



Universidade de Brasília – UnB
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso
Orientadora: Prof. Dra. Mariléia Goin

CLARA COELHO CORGOSINHO

**DA SAÚDE MENTAL PARA A SAÚDE MENTAL: O
ADOCIMENTO DE ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS/AS NOS
CAPS**

Brasília/DF

2019

CLARA COELHO CORGOSINHO

**DA SAÚDE MENTAL PARA A SAÚDE MENTAL: O
ADOECIMENTO DE ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS/AS NOS
CAPS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a
Universidade de Brasília, como parte das
exigências para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Mariléia Goin

Local, ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Mariléia Goin
Departamento de Serviço Social – Universidade de Brasília
(Orientadora)

Prof. Dra. Andreia de Oliveira
Membro Interno

Assistente Social Elvana Milhomem Jacobina
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por todas as coisas, mas principalmente por me conceder saúde e força para prosseguir diante de todas as dificuldades.

Agradeço a minha orientadora, Professora Doutora Mariléia Goin, que se fez presente e companheira em todo tempo, sempre me acalmando em momentos de desespero e me dando todo o suporte para a construção deste trabalho, entendendo minhas limitações e me levando sempre a progredir e buscar por reflexões de forma crítica, acrescentando muito em minha vida profissional, mas também pessoal. Registro, assim, minha profunda admiração enquanto mulher, mãe e profissional de sucesso.

A minhas supervisoras de estágio Vilmara Macedo e Elvana Milhomem que me ensinaram o quão linda é a profissão, mas de que também não é fácil e muito se precisa lutar, me levando a entender de fato tudo aquilo que foi visto academicamente e me tirou de um lugar de conforto e senso comum, para um lugar de senso crítico, de luta pela garantia de direitos dos/as usuários/as.

E, por fim, agradeço aos meus pais, que sempre colocaram meus estudos como prioridade, me impulsionando sempre a buscar meus objetivos, sempre me proporcionando para além de condições, um lugar de abrigo e amparo. Assim como as demais pessoas que de alguma forma fizeram parte da minha formação, principalmente meu melhor amigo Guilherme Átila, que sempre esteve comigo, me lembrando diariamente como eu sou capaz de realizar todos os meus sonhos.

RESUMO

Este trabalho objetiva analisar de que forma as mudanças na política de saúde brasileira, juntamente com a reforma trabalhista de 2017, tem impactado na saúde dos/as trabalhadores/as, assim como seu rebatimento na saúde mental de Assistentes sociais inseridos nos espaços sócio-ocupacionais da saúde mental, mais especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Por meio de pesquisa bibliográfica e documental, percebeu-se que as transformações, inter-relações e manifestações que permeiam o mundo do trabalho, somado a desestruturação das políticas de saúde, intensificam situações de adoecimento de Assistentes Sociais, por se tratar de uma categoria inserida na divisão social e técnica do trabalho e sofrer os rebatimentos comuns à classe trabalhadora. Nesta via, é fundamental o entendimento de que tais questões têm reflexo não só na vida dos/as trabalhadores/as em questão, mas sim de forma geral a todos

Palavras-chave: política de saúde; contrarreforma trabalhista; saúde mental; Assistente Social; CAPS.

ABSTRACT

This paper aims to analyze how the changes in the Brazilian Health Policy, together with the 2017 labor reform, have impacted the workers' health, as well as their impact on the mental health of social workers inserted in the occupational social area of the city. mental health, more specifically at the Psychosocial Care Centers (CAPS). Through bibliographical and documentary research, it was noticed that the transformations, interrelationships and manifestations that permeate the world of work, together with the disruption of health policies, intensify situations of illness of Social Workers, as it is a category within the social and technical division of labor and to suffer the recurrences common to the working class. In this way, it is essential to understand that such issues have a reflection not only on the lives of the workers in question, but generally to all

