era aplicada a eles.

Desse modo, um ponto central a ser discutido é que os desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde trouxeram inquietações e debates sobre a compreensão da doença mental. Assim, em 1987 aconteceram dois eventos, realizados em virtude das inquietações da VIII Conferência, a saber: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (II CNTSM). Sob esse prisma, o marco fundamental do movimento pela reforma psiquiátrica se deu a partir da I CNSM, cujo objetivo central propõe reinserir os pacientes psiquiátricos na comunidade e extinguir gradativamente os hospitais psiquiátricos, marcando assim o fim da trajetória sanitária<sup>17</sup> e o início da desinstitucionalização, vinculando-a aos interesses da classe trabalhadora. Para tanto, o II CNTSM emerge no mesmo ano, cujo lema é ‘por uma sociedade sem manicômios’, possibilitando, assim, a construção de um novo projeto em saúde mental no país (Amarante, 1998).

Nesse sentido, Conceição (2022) contextualiza que a VIII Conferência Nacional de Saúde foi um divisor de águas acerca da temática de universalidade da saúde pública no

---

<sup>17</sup> Amarante (1998, p. 141) explica que um dos motivos para o distanciamento do movimento pela reforma psiquiátrica do movimento pela reforma sanitária se deu pois “[...] apesar de todos os desvios de roda, de todas as contradições e paradoxos, o movimento psiquiátrico sempre mantém um viés desinstitucionalizante, isto é, mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença - ao ponto em que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social.

contexto brasileiro. Além disso, a disseminação de propostas ao longo da Conferência serviram de pilar para a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), com acesso universal, integral e equânime.

Assim, a autora analisa que, a Constituição Federal é promulgada em 1988 e dispõe de regimentos que ordena o país e consolida a introdução de políticas de saúde de forma geral e a inviolabilidade dos direitos sociais. Posteriormente, em 1990, impulsionada pelo movimento sanitário, foi promulgada a Lei Orgânica de Saúde de nº 8.080 que assegura condições fundamentais de promoção, proteção e recuperação da saúde, instituindo por fim o SUS. Além disso, a Lei nº 8.142 “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” (Brasil, 1990).

Em síntese, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil emergiu das críticas ao modelo da medicalização, patologização e privatização dos serviços destinados à área da saúde mental. Conforme apontado por Paiva (2003, p. 21), durante a trajetória da atenção em saúde mental

“Trabalha-se com a defesa da reforma psiquiátrica, por ela ser imbuída dos ideais de uma sociedade realmente igualitária e humana, primando pela reinserção social dos excluídos, como são os loucos, baseando-se nos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade. Enfim, por uma sociedade livre da opressão, preconceito e ignorância.”

Em uma breve contextualização, Paiva (2003) esclarece que é fundamental entendermos a trajetória em saúde mental e os passos que levaram a reforma psiquiátrica, observando a necessidade de desconstruir as formas enraizadas de lidar com a loucura e a desmontagem dos dispositivos psiquiátricos que corroboram com a institucionalização das formas de reprodução social. Portanto, no campo teórico-conceitual dos referenciais do MTSM, o II CNTSM ressurgiu com o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’, fato que apontava para a ruptura e desconstrução da concepção de loucura, ultrapassando os limites assistenciais, e as diversas violações e práticas degradantes que os sujeitos em sofrimento psíquico estavam a mercê (Amarante, 1998). Ou seja, o projeto de desinstitucionalização retornou, sob o viés da tradição basagliana, tendo em vista que emerge a preocupação com o ‘ato de saúde’ em vez de apenas na macro reforma das instituições psiquiátricas (Tenório, 2022).

Sendo assim, a chamada desinstitucionalização<sup>18</sup> pondera sobre as estruturas de cuidado à loucura e a alienação social. Esse cenário iniciou uma influência no que hoje

---

<sup>18</sup> Segundo Amarante (1998), a expressão de desinstitucionalização surge nos Estados Unidos, durante a conjuntura do projeto preventista no sentido de desospitalização. Nesse sentido, a desinstitucionalização é adotada como sinônimo da desospitalização, pois almeja entender e desconstruir o paradigma biomédico tradicional, enquanto a desospitalização refere-se a retirada dos usuários das moradias hospitalares e inseri-las em espaços comunitários.

chamamos de Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Nesse contexto, um novo ator importante surge: a aglutinação dos/as usuários/as envolvidos no tratamento de saúde mental e de seus familiares, seja participando diretamente de encontros, conferências, como também, na discussão e criação de novas práticas de cuidado e atenção como alternativa do modelo de cuidado psiquiátrico tradicional (Tenório, 2022). Assim, é marcado em todo país o dia 18 de maio como o ‘Dia Nacional da Luta Antimanicomial’, que oportuniza e potencializa a discussão sobre a concepção da loucura e a necessidade de romper com as estruturas tradicionais de cuidado, visando a construção de novas tecnologias de atenção à saúde mental e ampliando a noção de cidadania daqueles em sofrimento mental.

Conceição (2022) traz a concepção de como se perpetua o MLA, uma vez que proporciona o debate e a construção coletiva do protagonismo dos sujeitos em sofrimento psíquico e concebe a importância de construir um novo conceito de atenção psicossocial e reprodução social daqueles sujeitos privados dos seus direitos sociais. Portanto, não se reduz a centralidade e aperfeiçoamento das estruturas manicomiais e instituições sanitárias ou psiquiátricas. Em suma, segundo o Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica constitui-se como um 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 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 (Delgado, *et al.*, 2007, p. 39 *apud*. Conceição, 2022, p. 22).

Ademais, Amarante *apud*. Conceição (2022) esclarecem que o complexo percurso trilhado pela Reforma Psiquiátrica alcança e articula-se em quatro campos distintos. A primeira dimensão diz respeito ao campo teórico-conceitual ou epistemológico, uma vez que este é responsável pelas questões de produção e construção do conhecimento, compreendendo os conceitos que subsidiam a psiquiatria tradicional, como o isolamento terapêutico e o tratamento moral, e norteiam os saberes da medicina mental. No tocante a segunda dimensão, os autores explanam o modelo técnico-assistencial, como um mecanismo historicamente constituído por práticas de isolamento social e asilares, a partir da ideia de que para conhecer o transtorno mental, o louco precisa estar recluso da vida social e da sociedade. Por outro lado, o processo

de reforma psiquiátrica no Brasil tem realizado profundas críticas a esses mecanismos e práticas de opressão, trazendo como perspectiva o indivíduo em sofrimento psíquico como protagonista de sua própria história.

Ato contínuo, o campo jurídico-político é destacado pelos autores como a terceira dimensão, o qual abre espaços de luta e inclusão de direitos para aqueles em sofrimento mental. A dimensão sociocultural constitui o quarto campo, protagonizado pelos diversos atores da Reforma Psiquiátrica. Além do envolvimento dos profissionais em saúde mental e movimentos sociais, essa dimensão conta com a participação social da sociedade na formulação de políticas de saúde mental, com uma visão em prol da cidadania e pela defesa da vida.

Desse modo, a partir da Reforma Psiquiátrica e do MLA, a atenção psicossocial alcançou significativos avanços e se aproximou cada vez mais da produção social da saúde mental. Cabe mencionarmos a implantação na década de 1980 dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde o primeiro CAPS, Professor Luiz da Rocha Cerqueira, foi inaugurado em 1987 em São Paulo. Esse CAPS oportunizou de forma embrionária e experimental, a implementação de um modelo substitutivo dos dispositivos psiquiátricos. Entretanto, a reformulação da atenção em saúde mental não dispensa os instrumentos e os saberes psiquiátricos, mas os reinventou tendo como parâmetro uma nova compreensão do lugar social da loucura e como se dá a sua intervenção, levando em consideração não apenas o sintoma em si como também o seu protagonista: o sujeito (Tenório, 2002).

Ademais, Conceição (2022) salienta que, ainda no campo técnico-assistencial na política de saúde mental, ocorre em 1990 a Conferência de Caracas, o qual oportunizou no amplo debate sobre as políticas de saúde mental e a reorientação do sistema de atenção psicossocial nos países da América Latina. A princípio, a Conferência culminou na elaboração da “Declaração de Caracas”, que promoveu na promoção de modelos alternativos de cuidados e atenção psicossocial, fundamentado na participação social e comunitária, e na inclusão das pessoas em sofrimento mental, considerando os desdobramentos e superação do modelo hospitalocêntrico e da luta em prol do protagonismo dos indivíduos com problemas de saúde mental.

Nessa direção, após o amadurecimento do MLA e da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990, o deputado Paulo Delgado (PT/MG), inspirado na insatisfação popular e no combate a conjuntura da saúde mental que reivindicava o movimento da Reforma Psiquiátrica, elaborou um Projeto de Lei que previa a extinção da abertura de novos leitos psiquiátricos, dando espaços para a “reabilitação psicossocial do indivíduo com transtornos mentais, possibilitando uma maior proximidade destes com a comunidade na qual está inserido,

usufruindo os direitos de qualquer cidadão” (Silva, 2019, p. 63). Segundo Tenório (2022), o projeto de Lei nº 3.657/89 objetivava: a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos; o direcionamento de recursos públicos para a implantação de um modelo substitutivo de atendimento psicossocial; e nos casos de internação compulsória, aponta o prazo de 24 horas para comunicar às autoridades judiciárias, emitindo então um parecer sobre a legalidade da internação que justifique.

Cabe aqui mencionarmos que, segundo Conceição (2022) a Lei Franco Basaglia nº 180/1978 foi instituída em 13 de maio de 1978 e marcou o início da extinção progressiva e definitiva do modelo manicomial, visão a construção de uma rede de serviços alternativos. Além disso, a Lei Basaglia trouxe influências significativas e foi um dos marcos fundamentais na maneira de pensar sobre as instituições psiquiátricas e no fortalecimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desse modo, enquanto a Lei 3.657/89 propunha o fechamento das instituições asilares, a Lei 10.216/2001 “[...] passou por um ciclo de negociações que resultou na supressão e revisão de seus artigos e princípios, prevalecendo o texto que ainda possibilita a existência de hospitais psiquiátricos, mas sob outros termos a referida lei redireciona a assistência em saúde mental [...]” (Conceição, 2022, p. 24).

Assim, a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). Esta lei representa uma das principais contribuições do MLA em relação a políticas públicas em saúde mental efetivas, superando o assistencialismo e o modelo médico curativo e medicalizante.

Em consonância com a Reforma Psiquiátrica e ao MLA, cabe destacarmos que surgiu uma nova modalidade de atenção psicossocial os CAPS<sup>19</sup>, sendo reconhecidos na III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) e no âmbito assistencial, como dispositivos de atendimento comunitários, cuja responsabilidade é de acolher os sujeitos com transtornos mentais e inseri-los socialmente, por intermédio de atividades psicoterápicas mediada por uma equipe técnica interdisciplinar qualificada. Em síntese, o CAPS tem como diretriz principal a prestação de atenção psicossocial em regime de demanda espontânea ou encaminhamento de

---

<sup>19</sup> A Portaria de nº 366, instituída em 19 de fevereiro de 2022, determina em seu Art. 1º que “os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria”. Assim, “as três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental” de modo a ofertar “prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo”.

outros dispositivos, visando evitar internações em hospitais psiquiátricos, além de tecer as relações dos indivíduos com a vida em sociedade.

Para tanto, a atual política de saúde mental resultou da mobilização dos usuários, dos familiares e dos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, é instituída pela Portaria 3.088/2011, em 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial<sup>20</sup> (RAPS), o qual delimita a criação, ampliação e articulação de ações e serviços de saúde para responder às demandas dos usuários acometidos por transtornos mentais (Conceição, 2022). Segundo a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, alguns objetivos específicos da RAPS são: promover cuidados e qualidade dos serviços em saúde para grupos vulneráveis (crianças, idosos, adolescentes, pessoas em situação de rua e comunidade indígena); prevenir/reduzir o consumo/dano de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e reinserção dos usuários com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas; fomentar a formação continuada aos profissionais da equipe multidisciplinar; promover ações intersetoriais de prevenção e redução de danos, contando com a parceria de organizações governamentais e da comunidade; e dentre outros (Garcia e Reis, 2018).