Keywords: Health Policy; labor reform; mental health; Social worker; CAPS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro1–Característica gerais dos CAPS.....	28
Figura 1 – Faixa Salarial de Assistentes Sociais no estado do Rio de Janeiro.....	31

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADIN	Ações Diretas de Inconstitucionalidade
ASSETANS	Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIT	Comissão Inter gestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LER	Lesão Por Esforço Repetitivo
MPT	Ministério Público do Trabalho
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PST	Programa de Saúde do Trabalhador/a
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do/a Trabalhador/a
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde/Mato Grosso do Sul
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TR	Técnico de Referência
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UA	Unidades de Acolhimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 GOVERNO TEMER: DA POLÍTICA DE SAÚDE A CONTRARREFORMA TRABALHISTA	10
1.1 A Política de Saúde no Governo Temer	10
1.2 A contrarreforma trabalhista a partir da Lei 13.467/2017	13
2 TRABALHO E SAÚDE: O PROCESSO DE DESENCADEAMENTO DO ADOECIMENTO DOS/AS TRABALHADORES/AS	17
2.1 A organização do trabalho na perspectiva de suas relações e das condições potencialmente causadoras de doenças.....	17
2.2 A saúde mental dos/das trabalhadores/as no Sistema Único de Saúde (SUS): entre a previsão e a operacionalidade.....	21
3 O ADOECIMENTO MENTAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	24
3.1 O que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	24
3.1.2 As atribuições e competências do/a Assistente Social no CAPS	29
3.1.3 Manifestações de adoecimento mental de Assistentes Sociais nos CAPS	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	42

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso foi produzido como condição parcial para a conclusão do bacharelado em Serviço Social, na Universidade de Brasília. O tema escolhido foi “Da saúde mental para a saúde mental: o adoecimento de assistentes sociais inseridos/as nos CAPS”, tendo em vista as indagações emergidas a partir experiência com o estágio supervisionado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Taguatinga/DF, no qual foi possível observar como o desmonte dos direitos trabalhistas, assim como as mudanças na política de Saúde e as condições laborais precárias afetam a saúde mental dos/as trabalhadores/as assistentes sociais nessa área sócio-ocupacional.

Em face disso, a presente pesquisa teve como objetivo analisar em que medida as mudanças na política de saúde Brasileira associada as mudanças trabalhistas afetam a saúde mental de assistentes sociais no âmbito dos CAPS. Para o desenvolvimento desta produção foi realizada (1) pesquisa bibliográfica, fundada na literatura que versa sobre a área do estudo, e (2) documental, a partir de documentos relativos as previsões trabalhistas (CLT, contrarreforma trabalhista de 2017, etc.) e as garantias e prerrogativas ao exercício da profissão de Assistente Social (Lei que regulamenta a profissão, Código de Ética, etc.). Em posse dos materiais, utilizou-se a análise de conteúdo para adentrar no não dito dos materiais e fazer inferências resultantes do processo de pesquisa acerca do objeto de estudo.

Nesta via, o trabalho foi dividido em 5 momentos, sendo o primeiro deles constituída dessa introdução. O segundo deles engloba uma investigação histórica acerca da reforma sanitária e do trabalho, com destaque para o movimento de privatização da saúde e a recente reforma trabalhista, de 2017, e as principais alterações que denotam o desmonte dos direitos tanto na saúde como no campo trabalhista. O terceiro, por sua vez, apresenta como o processo de adoecimento mental dos/as trabalhadores/as se desencadeia na relação com o trabalho e as políticas neoliberais. O quarto, nessa via, demonstra como os Assistentes Sociais que exercem sua profissão no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são acometidos pelo adoecimento mental decorrente do trabalho e os principais fatores que contribuem para isso. Por fim, as considerações finais apontam alguns desafios interpostos à profissão na área de trabalho indicada, em face dos rebatimentos profissionais indicados ao longo do trabalho.