Nessa direção, segundo a Portaria 3.088/2011, a RAPS assume o objetivo de expandir a atenção em saúde mental, incluindo os CAPS. Essa iniciativa viabiliza a criação, promoção, ampliação e articulação de atendimento à saúde dos indivíduos em sofrimento mental e com necessidades relacionadas ao uso de álcool e substâncias psicoativas. Desse modo, a operacionalização dos cuidados à saúde mental oportuniza o acesso dos indivíduos nos pontos de atenção à saúde mental, utilizando o acolhimento e o acompanhamento contínuo, ampliando e favorecendo um melhor atendimento à pessoa em sofrimento mental.

Em síntese, é de suma importância entendermos a trajetória da atenção à saúde mental, uma vez que perpassa por uma série de inconformidades. Logo, os movimentos sociais são de grande relevância para trazer como pauta um espaço democrático e de luta em prol daqueles em sofrimento mental, que possuiu o seu protagonismo enquanto indivíduos usurpados por um ideal que tinha como proposta mercantilizar a loucura.

---

<sup>20</sup> A RAPS é instituída para “[...] a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Assim, a RAPS é dividida seguindo os seguintes componentes: I - atenção básica em saúde; II - atenção psicossocial; III - atenção de urgência e emergência; IV - atenção residual de caráter transitório; V - atenção hospitalar; VI - estratégias de desinstitucionalização; VII - estratégias de reabilitação psicossocial (Garcia e Reis, 2018).

Importa salientar que, segundo Silva (2019b) a construção de uma rede de atenção psicossocial proporciona tanto o alinhamento e consolidação da Reforma Psiquiátrica no país, como também assegura um conjunto dinâmico e tangível de recursos capazes de oferecer apoio às pessoas em sofrimento mental. Portanto, um dos aspectos que compõem a concretização da reforma psiquiátrica no Brasil é a permanência de um movimento social contínuo e direcionado, cujo objetivo seja o de garantir o protagonismo e o cuidado dos indivíduos em sofrimento mental.

Fez-se necessário debruçarmos sobre os principais aspectos que permeiam o processo de reforma psiquiátrica no país e a forte presença dos movimentos sociais para consolidar e direcionar a política de saúde mental. Para tanto, a atenção a saúde mental assume a rede substitutiva como maneira de romper com as ideias centrais do modelo hospitalocêntrico, portanto, os serviços de atenção à saúde mental tem como centralidade a atenção humanizada às necessidades das pessoas e a promoção da autonomia e equidade, levando em consideração os determinantes sociais.

Ademais, conforme analisado por Conceição (2022), as Conferências Nacionais de Saúde Mental assumiram um papel fundamental e estratégico na consolidação da política de saúde mental, uma vez que serviram como mecanismo de participação social e controle social. O seu surgimento se deu em um momento crucial desse processo histórico, influenciando a política de saúde mental, ao destacar as problemáticas que serviram de debate para a consolidação da reforma psiquiátrica.

Assim, nota-se que

“Entre 2002 e 2012, a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política do Estado brasileiro e o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas foi impulsionado pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), pelo Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), pela expansão de serviços substitutivos (CAPS e as Residências Terapêuticas) e pela criação do Programa De Volta para Casa. Mas os desafios continuam!” (Cardoso, *et al.*, *apud.* Silva, 2019b, 70).

Silva (2019b) analisa que a formalização dos direitos sociais e serviços a nível jurídico não garante automaticamente sua efetivação na prática, especialmente quando analisamos o trajeto percorrido pela reforma psiquiátrica, e conseqüentemente, o processo de contrarreforma que afeta as políticas públicas, destacando aqui as fragilidades vivenciadas na política de saúde mental. Hodiernamente, perpassa pelo Estado Brasileiro um conjunto de contrarreformas direcionados para atender aos interesses do capital, o que inclui a redução do financiamento das políticas públicas, o estímulo a prestação de serviços pelo setor privado, a privatização de empresas estatais e flexibilização de direitos trabalhista (Conceição, 2022).

Para tanto, o avanço dos ideais neoliberais serve como fio condutor para o agravamento do sofrimento e da subjetividade do indivíduo em sofrimento mental. Em outras palavras, o adoecimento mental é intensificado pela falta de recursos e/ou acesso de certos segmentos sociais a esses serviços e a saúde é caracterizada não apenas pelo bem-estar físico, como também psicológico e social. Isto é, o adoecimento mental é uma das consequências das relações sociais moldadas pelo sistema capitalista, uma vez que reflete as contradições inerentes a esse sistema.

Logo, para a classe dominante, o adoecimento mental é visualizado como uma forma de improdutividade, uma vez que o trabalhador em sofrimento psíquico perde a capacidade de atender aos interesses determinados pela lógica instrumental burguesa.

Em síntese, a política de saúde mental no contexto brasileiro desenrola-se num nível de complexidade, e portanto, a trajetória de conquistas e lutas encontra-se em constante ameaça e aprofundamento. Logo, a hegemonia burguesa adota medidas estratégicas para consolidar-se, incluindo o desmonte progressivo da política e suas contrarreformas, em destaque a política nacional de saúde mental, enfoque esse dado no próximo tópico.

## **2.2 Contrarreforma Psiquiátrica: obstáculos na efetivação dos direitos humanos**

A partir de 1990, do governo de FHC até os dias atuais, o Estado brasileiro vem redirecionando, de forma privatista e focalista, as políticas de saúde, em especial a política de saúde mental, a qual vamos aqui abordar. Cabe mencionarmos que, de forma breve, os desdobramentos da reestruturação produtiva e o aprofundamento do sistema capitalista desencadeiam uma grande pressão estrutural, no que diz respeito a reajustar a economia interna do país para responder aos interesses do capital.

Silva (2019b) esclarece que o epicentro da crise estrutural do sistema capitalista está intimamente ligado a força motriz desse sistema, ou seja, a riqueza que é socialmente produzida e acumulada por uma minoria controla os meios de produção e os seus desdobramentos ocasionam na dificuldade de desenvolvimento para todas as camadas sociais. Faz-se necessário uma reflexão acerca da dinâmica contraditória posta pelo capital, uma vez que a sua tendência mundial é de regredir os direitos sociais, incluindo a política de saúde mental.

De acordo com Netto e Braz<sup>21</sup> *apud.* Silva (2019b), a singularidade do capital está intrinsecamente ligada ao seu modo de produção, logo os produtos que são gerados necessitam da aprovação no mercado, e essa validação é determinada pela aceitação ou rejeição dos produtos consumidos pelos consumidores. Ou seja, tal interrupção abre espaço para interrupções dos ciclos produtivos e esse intervalo pode resultar em depressão, denominado frequentemente de crise.

Nesse sentido, segundo o posicionamento de Netto e Braz *apud.* Silva (2019b), no desenrolar da trajetória do sistema capitalista foram registrados diversos episódios de crise, portanto, após o período de interrupção do acúmulo de capital, o período subsequente é caracterizado pelo restabelecimento das unidades de produção e reprodução do sistema, trazendo consigo características violentas. Esse processo oportuniza a ocorrência de uma nova fase do crescimento econômico, acarretando um novo ciclo econômico que contraria os interesses da classe trabalhadora. Demarca-se a eclosão a partir da década de 1970, cujo diferencial é ser “[...] uma crise estrutural que afeta a totalidade de um complexo social em todas as suas relações com suas partes constitutivas ou sub complexos” (Mészáros, *apud.* Silva, 2019, p.22).

Em síntese, para se adaptar ao novo contexto, o sistema capitalista realiza uma série de ajustes e adota um padrão de acumulação flexível, reforçando a natureza destrutiva e impetuosa da crise estrutural do capital. No mais, a cada superação de crises, há a tendência de regredir os direitos sociais, destacando o nosso objeto de pesquisa, a saúde mental.

No decorrer do desenvolvimento histórico do modelo capitalista, o Brasil adentra a década de 1990 em um contexto contraditório e focalista, cujo objetivo é atender às novas exigências do capital. Para tanto, firma-se uma política econômica neoliberal que, segundo Silva (2019b), consiste em uma ideologia que almeja sustentar o mercado concorrencial, questionando que a democracia, a liberdade e a justiça social seriam um empecilho para o crescimento do mercado, ou seja, argumenta a necessidade urgente de uma “reforma” que priorize a intervenção mínima do Estado e suas atribuições.

Cabe mencionar que o termo “reforma” assume uma conotação progressista, considerando que o seu uso era empregado pela classe trabalhadora e nas lutas cujo objetivo era ampliação de direitos sociais e proteção social. No entanto, a o referido termo é apropriado e destituído descaradamente pelas práticas neoliberais e demonstram as implicações regressivas e negacionistas das políticas sociais, incluindo a política de saúde mental (Conceição, 2022).

---

<sup>21</sup> Ver NETTO, J; BRAZ, M. Economia política: uma introdução crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008, (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 1).

Concordamos que tal hegemonia neoliberal surge para renovar e reestruturar o processo de acumulação do capital e contemplar interesses cultuados pela burguesia, ou seja, a terceirização, desfinanciamento e a mercantilização e supressão de serviços como: saúde, educação, habitação, previdência privada. Logo, Marques (2016, p. 16) explica que:

“As práticas neoliberais trouxeram uma sustentação aos valores cultuados pelo capitalismo, servindo como um arcabouço teórico para a burguesia clamar, historicamente, pela não-interferência do Estado nas relações econômicas-políticas. Mas, na prática, o neoliberalismo, esse sistema político-econômico, trouxe como consequência uma complexificação na relação capital-trabalho e a acumulação de capitais nas mãos de poucos: a Burguesia”.

Em suma, as novas propostas orientadas pelo mercado tem como ênfase as privatizações<sup>22</sup>, a supressão dos direitos sociais e previdenciários, em especial a fragmentação das conquistas obtidas no âmbito da Seguridade Social.

Antes de mais nada, Behring e Boschetti<sup>23</sup> *apud*. Silva (2019b.) contextualizam que, o termo que corresponde às práticas impostas pelo ideário neoliberal é “contrarreforma”, considerando que a mesma segue amparada no argumento de supressão de direitos sociais enquanto a “reforma” sempre esteve relacionada à luta e conquistas da classe trabalhadora. Nessa perspectiva, o termo “reforma”

[...] esteve diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo redistributivo de viés social-democrata, sendo submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção socio histórica” (Behring; Boschetti. *apud*. Conceição, 2022, p. 44).

Assim, de acordo com Behring<sup>24</sup> *apud*. Silva (2019b.), a conjuntura nacional da última década, perpetuada pelo processo de contrarreforma do Estado, foi marcada pelos seguintes elementos: regressões, antinacional, antipopular e antidemocrática. Ato contínuo, ressaltamos que, conseqüentemente, o autoritarismo, a cultura senhorial, o patrimonialismo, a privatização dos setores públicos, a benevolência, o clientelismo e o patrimonialismo, são elementos que estarão presentes na elaboração dos projetos e dinâmica própria das contrarreformas dos governos subsequentes, constituindo a continuidade do desmonte e fragilização das políticas públicas de Seguridade Social, sobretudo a política de saúde mental.

Cabe aqui contextualizar, mesmo que de forma breve, a conjuntura brasileira do qual a política nacional de saúde se perdura, considerando as novas tendências e particularidades regressivas. Referenciando Silva (2019b.), faz-se necessário apreender alguns elementos, atores

<sup>22</sup> “As privatizações juntamente com a liberação do mercado são o mantra do movimento neoliberal” (Silva, M. D., 2019b, p. 33).

<sup>23</sup> BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

<sup>24</sup> BEHRING, E.R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

e contradições oriundos dos padrões do desenvolvimento capitalista e as suas respectivas mediações, levando em consideração as discussões dos fenômenos e contradições no âmbito brasileiro e na sociedade civil.

Nessa perspectiva, segundo Silva (2019b.), a política de saúde no contexto brasileiro manifesta-se por meio de três momentos distintos. O primeiro, sendo assistencialista, perdurado no período anterior à década de 1930, já o segundo, previdenciário, período esse após a década de 1930. Ademais, o terceiro momento, universalista, delimitado a partir de 1988, o qual daremos ênfase a seguir dado o nosso objeto de pesquisa.

Ao contextualizarmos o período de redemocratização do país em 1988, de acordo com Silva (2019b.), é impulsionada a política pública brasileira e inicia-se a discussão da política de saúde enquanto direito de todos e de responsabilidade do Estado, levando em consideração os apontamentos estruturantes pela Reforma Sanitária brasileira (RSb) e pelos movimentos sociais que atender os interesses da classe trabalhadora e dos direitos sociais.

Nesse contexto, a Constituição Cidadã<sup>25</sup> de 1988 estabelece a saúde como sendo um dos direitos constitucionais fundamentais e de dever do Estado e para consolidar a sua efetivação, é implementado em 1990 o SUS. Para tratar das disposições gerais, atribuições e objetivos do sistema público brasileiro, é regulamentado as Lei nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, denominadas de Leis Orgânicas da Saúde, no qual o objetivo das referidas leis é operacionalizar ações e serviços de saúde pública e a participação da comunidade na gestão do SUS.

Outrossim, a década de 1990 assistiu a articulação feita pela RSB para a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde - nº 8.080/90, ao mesmo tempo que presencia o retraimento da saúde pública devido ao início do processo de contrarreformas do Estado brasileiro e as investidas da economia neoliberal, conforme destacamos anteriormente (Conceição, 2022). Assim, evidenciamos os primeiros impactos no recém-criado sistema público de saúde e conseqüentemente, o conjunto de estratégias e projetos privatistas que assumem o caráter mercantilista e hegemônico da racionalidade instrumental burguesa, ou seja, “é necessário precarizar a política de saúde, torna-la cada vez mais uma política pobre para pobres, deixando amplo espaço para o mercado, desconstruindo num movimento de contrarreforma o referencial de saúde pública conquistado nos anos 1980” (Soares, 2010, p. 44).

---

<sup>25</sup> Silva (2019b) analisa que as constituições anteriores a de 1988 viam a saúde pública de forma superficial e arbitrária, uma vez que o seu acesso é para aqueles que contribuíram na previdência social. Enquanto isso, a Constituição promulgada em 1988 garante a universalidade da saúde pública, sendo uma das mais progressivas do mundo, no que diz respeito à proteção social.

Cabe aqui retratarmos que, no âmbito da saúde mental, evidenciamos a promulgação da Lei nº 10.216/2001 e as Portarias instituídas sob os números 336/2002 - que estabelece os CAPS como modelo assistencial em saúde mental - e 130/2012 - que determina a criação do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras drogas (CAPS AD III) com funcionamento em 24 horas por dia, em todos os dias da semana, incluindo feriados e finais de semana. Posteriormente, a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria 3088/2011, regulamenta a criação, articulação e ampliação do acesso à atenção psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico e portadoras de transtornos mentais, o qual propõe a superação do modelo hospitalocêntrico, oportunizando a articulação de serviços substitutivos que efetivem a política de saúde mental.

Tais Portarias oportunizam que os indivíduos em sofrimento psíquico tenham os seus direitos sociais atendidos e que os dispositivos de atenção à saúde mental sejam o principal instrumento para garantir a integralidade do cuidado psicossocial. É de suma importância destacarmos que, o conjunto de ações e estratégias em saúde mental devem incluir os familiares do sujeito em sofrimento mental, na perspectiva de inseri-lo em sociedade e no convívio familiar, respeitando o indivíduo como ser humano protagonista da sua própria história e detentor de direitos, de modo que a autonomia seja entendida como realidade a ser construída e defendida.

Entretanto, segundo Conceição (2022), ao discutirmos o contexto da contrarreforma do Estado brasileiro faz-se necessário analisarmos que as transformações e redução de gastos na política de saúde, em especial a atenção em saúde mental, ganham potência e reforçam o caráter contraditório e precarização das políticas em saúde mental no decurso do governo Temer e do governo Bolsonaro. Silva (2019b) afirma que, os retrocessos aprovados no contexto de domínio do neoliberalismo afrontam a desconstrução da exclusão social e o tratamento de indivíduos em sofrimento mental. As mudanças estipuladas na política de atenção em saúde mental reforçam políticas antidemocráticas e autoritárias, uma vez que o diálogo das políticas de saúde mental não são articuladas com a participação social e comunitária. Para tanto, a referida autora exemplifica a fala do presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental, Paulo Amarante, ao salientar que a implementação da Portaria nº 3.588/2017 foi aprovada a “toque de caixa”, uma vez que não houve espaço para os usuários e as entidades representativas participarem da construção, contradizendo esse traço constitutivo da Reforma Psiquiátrica.

Contextualizando o que fora explicado, Soares (2010, p. 40) enfatiza que

“O ajuste estrutural do Estado realiza-se num processo de contrarreforma que é regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados - inclusive o direito à saúde e está fundamentado na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo. Tal

racionalidade traz em seu bojo velhos elementos da racionalidade instrumental burguesa que são atualizados e agregados a novos conteúdos que legitimam a lógica de produção e reprodução do capital neste tempo de crise”.

É nesse contexto que o ideário neoliberal e o projeto de contrarreformas na política de saúde pública brasileira vêm assumindo a dinâmica do sistema capitalista contemporâneo e fortalecendo as privatizações que entram em curso. Seguindo essa perspectiva, segundo Conceição (2022), do governo de Fernando Collor (1990-1992) até o governo de Jair Bolsonaro (2019-2022) ocorre uma aceleração das medidas de desmonte e implementação de contrarreformas e, em especial, o campo de saúde mental retrai-se à medida que as contradições do processo de acumulação capitalista cerceia as políticas sociais, propaga falácias acerca da oferta de saúde pública, isto é, inviabilizando o acesso universal e restrição dos recursos para aos serviços de saúde.

Contextualizando Castilho, Lemos e Gomes<sup>26</sup> apud Ferreira (2020, p.79), o reflexo e as estratégias da onda neoliberal, sobretudo no governo Temer (2016-2018), promove a acentuação da regressividade e fragiliza os avanços ocorridos com a promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS), distanciando assim, a classe trabalhadora do acesso a universalização das ações e políticas sociais. Desse modo,

“O capitalismo contemporâneo, sob um novo estilo de acumulação, a financeirização, tem requisitado a atuação do fundo público, em favor do interesse do capital, e as contrarreformas têm sido o instrumento utilizado para viabilizar essas transferências. Os novos modelos de gestão têm se revelado como um dos mecanismos diretos de apropriação de recursos públicos, na área da saúde, para atender aos interesses privados” (Santos, 2015, p. 100 *apud*. Conceição, 2022, p. 47).

Para tanto, entendemos que o processo de redemocratização do Estado brasileiro privilegia-se do cenário de ascensão e da ideologia macroeconômica sob o viés neoliberal, levando em consideração as práticas neoconservadoras mediante o comando do capital financeiro. Somado a tudo isso, há, portanto, uma contrariedade ao direito que fora instituído legalmente paralelo aos limites para a sua materialização. Tal racionalidade faz com que seja urgente que a sociedade, em destaque a classe trabalhadora, lute pelos direitos já conquistados.

Pelo exposto, é de suma importância destacarmos, mesmo de forma breve, como se deu o alcance e ajuste estrutural das contrarreformas no governo de Fernando Collor (1990-1992) até os dias atuais, para então explorarmos como se operacionalizam as políticas e serviços de saúde mental.

Soares (2010) aponta que o primeiro governo eleito de forma direta e democrática após o regime ditatorial - o governo de Fernando Collor (1990-1992) - expressou os velhos interesses

---

<sup>26</sup> CASTILHO, Daniela Ribeiro. LEMOS, Esther Luíza de Souza. GOMES, Vera Lúcia Batista. Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. In: Crise, seguridade social e regressão de direitos. In: Rev. Serviço Social & Sociedade. n. 130. set/dez. São Paulo: Cortez Editora, 2017.

e grupos dominantes que vestiam a ideia do “novo”, “moderno” e “inovador”. O seu governo marcou o início da lógica neoliberal, marcando o início da implementação do sistema público brasileiro - SUS. Salienta-se que esse período foi marcado também pelas inúmeras tentativas investidas de não cumprimento das regras constitucionais, sendo elas: a não regulamentação da descentralização e participação social, minimização de recursos destinados à saúde, além da reprodução de políticas mercantilistas e fragmentadas. Acrescenta-se que, o discurso proferido pelo referido presidente era de que o Estado precisava ser minimizado, enquanto ocorreria a abertura de espaço para o mercado, multinacionais e tecnologias.

Posteriormente, o seu sucessor, Itamar Franco (1992-1995), deu continuidade às diversas ações que divergiam do que era proposto pelo texto constitucional. Além do descumprimento e violações contra a reforma sanitária, o então presidente sofria de diversos tensionamentos e resistência do movimento sanitário, que apesar de enfraquecido, resistia visando atender os interesses da classe trabalhadora. Soares (2010) aponta também que os segmentos dentro do governo defendiam as privatizações e a focalização precarizada do sistema e, paralelamente, dá continuidade aos processos de retrocessos e contrarreforma do Estado, de maneira mais sistemática, assumindo vínculos estreitos com os interesses do mercado privado de saúde.

Vemos que, é na gestão de Fernando Henrique Cardoso - FHC (1995-2002) que a política macroeconômica enraiza-se aos modelos de privatizações de maneira ainda mais ofensiva e estrutural, contando com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), o qual possuía como objetivo responsabilizar organizações sociais pela prestação de serviços de saúde, situando a saúde pública como não responsabilidade do Estado (Soares, 2010). Tais implicações estavam ligadas a lógica do capital transnacional, contrariando os elementos constitucionais materializados na política de saúde. No percurso da gestão, firmou-se também diversas Emendas à Constituição, nas seguintes áreas de atuação: Administração Pública, Políticas Sociais e em especial a Seguridade Social, tendo em vista que o alcance do projeto é intensificar e distanciar cada vez mais o arcabouço jurídico Constitucional, em especial a saúde (Silva, 2019b).

Sob o comando da nova economia política, Ferreira (2020, p. 70) contextualiza que o Estado torna-se “[...] um sistema que favorece os direitos individuais à propriedade privada, de aspirações ao regime de direito de livre mercado, entre regiões, países ou grupos, e o setor privado (empresas, instituições) passam a ser iniciativas de inovação e criação de riquezas”. Logo, a problemática acerca da transferência do papel do Estado, de financiador e regulador das políticas públicas, para os setores privados é cabível para debates e discussões, tendo em

vista que o coletivo que lutou e lançou de estratégias para garantir o direito à saúde como acesso universal, equânime e integral, está contemplando o desmonte do arcabouço jurídico Constituinte para atender as novas formas de governanças.

Esse processo de contrarreformas do Estado é dado continuidade no governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010). Conforme apontado por Soares (2010), a eleição de Lula trazia expectativas quanto aos rumos do Estado, levando em consideração que pela primeira vez um representante sindical de um partido político, que em seu título era composto para representar os interesses da classe trabalhadora, foi eleito pelo país. Logo, a expectativa era de que houvesse mudanças no interior de um Estado que é historicamente autoritário e subordinado aos interesses patronais, em especial, segundo a autora,

“[...] na política de saúde, mais precisamente, a expectativa era de uma retomada do projeto de reforma sanitária e efetivação do SUS. No entanto, as alianças que garantiram a chegada de Lula ao poder, os seus vínculos com o grande capital nacional e internacional começaram a se explicitar já no primeiro mandato” (Soares, 2010, p. 51).

Dessa forma, a gestão de Lula e do Partido dos Trabalhadores<sup>27</sup> (PT) dá continuidade ao deterioramento dos elementos constitucionais e subordina as políticas sociais para a ofensiva política pública de saúde, divergindo do que é apresentado como proposta do que fora constituído legalmente, flexibilizando a reforma sanitária.

Nesse contexto, dando continuidade a gestão do PT, é eleita Dilma Vana Rousseff (2015-2016) dando seguimento aos modelos privatizantes, merecendo destaque algumas ações: “cortes orçamentários, restrição de investimentos, medidas de caráter privatista como abertura do capital da Infraero, privatização de aeroportos e a nova rodada de leilões do petróleo do Pré-Sal (Menezes, *apud*. Silva, 2019b, p. 43)”. Desse modo, ao exemplificarmos uma das tendências de instituir parcerias com os serviços privados, segundo Silva (2019), aprova-se a Lei Nº 1.749/2011, hoje Lei Nº 12.550<sup>28</sup>, onde concebe a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

<sup>27</sup> “O PT tem sua criação em 1980, em um contexto de contestação à ditadura militar e emergência das lutas sociais que encontrou na retomada da luta sindical e operária um ponto de fusão de classes. Surge enquanto partido político que propõe organizar politicamente os trabalhadores urbanos e rurais, sinaliza em sua carta de princípios que é um partido sem patrões e que não aceitaria em seu interior representantes das classes exploradoras. O PT tinha uma vocação anticapitalista e apontava para um horizonte socialista. Representou um avanço importante na história da organização política dos trabalhadores brasileiros, apresentando uma proposta “classista”, ou seja, um partido de classes, dos trabalhadores, contrário a alianças com representantes das classes dominantes. Atualmente o PT é outro partido e apresenta fortes ligações com alguns dos mais poderosos grupos empresariais (Menezes, 2015, *apud*. Silva, 2019b, p.41)”.