1 GOVERNO TEMER: DA POLÍTICA DE SAÚDE A CONTRARREFORMA TRABALHISTA

Neste capítulo realiza-se uma breve contextualização da política de Saúde no Brasil, assim como do trabalho, de modo especial da Constituição de 1988 até as mudanças e os impactos do governo do ex-presidente Michel Temer. O texto se inaugura com uma breve explicação acerca de uma contextualização histórica da política de Saúde e o seu caminhar ao processo de privatização. Seguidamente, é feita uma análise dos direitos trabalhistas no Brasil, afim de revelar as circunstâncias que sucumbiram na reforma trabalhista proposta pelo governo de Michel Temer, suas consequências, mudanças e implicações.

1.1 A Política de Saúde no Governo Temer

O movimento de Reforma Sanitária no Brasil originou-se no final dos anos 1970, em um cenário de luta contra a ditadura instalada no país. O movimento pregava que a saúde pública não era apenas uma situação a ser resolvida por médicos e profissionais da saúde, mas a ser abordada no espaço público de maneira multidisciplinar. Os marcos institucionais que representam o início da Reforma Sanitária foram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), de 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), de 1979.

Foi neste contexto que foi realizada, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual mais cinco mil representantes de diversos segmentos se uniram no debate da construção de um novo modelo de saúde pública no Brasil. A conferência teve a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade civil organizada. A proposta era a criação de um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Portanto, foi definida na conferência as premissas relacionadas às condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde.

A partir daí, com a Constituição Federal de 1988, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O texto constitucional, com a exposição dos princípios e diretrizes, estabelece os regramentos mínimos que devem ser seguidos pelo Sistema Único de Saúde, buscando sempre a equidade, a integralidade e a universalidade no atendimento. A constituição Federal determina ainda a sua forma de financiamento, qual seja com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Todavia, a partir de meados dos anos 1990, no governo de Fernando Henrique Cardoso, houve o início de aplicação da lógica neoliberal na saúde pública. Durante tal governo, o direito fundamental à saúde consagrado na Constituição Federal de 1988 e em outras legislações foi ignorado, provocando o desfinanciamento e, conseqüentemente, o sucateamento do SUS.

Nesse sentido, a saúde torna-se alvo de grupos econômicos que buscam a privatização desses espaços públicos visando sempre o lucro, ameaçando todo o processo de luta no movimento da reforma sanitária, o qual defende uma política pública e universal da saúde.

Tal perspectiva de retrocesso na política de saúde se alastra por anos e, de modo específico, no governo Temer tem seu aprofundamento, considerando o contexto político e econômico brasileiro, uma vez que medidas de ajuste fiscal, de viabilização da participação efetiva do setor privado e de execução de políticas centradas na iniciativa privada já estavam em cena.

O governo ilegítimo de Temer trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional. Assim, o peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores. Nesta direção, tem-se o comprometimento de seus direitos através de propostas de contrarreformas (Trabalhista, da Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal - que congela por vinte anos os gastos públicos, entre outras) (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.12).

Desse modo, ocorre no governo Temer a aceleração e a intensificação das políticas de flexibilização e desmonte das políticas públicas e universais, voltadas a iniciativas de privatização da saúde, iniciando o que poderia ser uma nova etapa das contrarreformas. Dentre as medidas adotadas no governo é importante ressaltar o congelamento dos recursos orçamentários para políticas sociais por vinte anos – a conhecida Emenda Constitucional Nº95/2016 –, assim como as propostas dos chamados planos de saúde acessíveis.