<sup>28</sup> A Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

(EBSERH) cuja finalidade é prestar serviços de assistência à saúde, além de reestruturar os Hospitais Universitários Federais (HUF) vinculadas com o Ministério da Educação.

Contudo, cabe destacar que o segundo mandato de Dilma Rousseff (2015-2016) atravessou um dos momentos mais importantes do país. O tensionamento e as manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas culminaram no afastamento da então presidenta da República, e posteriormente na instauração do processo de impeachment. Nesse cenário, o vice Michel Temer (2016-2019) assume representando os interesses dos setores conservadores e retrógrados da sociedade brasileira, evidenciando documentos bases de seu governo, como “Uma Ponte para o futuro” e “Travessia Social”, símbolo de uma nova fase intensa e fragmentada da contrarreforma estrutural (Silva, 2019b). No que diz respeito a saúde pública,

“[...] a nomeação do deputado federal Ricardo Barros para Ministro da Saúde, configurou uma nítida e clara ofensiva à política pública de saúde, tendo em vista que o então deputado não apresenta nenhuma relação com a RSB e, por conseguinte, com a constituição de um Sistema Público de Saúde” (Silva, 2019b, 45).

Quanto a isso, no contexto das mudanças na Constituição Cidadã e a intensificação das contrarreformas no âmbito da saúde, é importante mencionar a conduta da gestão do então presidente. Destaca-se a Lei nº 13.303/2016, que trata do estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o que implica a privatização de todas as empresas públicas, municipais, estaduais ou federais, como a EBSERH. Além disso, a Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu o Novo Regime Fiscal, congelando os investimentos em saúde, educação e assistência por até 20 anos (Silva, 2019b).

Ressaltamos, levando em consideração o foco do nosso estudo, que a precarização dos serviços de saúde pública, em especial os retrocessos vivenciado na atenção à saúde mental, tem promovido o retrocesso das conquistas protagonizadas pela RSB e do SUS, sendo intensificadas e explícitas na gestão do governo Temer e perpetuadas no governo Bolsonaro. Quanto a isso, por exemplo, a portaria nº 3.588/2017, de 21 de dezembro de 2017 atua seriamente sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), onde dentre tantas alterações prevê o retorno da internação de sujeitos em sofrimento mental em hospitais psiquiátricos, reforçando então o retrocesso no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico e a usuários/as de álcool e substâncias psicoativas (Silva, 2022).

Referenciando o Conselho Nacional de Saúde (CNS), “[...] essa portaria ‘mutila a política de saúde mental’, quando aumenta o valor da diária de internação paga aos hospitais psiquiátricos e amplia de 15% para 20% o número de leitos psiquiátricos nessas unidades (CNS, *apud*. Conceição, 2022, p.50). Ademais, Silva (2019b) destaca que uma das estratégias para

engendrar as mudanças na RAPS foi a não inserção do Conselho Nacional de Saúde, do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e da participação social, uma vez que são contrários às alterações impostas pelo governo e fundamentam-se na superação do assistencialismo e da visão individual, biomédica e medicalizante.

Desse modo, a racionalidade hegemônica predominante nos mecanismos do Estado tem como tendência o fortalecimento dos interesses do mercado nacional e internacional. Ao destacarmos a atenção a saúde mental, entendemos que o rompimento da perspectiva antimanicomial defendido pela RAPS colocam em xeque a gestão da saúde mental, uma vez que há o reforço da postura antidemocrática e a ideia de inviabilidade da saúde pública brasileira e desconfiguração de políticas de saúde mental.

De acordo com Silva (2019b), a “nova” política de atenção em saúde mental, estabelecida por meio da Portaria 3.588/027, promove a ascensão de tendências atuais que visam impor à classe trabalhadora políticas sociais, em especial políticas de saúde mental. Sob esse prisma, a autora ressalta que a gestão do governo Temer engendrou mudanças significativas na RAPS, o qual está estruturada em dois momentos que destaca-se a seguir:

“No dia 14 de dezembro de 2017, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi aprovada a desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, colocando novamente a centralidade nos Hospitais Psiquiátricos e na ampliação do financiamento e legitimação das Comunidades Terapêuticas; [Ademais] no dia 22 de dezembro de 2017, no meio do recesso legislativo e do judiciário, o Ministério da Saúde publicou a Resolução n. 32 e a Portaria n. 3588 que oficializa as medidas que desconfiguram a RAPS e, em conjunto com o Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Justiça, publicaram a Portaria Interministerial n. 2, que inicia um redesenho nas políticas de drogas, baseada no financiamento e na ampliação das comunidades terapêuticas” (Silva, 2019b, 73).

Em suma, tais ameaças na política de saúde mental ressaltam a contrariedade dos ideais defendidos pela Reforma Psiquiátrica e pelos movimentos sociais da luta antimanicomial e o controle social, levando em consideração a sistematização da “nova política” representa o ressurgimento de um modelo de assistência ineficaz, ultrapassado, e que não atende aos interesses dos sujeitos em sofrimento psíquico. No mais, a institucionalização da RAPS tem sido operalizada, partindo do entendimento que, esta segue reiterando a assistência de dispositivos que cerceiam a liberdade e invisibilizam o sujeito, logo:

“Tal política é alvo de críticas em face da ausência de participação social em sua formulação e por esta na contramão do modelo de atenção em saúde mental que preconiza a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, como consubstanciado na Lei 10.216/2001. O movimento de Luta Antimanicomial repudia tais propostas por compreender que representam retrocesso na implantação da rede de atenção psicossocial territorializada, de base comunitária e construída com participação dos movimentos sociais da luta antimanicomial e do controle social” (Soares, *apud.* Silva, 2019b, 75).

Nesse cenário, destaca-se também a Criação da Rede de Ambulatório de Saúde Mental, denominada de Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental<sup>29</sup>. Essa rede não apenas oferece um serviço intermediário entre CAPS e atenção básica, como também um retorno a um passado que não responde às demandas dos usuários (Silva, 2019b). No tocante a proposta do governo, vemos nitidamente a tentativa de descredibilizar o CAPS, como estratégia em atenção psicossocial e serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, propondo um modelo de assistência que promova o afastamento e a desassistência daqueles em sofrimento psíquico.

É perceptível que, a intenção de romper com a lógica de organização e estruturação dos serviços substitutivos reflete o intuito do governo em retornar com as práticas assistencialistas que reforçam a negligência do atendimento à pessoa em sofrimento mental e o isolamento social. Portanto, a elaboração desses ambulatórios tem como pressuposto desvalorizar e subestimar os serviços prestados pela rede de saúde mental, e para além disso desconstruir toda luta e desdobramentos da Reforma Psiquiátrica.

Cabe também destacarmos que, Silva (2019b) contextualiza contramão da Reforma Psiquiátrica, em destaque a “nova” política de saúde mental que inclui, por meio da Resolução nº 32/2017, o Hospital Psiquiátrico Especializado sendo um dispositivo ofertado pelo RAPS. Isso representa uma ruptura com o processo de superação da lógica manicomial, que vinha sendo desconstruída e substituída por uma rede de assistência mais abrangente, capaz de fornecer acolhimento e cuidados completos e de qualidade, respeitando a cidadania e a liberdade dos indivíduos (Brasil, 2017).

Além disso, conforme esclarecido por Silva (2019b), a resolução propõe a introdução de mecanismos para valorizar esse serviço, como a expansão de leitos hospitalares especializados para atender os indivíduos em sofrimento mental e/ou com necessidades especiais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A mencionada resolução acrescenta a reestruturação mínima da equipe multiprofissional, além de implementar um sistema de monitoramento sistemático da taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento do valor integral do serviço e o ajuste escalonado do valor das diárias para internações em hospitais especializados.

Ademais, para justificar o retorno dos hospitais psiquiátricos, o governo Temer verbaliza que tais mudanças são necessárias para mitigar a falta de assistência enfrentada pelo

---

<sup>29</sup> A resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017 explicita que: Art. 6º - Aprovar a criação de "Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental", com objetivo de prestar atenção multiprofissional no nível secundário, apoiando de forma articulada à atenção básica e demais serviços das redes de atenção à saúde.

usuários da atenção à saúde mental, contudo sabemos que essas iniciativas nada mais é do que o retorno gradativo da estigmatização da loucura e o favorecimento dos grupos capitalistas que possuem o poder sobre o sistema político e econômico (Silva, 2019b). Portanto, as alterações implementadas no governo Temer retornam o pensar sobre a internação ser o principal recurso de tratamento, minando a ideia de substituir os manicômios e inviabilizando o protagonismo do sujeito em sofrimento psíquico.

Ainda nessa linha, segundo Silva (2019b), a Resolução nº 32/2017 inclui as Comunidades Terapêuticas como um serviço de saúde destinado ao acolhimento de usuários de álcool e outras drogas. Essas comunidades passaram a receber o apoio e financiamento do Ministério da Saúde, sendo, portanto, reconhecida como componente do sistema de saúde. Em contrapartida, nota-se que o Ministério da Saúde direciona sete vezes mais recursos para as Comunidades Terapêuticas, levando em consideração o comparativo de financiamento de todos os serviços do RAPS. Assim, Silva (2019b, p. 89) contextualiza que

“[...] um dos principais instrumentos terapêuticos da Comunidade Terapêutica é a convivência entre os pares, na qual o usuário tem que realizar a mediação entre seu comportamento individual com as exigências da coletividade. Comportamento esse que deve provocar mudança dos sujeitos em situação de dependência de drogas”.

Conforme destaca Fracasso (2014), o Modelo Psicossocial adotado pelas Comunidades Terapêuticas se baseia na compreensão de que a participação do indivíduo é crucial no processo de superação da dependência química, o contexto social desempenha um papel significativo na definição da dependência, uma vez que fatores ambientais, sociais e culturais podem influenciar a dependência de substâncias e a compreensão da dependência ocorre por meio da interação entre a droga, o indivíduo e o contexto social, isto é, a dependência não é apenas uma questão individual, como também está relacionada ao ambiente social do qual o usuário está inserido.

Nessa perspectiva, Fracasso (2014) destaca que um dos principais instrumentos terapêuticos é a convivência entre os usuários, na qual cada indivíduo precisa equilibrar seu comportamento individual com as demandas do grupo e da interação com os outros grupos que fazem parte da comunidade. Essa convivência oportuniza que os indivíduos em situação de dependência de drogas percebam a si mesmos de maneira mais clara, promovendo mudanças comportamentais ao longo do processo terapêutico. Logo, a interação e colaboração entre os pares desempenham um papel fundamental na reabilitação e recuperação dos usuários dentro das comunidades.

Para Fracasso (2014), o número de Comunidades Terapêuticas cresce de forma rápida no Brasil, contudo com diversos equívocos, sendo a designação de “Comunidade Terapêutica”

utilizada de maneira inadequada tomando como comparativo a proposta original dessas comunidades. Nesse contexto, surge em 16 de outubro de 1990 a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). A FEBRACT assume o propósito de padronizar e estabelecer diretrizes para as comunidades, oferecendo suporte técnico e promovendo um comportamento ético que bem definido. Em outras palavras, “[...] assume um papel de grande relevância na medida em que dissemina seus interesses e busca sua consolidação na sociedade brasileira” (Silva, 2019, p. 89).

Nesse contexto, segundo Silva (2019b), em 2001 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu normas para o funcionamento de serviços públicos e privados voltados para o atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, por meio da Resolução RDC nº 101/2001, que foi revogada no mesmo ano. Posteriormente, essa regulamentação foi definida pela RDC nº 29/2001, a qual estabeleceu diretrizes técnicas específicas para esses serviços. A autora enfatiza que essas normas fizeram com que as Comunidades Terapêuticas deixassem de se enquadrar nas normas gerais do sistema de saúde, e passassem a ser regulamentadas de acordo com seu caráter residual e de convívio familiar, refletindo as especificidades desse tipo de instituição.

Fracasso (2014, p. 9) destaca que os seguintes elementos compõem a forma de tratamento proposta nas Comunidades Terapêuticas:

- Prática da espiritualidade sem a imposição de crenças religiosas;
- Internação e permanência voluntárias, entendidas como uma intervenção que objetiva auxiliar o dependente de substâncias psicoativas (SPA) a reinserir-se e reintegrar-se na sociedade, assumindo suas funções como cidadão, membro de uma família e trabalhador e/ou estudante;
- Ambiente residencial com características de relações familiares, saudável e protegido técnica e eticamente, livre de drogas e violência, assim como de práticas sexuais (temporariamente, neste último caso);
- Convivência entre os pares, participando ativamente na vida e nas atividades da Comunidade Terapêutica;
- Critérios de admissão, permanência e alta definidos com o conhecimento antecipado por parte do dependente de SPA candidato e de seus familiares/responsáveis;
- Aceitação e participação ativa no programa terapêutico definido e oferecido pela Comunidade Terapêutica, tanto pelos dependentes de SPA como pelos familiares/responsáveis;
- Utilização do trabalho como valor educativo e terapêutico no processo de tratamento na Comunidade Terapêutica e na recuperação do dependente de SPA;
- Acompanhamento pós-tratamento de, no mínimo, um ano após o episódio da internação

Silva (2019b) enfatiza que as perspectivas assumidas pelas Comunidades Terapêuticas fogem do que é proposto pela abordagem da Atenção Psicossocial da RAPS, uma vez que esta se baseia na integralidade e em outros princípios do SUS. Os princípios defendidos pelo SUS não são contemplados pelas comunidades, o qual foram incorporadas como parte dos serviços de saúde mental no governo Temer e reforçam o desmonte das políticas públicas. Logo, o

retorno das comunidades terapêuticas representa o retorno evidente e uma desqualificação do cuidado ao indivíduo em sofrimento mental.

É importante ressaltar que, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), emitiu uma nota no ano de 2016 expressando sua oposição à regulamentação das comunidades terapêuticas (Silva, 2019). A principal razão para essa oposição surge do argumento de que o tratamento de pessoas que fazem o uso abusivo álcool e de substâncias psicoativas devem realizados no âmbito do SUS, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD), hospitais gerais e consultórios de rua. Tal posicionamento alinhasse a Lei nº 10.216/2001, que regulamenta a Reforma Psiquiátrica, além dos documentos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) e da XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) (CFESS, 2016).

Nesse sentido, Lemes<sup>30</sup> *apud*. Silva (2019, p. 91) enfatizam que

“A ênfase nas internações retrocede aos típicos loucos de manicômios, ociosos, dopados sob a tutela impiedosa de profissionais cuja função é muito mais de carcereiros que de terapeuta. A ênfase nas comunidades terapêuticas traz um aporte de dinheiro para estas instituições, muitas delas tendo sido denunciadas como locais de tortura, exploração do trabalho dos pacientes e de encarceramento privado”.

Ademais, no governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), segundo Conceição (2019), vemos como iniciativa a reformulação do Programa Mais Médicos, cujo discurso é centrado no modelo tecnicista e reduzindo o seu caráter político. O programa era composto por profissionais cubanos que atuavam por meio de um acordo estabelecido entre os governos do Brasil e de Cuba para atender as necessidades de saúde da população. Entretanto, o que aconteceu posteriormente foi o desmonte do programa com a saída dos médicos cubanos e dificuldades dos médicos brasileiros em permanecer no programa e atuar em áreas remotas e carentes.

Outro retrocesso que devemos aqui citar do referido Governo, é a divulgação da Nota Técnica nº 11/2019, da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, uma vez que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sofreram ataques que reduziram a sua importância e coloca como alternativa às “comunidades terapêuticas”,entretanto “[...] na sua maioria oferece apenas o enclausuramento do problema, na ausência de uma ação mais efetiva e eficaz do Estado”, isto é, tal modalidade de internação é vista como “eficaz” para o tratamento de usuários em sofrimento psíquico, contudo configura-se como um espaço de violação de direitos (Pitta, 2011, p.11).

Além disso, no referido documento ocorre a liberação de equipamentos invasivos e violentos, como o uso de aparelhos de choque elétrico, para o tratamento de transtornos mentais

---

<sup>30</sup> Ver LEMES, C. W. O. Sobre a “nova “política de saúde mental: houve manobras parecidas as usadas para comprar votos no Congresso. Viomundo, São Paulo,2018.

severos, resultando por fim, o retorno à lógica da exclusão, o modelo manicomial e o retrocesso do referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Nessa perspectiva, os retrocessos acima supracitados fragmentam a rede de serviços e contradiz o projeto de política de saúde mental, visto que é vedada internações com características asilares, sendo apenas aplicada quando esgotado os recursos extra hospitalares, conforme esclarecido no artigo 4º, da Lei nº 10.126/2001. Há, portanto, o direcionamento do projeto de atenção à saúde mental para práticas que reforçam a lógica manicomial, o estigma da saúde mental, a fragilização de vínculos, e a responsabilização da família pelo adoecimento mental. Desse modo,

“O movimento da Reforma Psiquiátrica inclui tais instituições entre as asilo-manicomiais que precisam ser substituídas progressivamente. A Reforma Psiquiátrica Brasileira segue defendendo ações efetivas em rede na Atenção Básica, nos Ambulatórios Especializados, nos CAPS AD III, nas Unidades Residenciais Transitórias, nos Serviços Residenciais Terapêuticos, nos leitos em Hospitais Gerais e nas pequenas enfermarias especializadas. Ainda enfatiza os Pontos de Encontro, os Centros de Convivência, as Oficinas de Geração de Renda e Trabalho e o “gerenciamento de casos” nas comunidades, baseados na lógica de redução de danos. Defende ainda ações intersetoriais de inclusão social no trabalho, na escola, nas artes, nos esportes, na cultura e a produção de chances de novos protagonismos sociais que ocupem o lugar das drogas nos projetos de vida dos usuários” (Pitta, 2011, p.11).

Acrescenta-se também, conforme analisado por Nascimento (2019), a promulgação do decreto nº 9.761/2019 que formaliza a aprovação da nova Política Nacional Sobre Drogas (PNAD). Ademais, segundo a autora, concebe uma política voltada para a redução de danos, uma abordagem amplamente apoiada por diversos profissionais e entidades da área, logo, a PNAD passou a adotar como direcionamento a promoção da abstinência como estratégia de tratamento, sendo esta comumente associada às comunidades terapêuticas. Entretanto, tal decreto evidencia a permeação do conservadorismo na abordagem terapêutica direcionada no tratamento dos indivíduos com dependência química, ou seja, a dependência é interpretada à luz da religiosidade, pressupondo que tal condição seja decorrente da “ausência de Deus”.

Cabe destacar que, segundo artigo publicado no jornal O Globo<sup>31</sup>, as comunidades terapêuticas mencionadas receberam um aporte financeiro de R\$153,7 milhões do governo Bolsonaro, equivalente ao montante destinado aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, a Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, prevê a internação compulsória de indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.

---

<sup>31</sup> Matéria disponível em <https://oglobo.globo.com/brasil/bolsonaro-multiplica-investimento-em-comunidades-terapeuticas-para-atender-usuarios-de-drogas-23617535>.

De acordo com Nascimento (2019, p. 79), o CFESS manifestou-se contra a aprovação da lei. A nota de repúdio diz que

“O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) teve ciência de que o governo federal sancionou a Lei nº 13.840/2019, que autoriza a internação compulsória de pessoas em uso ou abuso de álcool e outras drogas, sem a necessidade de autorização judicial. O Conselho verificou ainda que a lei também inclui, no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), as comunidades terapêuticas acolhedoras. O CFESS não concorda com o financiamento das comunidades terapêuticas, porque não há comprovação da eficácia destas instituições no tratamento. Além disso, estas instituições nem podem ser consideradas como unidades de saúde. Outra questão, não menos importante, diz respeito às várias denúncias de maus tratos e infração dos direitos humanos, que envolvem estas instituições, inclusive denúncias de trabalho escravo, pois muitos usuários internados precisam trabalhar para pagar sua estadia. [...] por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios de rua. Nesses espaços, as pessoas podem ser acompanhadas ambulatorialmente, para tratar as questões de saúde decorrentes do uso de drogas e, quando necessário, são encaminhadas para a internação”.

Assim, vemos que com o avanço do capitalismo, o estado tende a perpetuar e reforçar a narrativa de que a religião é a abordagem apropriada para o tratamento de pessoas com dependência química (Nascimento, 2019). Sob esse prisma, observamos também a saúde sendo posta como mercadoria, uma vez que é vista no campo lucrativo para o setor privado.

Após essa breve análise, podemos afirmar a existência da ameaça constante contra a Reforma Psiquiátrica e os avanços conquistados no campo da saúde mental devido ao contexto neoliberal. Tal ideologia política materializa na sua ação a redução do papel do Estado na economia e promove a privatização dos serviços públicos, impactando diretamente os serviços de saúde, incluindo a saúde mental.

O contexto neoliberal instrumentaliza um estágio de amadurecimento e intensificação de problemas que tem raízes profundas na própria essência do sistema capitalista, isto é, intrinsecamente ligados à natureza fundamental do capitalismo. A abordagem neoliberal frequentemente aprofunda questões sociais, econômicas e políticas que já eram presentes no sistema capitalista, ao mesmo modo que, ao pensarmos no contexto da saúde mental, tal ideologia leva à redução de investimentos em serviços de cuidado e tratamento, bem como a uma ênfase em abordagens mais individualistas em detrimento de abordagens holísticas e comunitárias.

Portanto, é de suma importância destacar que, tanto os profissionais da atenção à saúde mental, como os movimentos sociais e defensores da Reforma Psiquiátrica permaneçam na luta em prol de políticas públicas que fomentem a desinstitucionalização, a inclusão e o protagonismos das pessoas em sofrimento mental sendo estes dignos de respeito e direitos. A presente pesquisa oportuniza a compreensão das influências do contexto neoliberal e da crise

estrutural do capital, uma vez que se mostra fundamental compreendermos os empecilhos vivenciados na contemporaneidade na rede de atenção psicossocial. Logo, a luta social pela atenção à saúde mental, pelo atendimento das necessidades mentais dos indivíduos, se faz presente hoje e precisa continuar avançando.

### **CAPÍTULO 3 — SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: TECENDO ELEMENTOS PARA UM DEBATE**

Nesta seção, traçaremos um olhar histórico do Serviço Social enquanto profissional inserido nos espaços sócio ocupacionais na área da saúde mental e como as implicações da contrarreforma psiquiátrica afeta o trabalho profissional e a efetivação do Projeto Ético-Político. Para tanto, fez-se necessário debruçar-se, brevemente, na inserção histórica da profissão no âmbito da saúde mental e os desafios que são postos durante sua atuação.

Importa salientar que, apesar das limitações, rebatimentos e contradições durante o exercício profissional, a atuação do/a assistente social na área da saúde mental está ancorada em seu Projeto Ético-Político e no Código de Ética Profissional. Assim, é essencial que o profissional assuma uma postura crítica e propositiva, buscando prezar pelo bem-estar e os direitos sociais dos indivíduos em sofrimento psíquico. Logo, o presente capítulo busca reafirmar que a base emancipatória e democrática do projeto profissional é fundamental para a garantia de direitos daqueles em sofrimento mental.

#### **3.1 Os impactos da onda neoliberal no trabalho do Assistente Social**

Robaina (2010) analisa que uma profissão apenas adquire a sua legitimidade perante a sociedade por meio de sua inserção histórica na divisão sociotécnica do trabalho. Ao pensarmos na legitimação do Serviço Social, observamos que a década de 1940 oportunizou a formação dos primeiros profissionais, o qual a sua inserção no mercado de trabalho é justificado perante as implicações que surgem no contexto de desenvolvimento do estágio monopolista do capital. Assim, a autora enfatiza que o Serviço Social surge porque a sua especialização no mundo do trabalho é a “questão social”, o qual tem como respaldo a sua produção teórica e seus instrumentos operativos, isto é, “[...] é desse lugar que o assistente social está legitimado frente ao empregador e aos usuários de seu serviço” (Robaina, 2010, p. 345).

Durante esse cenário, a atuação dos profissionais quanto às ações de atenção à saúde caracteriza-se por meio de práticas profissionais de cunho conservador, que não objetivava a mudança de concepção e contexto das práticas profissionais no âmago da instituição, isto é, adequar o tratamento do sujeito tomado pelo viés de individualizar e responsabilizá-lo, dificultando a sua inserção no seio familiar, legitimando, por fim, o status quo, a neutralização

dos conflitos e reproduzindo o binômio: repressão x assistência. Cabe mencionar também que o atendimento para com o indivíduo era burocrático e massivo.