Assim, se transmite à população que o congelamento de recursos e uma redução do alcance do Sistema Único de Saúde são inevitáveis para se equalizar as contas do país. A partir disso, o então Ministro da Saúde, em articulação com o setor privado, apresenta a proposta de Planos de Saúde Populares como um dos pilares da sua gestão à frente do Ministério da Saúde. É nessa circunstância que foi editada a Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016, que institui um grupo de trabalho para discutir o projeto de Plano de Saúde Acessível. O projeto inclui três opções de escolha, sendo elas o plano simplificado, o plano ambulatorial + hospitalar e o plano em regime misto de pagamento. A diferença entre os três modelos consiste na possibilidade ou não possibilidade de internação, no atendimento de urgência e na limitação de abrangência geográfica. A referida proposta representa um grave retrocesso, visto que mitiga a

responsabilidade estatal de ofertar atendimento à saúde integral à população, ferindo o princípio da integralidade da assistência. A Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS (ASSETANS, s.d, s.p.), se posiciona contra tais planos de saúde acessível, tendo em vista que “[...] fatores acima de 30% são considerados restritores severos ao acesso aos serviços, pois a proposta enfatiza que o copagamento para acesso aos mesmos está previsto em 50%. Ressalta também que os serviços oferecidos serão parcelados, de baixa qualidade e jogando para o sistema público os procedimentos de alto custo”.

Por conseguinte, o instituto Coalizão Brasil, constituído por representantes da iniciativa privada que atuam na cadeia produtiva do setor de saúde, elaborou o documento “Coalizão Brasil: Uma agenda para transforma o sistema de saúde”. No referido documento, o grupo refere-se ao SUS como ineficiente no trato das políticas de saúde. Vejamos:

O SUS é composto não apenas pelo sistema público, mas também pelo sistema privado, chamado “sistema suplementar”, que deveria ajudar o sistema público a prover serviços de saúde. Contudo, no Brasil existe espaço para uma maior participação do setor privado no intuito de reduzir a carga do setor público, o que ocorre nos sistemas de referência, inclusive naqueles cujos financiamentos são majoritariamente públicos (por exemplo, Canadá). Como o setor privado tem menos restrições, em geral, as experiências internacionais mostram que ele se torna de 20% a 30% mais eficiente que o serviço gerenciado pelo setor público (INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE, 2017, p. 33).

Dessa forma, fica clara a intenção do grupo em possibilitar uma maior participação do setor privado na gestão e oferta dos serviços de saúde. E ainda, resta evidente que o governo, ao propor essas medidas promovendo o retrocesso, desfinanciamento e sucateamento da saúde pública, atende aos interesses do setor privado, prejudicando os usuários do SUS e os próprios usuários de planos de saúde privados, em detrimento das operadoras de planos.

No mesmo governo, em 2016, as propostas de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental propõem alterações substanciais no financiamento de hospitais e leitos psiquiátricos e de comunidades terapêuticas, que são entidades que exercem suas atividades de forma contrária ao disposto na Política Nacional de Saúde, focalizando o tratamento na perspectiva da segregação social, representando um retrocesso no tratamento das pessoas com transtorno mental, lançando-o em um espaço de exclusão do convívio social.

E para além dessas mudanças na área da saúde diversas foram as mudanças nos demais setores do governo. A reforma trabalhista de 2017 consiste em outro fator de extrema relevância no governo do Presidente Michel Temer, e será demonstrado no seguinte capítulo.

1.2 A contrarreforma trabalhista a partir da Lei 13.467/2017

A Constituição Federal de 1988 é considerada um marco para os direitos trabalhistas, mais precisamente do artigo 7º ao 11º. Dentre os direitos estão a limitação de um único sindicato por categoria dentro de um território não inferior a um município, estabilidade do dirigente sindical, direito de greve e a promoção da eleição de um representante dos/as empregados/as nas empresas com mais de 200 empregados/as, visando promover o diálogo direto com os/as empregadores/as.

Desde a criação da CLT em 1943, muitas leis foram adicionadas com o intuito de acompanhar as mudanças ocorridas na sociedade. Desde sua promulgação, dois terços da Consolidação das Leis do Trabalho já passaram por algum tipo de alteração, seja com a modificação do texto original, seja com o adendo de novos artigos e incisos.