Rocha (2012) destaca que o período do Regime Militar, em 1960, adensou as mudanças sobre o olhar social nos hospícios e adentra no cenário brasileiro as comunidades terapêuticas, objetivando um novo modelo organizacional com aparato asilar psiquiátrico, perpetuando a lógica autoritária imposta pelo capital. Assim, o período supracitado também estimulou o alto índice de internações, a privatização da saúde e o fortalecimento de clínicas privadas pagas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), ampliando-se, por fim, a atuação profissional na área da saúde mental. Neste contexto,

“A atuação do Serviço Social em saúde mental é marcada por uma forte indefinição teórica, oriunda da dificuldade do aporte teórico construído pela perspectiva modernizadora em responder às crescentes expressões da questão social e, principalmente, na perspectiva de pensar o fazer profissional em um campo fortemente marcado pela subjetividade, recaindo, sempre e recorrentemente, na psicologização das relações sociais, embora, neste momento, a profissão é demandada pelo Estado para efetivação das crescentes políticas públicas, que tinham por objetivo conter as massas. Há de se destacar, também, que o trabalho profissional é fortemente orientado pela lógica de caso, grupo e comunidade, fruto da tecnificação da profissão, que tinha por objetivo desenvolver áreas estratégicas ao governo, apaziguar conflitos, controlar as massas em seu cotidiano” (Rocha, 2012, p. 37).

A concepção do exercício profissional sofre mudanças a partir de 1970 e 1980, visto que, a categoria apropria-se das teorias marxistas e estimula um novo projeto ético-político que alia-se com a classe trabalhadora, conforme elucida Silva (2019a):

“O projeto Ético-político do Serviço Social se constitui em uma nova proposta coletiva, societária e macroscópica que visa elaborar propostas para a sociedade como um todo estando relacionado à profissão. Na lógica do capitalismo, projetos societários visam atender aos interesses das classes subalternas e que se encontram quase sempre em situação de desvantagem em relação às classes dominantes. Os projetos profissionais, em geral, se constituem em nível acadêmico superior e dependem de uma série de regulamentações” (Silva, 2019a, p. 38).

Sob esse prisma, refletimos que a materialização do projeto ético-político, exige do assistente social um olhar capaz de decifrar a realidade posta e utiliza da criticidade para elaborar estratégias de intervenção capaz de intervir e preservar os direitos. Portanto, como profissionais cujo objeto de intervenção é a questão social, atualmente a profissão desempenha um papel de extrema relevância no campo da saúde mental, uma vez que estabelece a conexão essencial entre os aspectos sociais e subjetivos dos indivíduos. Assim, a profissão assume a responsabilidade de abordar a dimensão social da reforma psiquiátrica, tratando-a como uma unidade psicossocial (Silva, 2019).

Contudo, ao mesmo passo em que a saúde torna-se universal, pública e de qualidade, as mudanças ocorridas nas políticas de Estado por conta da racionalidade neoliberal reduzem direitos e inviabilizam conquistas históricas da classe trabalhadora. Neste contexto de desmonte, a rede de saúde mental encontra-se centralizada na desresponsabilização do Estado e responsabilização dos familiares. Ocorre que é atribuída aos familiares a culpa e responsabilidade pelo fracasso do tratamento do indivíduo, entretanto não se questiona a ineficácia da rede de saúde mental complexa em muitos municípios, em decorrência da falta de financiamento e deterioração dos cuidados e atenção à saúde mental.

Destarte, não é por acaso a desconstrução dos direitos sociais, de modo que a inviabilização e o desmonte das políticas públicas estão de acordo com a necessidade de responder aos interesses do modelo de acumulação flexível. Cavalcante (2020) destaca que, apesar da existência de pequenos avanços substanciais na rede de saúde mental, o projeto neoliberal possui como agenda a terceirização dos trabalhadores do SUS, os recorrentes processos de privatizações e a redução de custos do setor da saúde. Por fim, apesar dos muitos desafios para as políticas sociais, é através do contexto pandêmico que surgem as possibilidades para investir e intensificar a resistência frente ao avanço neoliberal, avançando na universalidade e no fortalecimento da dimensão social sobre as múltiplas expressões da questão social.

Segundo Conceição (2022), na atual conjuntura brasileira observamos a emersão do fenômeno denominado de “ reformas” guiadas pelo mercado, o qual possui como medida o desmonte das políticas públicas sociais e implementação das contrarreformas. A autora salienta que, a reforma do estado tem como foco peculiar as privatizações e a redução dos direitos previdenciários e sociais, acentuando a regressão dos direitos concebidos pelo SUS. Cabe retomarmos o debate acerca do termo “ reforma”, sendo este apropriado indevidamente pelos neoliberais, conforme ponderam as autoras Behring e Boschetti (2007):

“[...] se esteve diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo redistributivo de viés social-democrata, sendo submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção sócio histórica”. (Behring; Boschetti, 2007, p. 149, *apud* Conceição, 2022, p. 44)

Nesse contexto, essa lógica regressiva consolida-se nos anos 90 e redireciona a proposta de Seguridade Social para o interesse do mercado, uma vez que, “[...] [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” (Bravo, 2000, p. 14). Logo, a saúde passa a concentrar-se no mercado, transferindo para as esferas privadas as ações desenvolvidas antes pelo Estado, responsabilizando a sociedade civil pela crise estrutural do capital.

Cabe mencionarmos que, segundo Santos, apud. Conceição (2022), o capital contemporâneo, sob um novo estilo de acumulação denominado de financeirização, tem demandado a utilização de recursos públicos em prol dos interesses do capital. Assim como abordamos no capítulo 2, observamos que os autores defendem que as contrarreformas têm sido o meio utilizado para facilitar essas transferências, ao mesmo tempo em que os novos modelos de gestão trazem como mecanismo direto para apropriar-se de recursos públicos, em especial o âmbito da saúde, constituindo como estratégia atender os interesses dos setores privados.

Hodiernamente, Robaina (2010) descreve que no campo da saúde mental identificam-se duas abordagens distintas do exercício profissional do/a assistente social. Uma delas está associada à “crise de identidade”, o qual o assistente social está inserido em um campo de atuação em que a maioria das demais categorias profissionais utiliza da abordagem clínica para responder às demandas dos usuários. Essa abordagem, no entanto, contraria o comprometimento profissional, em destaque o projeto ético-político, afastando o debate conquistado na Reforma Psiquiátrica. Portanto,

“[...] o Serviço Social vem privando o campo da saúde mental da riqueza de seu saber próprio, fértil de contribuições para que a Reforma Psiquiátrica alcance o seu projeto ético-político: uma sociedade igualitária, que comporte as diferenças! Não se trata aqui de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos — o que se está colocando em questão é o fato de o assistente social tomar por objeto esta subjetividade!” (Robaina, 2010, p. 345).

Robaina (2010) acrescenta que, outra abordagem em vigor diz respeito aquela atuação que preserva a identidade profissional do Serviço Social e sua autonomia técnica, sem abdicar da interdisciplinaridade. Sob esse prisma, tal abordagem busca contribuir, no âmbito teórico-prático, para identificar os determinantes sociais e particularidades, em especial da questão social, que manifesta-se na atenção à saúde mental.

Não obstante, Robaina (2010) discute que a ofensiva neoliberal e as suas medidas regressivas e de desmonte apropriam-se da Reforma Psiquiátrica brasileira ao materializá-la enquanto política social e, portanto, caracteriza-se como um desafio significativo para o exercício profissional. Conceição (2022, p. 64) também observa que,

“os desafios colocados a materialização do [Projeto Ético-Político) PEP do Serviço Social se expressam cotidianamente aos/às assistentes sociais em diversos espaços sócio-ocupacionais nos quais se inserem e nos serviços substitutivos de saúde mental não é diferente. Ainda que em sua proposição inicial tenham sido estruturados a partir

da Reforma Psiquiátrica, sua dimensão assistencial, ideo-política e jurídica não escapam das determinações da dinâmica capitalista na ampla vida social e, particularmente, da direção impressa pelo Estado as políticas sociais”.

Contudo, conforme elucida Vasconcelos apud. Rocha (2012), ao pensarmos na inserção dos profissionais na saúde, em especial na saúde mental, o profissional de serviço social era requisitado nos hospitais psiquiátricos. Configurava-se como um trabalhador subalterno, assistencialista e burocrático, que não apreendia as condições objetivas e subjetivas do indivíduo, tendendo a culpabilizá-lo e afastando-o da família e do convívio em comunidade.

Os desafios colocados na construção de espaços de direito e burocráticos apresenta-se como impasse e implica em desmontes e retrocessos na política de saúde, em especial a atenção à saúde mental. Para contextualizar a referida afirmativa, vemos a intensificação das medidas de desmonte e implementação de contrarreformas desde o governo de Fernando Collor (1990-1992) até o governo de Jair Bolsonaro (2019-2022). Paralelo a isso, as contradições inerentes ao processo de acumulação capitalista limitam as políticas sociais e propagam concepções falaciosas, no que diz respeito à oferta de serviços de saúde pública.

Segundo Castilho, Lemos e Gomes, apud. Ferreira (2020), a influência do neoliberalismo, particularmente no governo Temer (2016-2018), acentuou a regressividade e enfraqueceu os avanços alcançados com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), afastando assim, a classe trabalhadora da possibilidade de acesso a universalização das ações e políticas sociais, reduzindo por fim, os recursos destinados aos serviços de saúde.

Bravo, Pelaez e Pinheiro apud. Ferreira (2020, p.79) apontam que no Governo Temer:

“Temos a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensadas pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde. Em síntese, o Governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais”.

Assim, Ferreira (2020) afirma que a partir do governo Temer, tornaram-se evidentes os retrocessos na área da saúde mental, caracterizados pelo incentivo e pela aceleração do processo de implementação de contrarreformas. Isso incluiu a aprovação inadequada da portaria nº 3.588/2017 que, segundo Conceição (2022, p. 50), “[...] impõe sério retrocesso no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico usuários/as de álcool e drogas, alterando a perspectiva da Rede de Atenção Psicossocial”. A referida autora analisa que as alternativas decorrentes desta portaria implicam na promoção da proposta de internação como uma abordagem de intervenção

e tratamento em saúde mental, reforçando a centralização do modelo hospitalocêntrico como a principal referência de assistência no campo da saúde mental.

Em meio a este processo, pautado por políticas de contrarreforma e pela crescente inclinação à privatização dos serviços e recursos sociais, é notório o desdobramento dessas tendências na intervenção profissional do/a Assistente Social. Segundo Vasconcelos *et al.* (2018), no decorrer da exploração acentuada da força de trabalho, é perceptível uma tendência à flexibilização dos contratos de emprego. Além disso, a autora afirma que há uma redução dos recursos necessários para a intervenção profissional, recursos estes que desempenham um papel fundamental na asseguuração da qualidade dos serviços no âmbito das políticas públicas.

Durante estudo conduzido por Vasconcelos *et al.* (2018) sobre a trajetória das/os egressas/os do curso de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), dentro do período de 2007 a 2012, constatou-se que os profissionais enfrentam restrições significativas de recursos nos ambientes institucionais que atuam. Além disso, o estudo reitera que o mercado de trabalho para essa categoria é caracterizado por formas de emprego precárias, com baixas remunerações e condições de trabalho e saúde adversas.

Nesse cenário, de acordo com os dados obtidos na pesquisa mencionada, as configurações das relações laborais são diversas, com 44,4% dos profissionais operando sob o regime estatutário, enquanto 14,8% regidos pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Entretanto, evidencia-se que os/as assistentes sociais lidam com modalidades de emprego bastante frágeis, uma vez que um número significativo de profissionais enfrenta vínculos de empregos precários, com 33,4% trabalhando por meio de contratos temporários, enquanto 3,7% foram contratados por indicação de terceiros e outros 3,7% através de pregoão.

Segundo Vasconcelos *et al. apud.* Rodrigues (2028), há um grande número de assistentes sociais que não conseguem ingressar no mercado de trabalho, o que resulta na insuficiência ou total ausência desses profissionais nos contextos sócio-ocupacionais. Conseqüentemente, acarreta em uma sobrecarga de responsabilidades para aqueles que estão empregados, resultando em um impacto adverso na qualidade da assistência oferecida às populações atendidas.

Conforme analisado por Vasconcelos *et al.* (2028), essa sobrecarga emerge como um dos fatores que frequentemente conduzem muitos profissionais ao estado de adoecimento mental. Tal constatação é respaldada por pesquisas realizadas com profissionais do âmbito da saúde que atuam em unidades de pronto atendimento em Mossoró. Em síntese, os resultados desses estudos evidenciam que a sobrecarga laboral, frequentemente ocasionada por múltiplos vínculos empregatícios, em grande parte decorrentes dos baixos níveis salariais, figura como

um dos principais elementos contribuintes para o adoecimento desses trabalhadores (Silva, 2015, p. 47 *apud* Vasconcelos *et al.* 2018).

Importa que, o cenário societário contemporâneo e suas implicações para a classe trabalhadora resultam no agravamento do adoecimento mental. Logo, em virtude da reestruturação do capital e da reformulação dos métodos e organização do trabalho, as demandas contraditórias que são postas para o/a profissional de Serviço Social exercem grande influência no âmbito do trabalho profissional, bem como nas condições em que o exercício profissional se concretiza. Assim, a seguir iremos abordar o papel teórico e prático do/a Assistente Social na política de saúde mental.

### **3.2 O papel teórico e prático do exercício profissional do Assistente Social na política de saúde mental**

O trabalho profissional do assistente social na área da saúde mental, conforme esclarece Silva (2019a), tende a viabilizar o acesso aos direitos daqueles que sofrem com o adoecimento mental, articulando políticas sociais que respondam às expressões da questão social, reconhecendo-os como sujeitos e protagonistas de sua própria história. Além disso, há a compreensão de debruçar-se sobre as condições objetivas e subjetivas do sujeito, articulando e fortalecendo os laços familiares, respeitando os sujeitos e o seu protagonismo no tratamento e na comunidade, levando em consideração a intervenção sobre a questão social.

Hodiernamente, observamos a necessidade de reconstruir mediações articulando o projeto profissional crítico em decorrência do avanço de correntes terapêuticas num contexto de reformas neoliberais. Segundo Cavalcante (2020), a reforma psiquiátrica foi um divisor de águas para questionar e deslegitimar a assistência psiquiátrica ofertada pelo Estado e a elaboração de um modelo sanitário psiquiátrico que propusesse a articulação de diversos setores da sociedade e a ruptura da mercantilização da saúde mental.

Para tanto, segundo Netto<sup>32</sup>(*apud.* Conceição, 2022, p. 70),

“A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático - considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produtiva”.

---

<sup>32</sup> Ver NETTO, J.P. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTTA, A.E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo, Cortez, 2009. p. 141-160.

Conceição (2022) traz a reflexão de que, apesar da contrariedade vivenciada pela lógica neoliberal e precarização dos serviços de saúde mental, é imprescindível que os profissionais estejam enraizados na sua atuação os princípios éticos e valores fundamentais delimitados pelo Código de Ética Profissional. Para tanto, Netto, apud. Conceição (2022, p. 70) afirma que:

“[...] na medida em que, no Brasil, tornam-se visíveis e sensíveis os resultados do projeto societário inspirado no neoliberalismo - privatização do Estado, desnacionalização da economia, desemprego, desproteção social, concentração exponenciada da riqueza etc. -, nesta mesma medida fica claro que o projeto ético-político tem futuro. E tem futuro porque aponta precisamente ao combate - ético, teórico, ideológico, político e prático-social - ao neoliberalismo, de modo a preservar e atualizar os valores que, enquanto projeto profissional, o informam e o tornam solidário ao projeto de sociedade que interessa à massa da população”.

Cabe, portanto, o profissional de serviço social apreender, de forma clara, as atribuições e competências que estão alinhadas no Código de Ética Profissional (1993), o que apresentam alguns fundamentos cruciais como:

“Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;”

Sob esse prisma, Conceição (2022) contextualiza que se configura também como implicações para a efetivação do PEP quando o profissional não compreende adequadamente o processo de trabalho interdisciplinar, uma vez que este acaba submetendo-se às imposições que são atribuídas pela instituição empregadora, assim, contribuindo para a desvalorização do trabalho do assistente social, bem como para a precarização dos serviços sociais público que rebatem no exercício profissional.

Outro fator que implica na atuação profissional no campo da saúde mental, segundo Nascimento (2019), é a compreensão do Serviço Social enquanto profissão que atua diretamente sobre as expressões da questão social que afetam a vida cotidiana dos usuários. Portanto, o/a assistente social não desempenha suas competências e atribuições sob o aparato da subjetividade dos usuários, como psicólogos e psiquiatras, evitando assim uma atuação com viés psicologizante ou estritamente burocrático.

A referida autora salienta que o/a assistente social tem como identidade profissional as atribuições e competências que estão ancoradas no Projeto Ético-Político e no Código de Ética profissional. Durante toda a graduação, o/a assistente social em formação é qualificado para analisar, de forma crítica e propositiva, as múltiplas expressões da questão social, e para tanto, compreender as dimensões que articulam-se entre si, isto é, a dimensão teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa<sup>33</sup>.

Entendemos que,

“embora regulamentado como uma profissão liberal na sociedade, o Serviço Social não se realiza como tal. Isso significa que o assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação de seu trabalho: financeiros, técnicos e humanos necessários ao exercício profissional autônomo, Depende de recursos previstos nos programas e projetos da instituição que o requisita e o contrata, por meio dos quais é exercido o trabalho especializado, Em outros termos, parte dos meios ou recursos materiais, financeiros e organizacionais necessários ao exercício desse trabalho são fornecidos pelas entidades empregadoras, Portanto, a condição de trabalhador assalariado não só enquadra o Assistente Social na relação de compra e venda da força de trabalho, mas molda a sua inserção socioinstitucional na sociedade brasileira” (Iamamoto apud. Nascimento, 2019, p. 82).

Em síntese, segundo Nascimento (2019), embora o Código de Ética do Assistente Social assegure o direito de exercer a autonomia relativa nos espaços sócio-ocupacionais, na prática a realidade é outra. O/a Assistente Social não detém dos meios de produção para exercer o seu trabalho, necessitando das estruturas e condições de trabalho que são oferecidas pela instituição empregadora, além das condições trabalhistas exercidas pelo profissional, como jornada de trabalho e remuneração. Em outras palavras, o/a profissional vende a sua força de trabalho para instituições que atendem aos moldes da ofensiva neoliberal. Essa situação também perpassa pela abordagem do Estado perante as relações sociais, uma vez que as contradições do processo de acumulação capitalista cerceia os direitos sociais conquistados, incidindo significativamente na atuação profissional.

A referida autora também traz o debate acerca de alguns desafios que são postos no trabalho dos/as assistentes sociais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Alguns desses desafios incluem más condições trabalhistas, uma vez que é evidente a precária infraestrutura e instrumentos legais oferecidos pelas instituições, o que ocasiona negativamente na prestação de serviços para os usuários. A autora acrescenta a questão do saber médico, onde é desafiador

---

<sup>33</sup> Segundo Guerra, *apud*. Pereira (2015), a dimensão teórico-metodológica compreende a capacidade apropriar-se dos conhecimentos teóricos, cuja finalidade é nortear a ação profissional na prática. Já a dimensão ético-política implica em assumir os objetivos e a direção social na prática profissional sustentados através dos valores éticos-morais. E a dimensão técnico-operativa diz respeito ao profissional articular os meios e instrumentos na sua atuação profissional para atender a realidade posta. Cabe destacar que, apesar das suas particularidades, as três dimensões profissionais são indissociáveis, ou seja, uma não se sobrepõe a outra, tanto no processo formativo quanto no exercício profissional.

para o Assistente Social exercer a sua atuação profissional no campo da saúde mental que é dominada pelo saber médico, especialmente pela psiquiatria e psicologia.

Acrescenta-se a questão do salário e do piso salarial, uma vez que, até o presente momento, a categoria profissional continua na luta pela aprovação de salários dignos e adequados, levando em consideração a importância do perfil profissional no contexto do capitalismo. Outra luta vivenciada pela categoria é a falta de concursos públicos, o qual oportuniza contratações temporárias que resultam na desmotivação e falta de estabilidade profissional.

Nesse contexto, nos deparamos com um modelo de Estado que negligencia toda a dimensão social que permeia o indivíduo e que está se tornando cada vez mais centrada no retorno das instituições asilares, das comunidades terapêuticas e os dispositivos psiquiátricos. Para tanto, esses mecanismos de tratamento servem como justificativa para melhorar as condições de vida dos sujeitos, maquiados como “novos” dispositivos para atender aqueles em sofrimento psíquico, sendo, portanto, totalmente burocrático e a omissão da participação popular. Desse modo,

“[...] é neste conhecimento que está a garantia de uma análise crítica acerca dos retrocessos e limites postos à então “reforma psiquiátrica”, e cite-se também, a brusca redução dos repasses públicos para manutenção dos CAPS e a lenta alocação de leitos em hospitais gerais para leitos psiquiátricos. Logo, soma-se um “jogo” de poder econômico – devido à crescente mercantilização da saúde no Brasil – ao árduo fardo que o estigma em ser portador de sofrimento psíquico lhe atribui” (Bredow; Dravanz *apud*. Nascimento, 2019, p. 86).

Nascimento (2019) aborda que, sem sombra de dúvidas esse retrocesso é vivenciado no exercício profissional do/a assistente social na política de saúde mental. Os desafios, além de serem complexos, serão para além do escopo de sua formação e competências, o que exercerá um significativo impacto nas suas condições de trabalho. Contudo, a autora continua sua análise e traz a seguinte reflexão:

“[...] a sua presença [a presença do/ assistente social] nessa política tem fundamental importância, pois é o/a Assistente Social que enxerga esse sujeito com transtorno mental ou dependência química para além da sua doença, é ele que tende a enxergar os determinantes sociais, políticos, econômicos em torno da sua saúde e, junto com os outros profissionais irá traçar o melhor caminho para o seu tratamento” (Nascimento, 2019, p.86).

Diante dos limites e desafios postos no exercício profissional, a citação a seguir de Barroco e Terra, *apud*. Conceição (2022) salienta que o processo de destituição dos direitos sociais e precarização das condições trabalhistas é fruto da sociabilidade capitalista, e somente esta dificulta a concretização do Código de Ética profissional. Segundo eles,

“A grandiosidade dos obstáculos e dos desafios para assegurar condições de trabalho e direitos da população usuária, encontrada em cada instituição onde se realiza o trabalho do(a) assistente social, tem de favorecer o entendimento quanto aos limites da sociabilidade do capital em toda sua densidade histórica. Não é o Código de Ética que dificulta a realização do trabalho profissional. Não é o projeto ético-político que é ilusório ou de impossível efetivação. É a sociabilidade capitalista que não assegura condições concretas para o atendimento das necessidades humanas e dos direitos na vida cotidiana. É o projeto político das classes dominantes que busca destituir de sentido histórico as experiências de resistência e de luta do trabalho; que busca desregular e diluir profissões, desrespeitando processos coletivos de organização, cultura política e instrumentos normativos instituídos de modo legal e democrático; que assegura, por meio do Estado, iniciativas que resultam na precarização da formação e do exercício profissional” (Barroco e Terra, *apud*. Conceição (2022, p. 72).

É perceptível, por fim, que o campo da saúde mental é envolto de desafios tanto para a efetivação da política de saúde mental, quanto para o projeto ético-político do/a assistente social. Portanto, expressa-se que a tendência do setor privado tem como enfoque o confinamento da loucura, submetendo os indivíduos em sofrimento psíquico ao isolamento social, além de beneficiar a indústria farmacêutica com os recursos destinados à saúde mental, assumindo um viés medicalizante.

Cabe mencionar também que o Estado assume como estratégia a transferência de recursos públicos para as comunidades terapêuticas. Isso nos leva a voltarmos para a reflexão abordada no capítulo anterior sobre a eficácia dessa instituição e a quem ela de fato atende. Além disso, o Estado tende a culpabilizar os indivíduos em sofrimento psíquico por suas condições de saúde, fortalecendo uma abordagem mais moralista e conservadora. Assim, isso demanda do/a assistente social uma postura crítica, propositiva e comprometida com o bem-estar e os direitos sociais dos sujeitos em sofrimento mental (Nascimento, 2019).

Portanto, a conjuntura atual exige do/a assistente social inserido na política de saúde mental uma postura compromissada com os movimentos sociais. Para além disso, é importante que compreenda suas atribuições e competência profissionais, visando enfraquecer os moldes conservadores e moralistas presentes na regressiva conjuntura neoliberal. O debate até aqui proposto nos permite apontar a importância de crescer as bases emancipatórias e democráticas do projeto profissional, para que assim, a classe trabalhadora, em especial os indivíduos em sofrimento psíquico, tenha os seus direitos efetivados na prática.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, as inquietações que surgiram ao longo do presente trabalho nos fizeram refletir sobre a atual conjuntura antidemocrática, conflituosa e que traz implicações na defesa intransigente dos direitos humanos e no exercício profissional. É visível o quanto a atual conjuntura neoliberal vem sucateando, de forma silenciosa, o Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a política de saúde mental.

Cabe destacar que as transformações inerentes do modo de produção capitalista acarretam em diversas consequências adversas para os indivíduos em sofrimento mental. Ao explorarmos o nosso objeto de pesquisa, vemos que o adoecimento e desgaste mental vivenciados pelos seres humanos na atual conjuntura estão intrinsecamente ligados às relações de trabalho e a maneira com a qual o capital estrutura a sua produção e distribuição de riquezas.

Isso ocorre porque a classe trabalhadora frequentemente tem o seu conhecimento apropriado pela classe dominante, o que resulta em sérios riscos para a saúde mental. No âmago dos processos produtivos, observamos a prevalência da divisão e fragmentação das atividades laborativas. Assim, destacamos como a atual conjuntura possui influência direta na subjetividade e na saúde mental dos indivíduos.

Paralelo a isso, é importante analisarmos que no contexto da reflexão sobre o adoecimento mental relacionado às atividades produtivas, é essencial considerar a necessidade de ressignificar o sofrimento psíquico no ambiente de trabalho. Nesse sentido, uma das abordagens para conferir um novo significado às relações conflituosas no contexto laboral consiste na introdução de serviços de atendimento psicoterápico, implicando na promoção de um ambiente de trabalho que valorize a escuta qualificada e o acolhimento dos trabalhadores que enfrentam o sofrimento psíquico, buscando compreender a origem do adoecimento mental e implementar medidas preventivas. Outro fator a ser considerado para ressignificar o desgaste mental dos indivíduos é a prática do autocuidado e isso inclui atividades que promovam o bem-estar, como lazer, exercícios físicos e descanso adequado.

Ao longo do estudo, identificamos que a longa trajetória percorrida pela política de saúde mental é impulsionada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual assume um papel fundamental na formulação de questionamentos relativos ao adoecimento mental e aos modos de tratamento e cuidado da loucura.

Recorremos aos estudos de Paulo Amarantes (1998) para mapearmos os marcos fundamentais. Logo, analisamos a importância de operacionalizarmos os cuidados em saúde mental

por meio de práticas de acolhimento e tratamento contínuo, oportunizando um acompanhamento de qualidade para os indivíduos em sofrimento psíquico.

Para tanto, contextualizamos que para a hegemonia neoliberal o adoecimento mental é percebido como forma de improdutividade, uma vez que o trabalhador que está em sofrimento psíquico perde a capacidade de atender aos interesses estabelecidos pela lógica instrumental dos processos produtivos. Logo, ao diminuir o ritmo de produtividade e eficácia do trabalho, torna-se contraproducente para os objetivos de lucro estabelecidos pelo capital.

Diante do contexto de contrarreformas, destaca-se que a compreensão inadequada das atribuições e competências do processo de trabalho podem resultar em implicações significativas na efetivação do Projeto Ético-Político (PEP). Logo, o/a assistente social ao não compreender adequadamente suas atribuições pode submeter-se aos interesses da instituição empregadora, o que acarreta na desvalorização e precarização do trabalho profissional.

Sob esse prisma, mesmo diante das inquietações e complexidades vivenciadas na conjuntura atual, a situação atual dos/as assistentes sociais do campo da saúde mental exige a articulação com os movimentos sociais, sindicais e dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de viabilizar a população o acesso a todas as políticas e serviços públicos. Além disso, é imprescindível que o profissional compreenda os fundamentos estabelecidos pelo Código de Ética profissional, uma vez que corre-se o risco de seguir de maneira acrítica os encaminhamentos pedidos pelo estado neoliberal.

No contexto atual, em que avança significativamente correntes terapêuticas e contrarreformas no âmbito da saúde mental, é importante reconstruir mediações que articulem o Projeto Ético-Político e o Código de Ética profissional. Durante a formação, os/as assistentes sociais são capacitados para analisar criticamente as diversas expressões da questão social, considerando as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Assim, mesmo diante das tensões e pressões do neoliberalismo e da precarização dos serviços de saúde mental, a categoria profissional deve manter-se comprometida com os princípios éticos delineados pelo Código profissional, bem como uma atuação alinhada com os movimentos sociais.

Dessa forma, convém então ressaltar que não se pode conceber a saúde mental desvinculada de elementos imprescindíveis para nossa sobrevivência, como acesso à alimentação, condições de trabalho dignas, habitação e tempo para o autocuidado. Ao não compreendermos verdadeiramente como se implica a saúde mental na perspectiva da vida real, estaremos fadados a lógicas cada vez mais individualizantes e alienadoras.

Essa pesquisa, portanto, é um processo contínuo e dinâmico, uma vez que o seu objeto nunca se esgota e encontra-se sempre em constante progresso. Haverá sempre novos aspectos a serem examinados futuramente. Assim, reitera-se que o objetivo primordial desta pesquisa é instigar questionamentos e promover reflexões entre os leitores sobre os fatores que geram o adoecimento mental dos indivíduos, estimulando-os a aprofundar-se na investigação dessa temática.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2018, p. 155-172.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. São Paulo: SP. Boitempo, 1999, 292 p.
- ANTUNES, Ricardo. **A centralidade do trabalho hoje**. Revista Sociedade e Estado, volume XI, nº 2, jul/dez. 1996, 281-294.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!”-reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. In: **Revista de Administração Pública**, v. 52, p. 1090-1107, 2018.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** [online]. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2ª Edição, 1998. Acesso em: 17 ago. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF, 1990. Disponível em: > [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)<
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. 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. Brasília/DF, 1990. Disponível em: > [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)<
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília/DF, 2001. Disponível em: >[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)<
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In ‘ ‘ As políticas de Seguridade Social Saúde’’. In: CFESS/CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/ CFESS, 2000 e ‘ ‘ As políticas de Saúde no Brasil: trajetória histórica’’. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.
- CAMPOS, Maiara Reis. **Trabalho, alienação e adoecimento mental: as metamorfoses no mundo do trabalho e seus reflexos na saúde mental dos trabalhadores**. Revista de Políticas Públicas, volume 21, nº 2, ano de 2017., p. 797-811. Disponível em: ><https://www.redalyc.org/journal/3211/321154298013/><
- CARMO, Roberto Coelho do. **A instabilidade social reposta pela flexibilidade do trabalho**. Revista ciências do trabalho – nº 6, julho de 2016, p. 85-103. Disponível em: >[https://web.archive.org/web/20180410150543id\\_/https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/articloe/viewFile/66/pdf](https://web.archive.org/web/20180410150543id_/https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/articloe/viewFile/66/pdf)<

CAVALCANTE, Rita. **O social para a saúde mental sob a contrarreforma neoliberal.** Argum., Vitória, v. 12, n. 2, p. 36-43, maio/agosto, 2020.

CONCEIÇÃO, Karolina Christian Santos da. **Contrarreforma psiquiátrica: uma ameaça à efetivação do Projeto ético-político do Serviço Social na saúde mental.** Trabalho de Conclusão de Curso, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão/Sergipe, 2022, p. 82.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação: uma visão de conjunto. In: **Trabalho, trabalho e emancipação.** Brasília, Paralelo 15, 2012, 22-44p.

FRACASSO, L. Comunidades Terapêuticas: Histórico e Regulamentações. São Paulo, 2014.  
FERREIRA, Nayara Lúcia. (Re)configuração da política de saúde mental e tendências de regressividade e destruição de direitos sociais. In: **A (re)configuração da política de saúde mental: neoliberalismo e tendências de regressividade na garantia de direitos sociais.** Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2020, p. 77-115.

LESSA, Sérgio. **Mundo dos homens: Trabalho e ser social.** 3. ed., São Paulo: Instituto Lukács, 2012, 254 p.

LOYOLA, Paulo Ricardo Gontijo. **Valor e mais-valia: examinando a atualidade do pensamento econômico de Marx.** Revista de filosofia, Argumentos, ano 1, nº2, 2009, p. 130-138.

MARX, K. **Manuscritos econômicos filosóficos.** São Paulo: Boitempo, 2004. Disponível em: ><https://marcosfabionuva.files.wordpress.com/2011/08/manuscritos-econc3b4mico-filosc3b3ficos.pdf><

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política: livro I.** Tradução de: BARBOSA, R. e KOTHE, Flávio R. SP, Círculo do Livro Ltda, 1996. Disponível em: >[http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/02\\_babel/textos/marx-capital-1-portugues.pdf](http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/02_babel/textos/marx-capital-1-portugues.pdf) <

MARX, K. **A miséria da filosofia.** Tradução de José Paulo Netto. São Paulo, Global, 1985. Disponível em: ><http://lutasocialista.com.br/livros/MARX%20E%20ENGELS/MARX,%20Karl.%20Mis%20E9ria%20da%20filosofia.pdf><

MARQUES, Sabrina Rodrigues. **Neoliberalismo: uma fase atual do capitalismo.** UFPR, Curitiba, 2016. Disponível em: >[http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/45/1460991918\\_ARQUIVO\\_SabrinaRodriguesMarques.pdf](http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/45/1460991918_ARQUIVO_SabrinaRodriguesMarques.pdf)<

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional.** Editora Cortez, São Paulo, 2013, p. 55-67.

MINISTÉRIO da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília/DF, 2001. Disponível em: >[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)<

MINISTÉRIO da Saúde. **Portaria 3.588 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação n 3 e n 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção

Psicossocial e dá outras providências. Brasília/DF, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)  
 MINISTÉRIO da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019**. Disponível em: ><https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf><

MINISTÉRIO da Saúde. **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**. Disponível em: >[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)<

MINISTÉRIO da Saúde. **PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012**. Disponível em: >[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)<

MINISTÉRIO da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Brasília/DF, 2017. Disponível em: >[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html)<

NASCIMENTO, Juliana Duarte do. **O avanço do conservadorismo na Política de Saúde Mental: as implicações para o Serviço Social**. 2019. 97f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

OLIVEIRA, H. C, et al. **O mundo do trabalho: concepções e historicidade**. III Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís/MA, 2007, 9 p.

PAIVA, I. **Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003, 174f.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. **As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa: particularidades e unidade**. I CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS. Londrina PR, de 09 a 12 de Junho de 2015.

PIALARISSI, Renata. **Precarização do trabalho**. Rev. Adm. Saúde Vol. 17, Nº 66, Jan. – Mar. 2017.

PINA, José Augusto; STOTZ, Eduardo Navarro. **Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 39 (130): 2014, 150-160 p.

RODRIGUES. Fernanda Borges. **Trabalho, desgaste mental e serviço social: uma análise dos processos de adoecimento das/dos assistentes sociais**. 2018, 68p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Universidade de Brasília — UnB.

SILVA, Carolina Flexa da. **Serviço social e saúde mental: elementos teóricos e práticos para reflexão**. Curitiba: Appris, 2019a. 141 p.

SILVA, M.D. **O processo de contrarreforma na política de saúde mental: análise das tendências no governo de Michel Temer**. Dissertação (mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, 2019b. 104f. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/3575/2/DISS%20-%20Mayara%20Duarte%20Silva.pdf>

SOUZA, Heloisa Aparecida de. **Saúde mental relacionada ao trabalho na rede pública de saúde brasileira**: concepções e atuações transformadoras. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Campinas, Tese (Doutorado em Psicologia) 2017, 209 p.

SOARES, R. C. **A Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2010, 210f. Disponível em: [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9499/1/arquivo6539\\_1.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9499/1/arquivo6539_1.pdf)

ROCHA, T.S. **A saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais**: limites, desafios e possibilidades. 2012, 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Polo Universitário de Rio das Ostras, Faculdade Federal de Rio das Ostras, Departamento Interdisciplinar de Rio das Ostras, Curso de Serviço Social, Rio das Ostras. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/5245/TCC%20TATIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceito. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TEIXEIRA, Elaine de Almeida Wantil. **A categoria trabalho na produção teórica de Marilda Yamamoto**. Mestrado em política social, Vitória, 2014, 139 p.

VASCONCELOS, I. *et al.* Condições de trabalho e saúde dos assistentes sociais no âmbito das políticas públicas. Revista de Políticas Públicas UFMA. São Luís, 2028.