Dessa forma, apesar de tardia, a normatização dos direitos trabalhistas no Brasil é de extrema importância para a sistematização, democratização e difusão dos direitos dos trabalhadores nas relações do trabalho e para a proteção do trabalhador, que é a parte “mais vulnerável” dessa relação. Porém, com a reforma trabalhista vigente desde 11 de novembro de 2017, muitos desses direitos passaram a ter a possibilidade de serem relativizados ou até mitigados.

O projeto de Lei da Câmara nº 38, de 2017, resultou na Lei 13.467 de 13/07/2017, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n.º 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação ao que o governo entendia enquanto novas relações de trabalho. A lei em questão, que trata da polêmica contrarreforma trabalhista, foi sancionada pelo Presidente Michel Temer, e publicada em 14 de agosto de 2017, entrando em vigor em 120 dias a partir da data de sua publicação.

Ao entrar em vigor a partir de 11 de novembro de 2017, a contrarreforma trabalhista já pode ter seus efeitos notados. Empresários/as e empregadores/as comemoram os efeitos das mudanças, ao passo que os/as trabalhadores/as amargam duras mudanças – como parcelas salariais e indenizatórias da remuneração, jornada a tempo parcial, banco de horas individual, fim das horas de trajeto, fracionamento das férias em até 03 períodos, trabalho das gestantes em ambiente insalubre, acordo legal na extinção do contrato, fim da obrigatoriedade da contribuição sindical, dentre outros, que serão abordados na sequência.

A referida reforma trabalhista dá origem a uma séria de divergências de cunho Constitucional, fazendo com que haja um impacto inegável na segurança jurídica trabalhista,

com as mais de vinte Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIN), que colocam em cheque diversos de seus artigos. Um dos pontos mais controversos da reforma é a obrigatoriedade de o/a empregado/a reclamante arcar com as custas do processo, mesmo que seja beneficiário/a da justiça gratuita, bem como os honorários do/a perito/a e do/a advogado/a da parte contrária quando da improcedência do objeto da demanda.

As controvérsias em relação ao novo texto da Consolidação das Leis do Trabalho não são exíguas, principalmente em relação à flexibilização da negociação entre empregador/a e empregado/a, visto que o acordo firmado diretamente entre eles terá força de lei, sobrepondo-se à legislação trabalhista. Enquanto um defende essa particularidade da atualização, justificando que a CLT é da década de 1940 e que, com isso, não atende mais as situações práticas dos anos 2000 em diante, outro grupo, oposto, defende que tal flexibilização abre um perigoso precedente para a supressão dos direitos dos/as trabalhadores/as nas relações de emprego, mediante uma negociação direta com o patrão.

Dentre as flexibilizações citadas no parágrafo anterior está a possibilidade de negociação mediante acordo sindical, dentro dos limites imposto pela Constituição Federal de 1988, acerca da jornada de trabalho, que na legislação vigente é de, no máximo, 8 horas diárias e 44 horas semanais, podendo ser trabalhadas mais duas horas extras por dia. A reforma traz ainda a regularização da jornada parcial de trabalho de 12x36, isto é, trabalho durante 12 horas ininterruptas, seguidas de 36 horas de descanso, totalizando 30 horas por semana sem horas extras, ou ainda, 26 horas por semana com horas extras. A norma atual permite, apenas, 25 horas semanais sem horas extras para o chamado contrato de trabalho por jornada parcial¹.

Outra mudança bastante polêmica advinda do texto está relacionada ao pagamento do imposto sindical ou contribuição sindical, que possuía caráter obrigatório para todos/as aqueles que participavam de alguma categoria profissional representada por sindicato, cujo recolhimento acontecia no mês de março, correspondente ao valor de um dia trabalhado pelo/a empregado/a. O novo texto da lei altera o antigo, condicionando a contribuição ou imposto sindical à prévia e expressa autorização dos/as que participem de uma determinada categoria econômica ou profissional, ou de uma profissão liberal, em favor do sindicato representativo da mesma categoria, isto é, antes da mudança do texto legal, a simples condição de empregado/a constituía a obrigatoriedade do imposto sindical; hoje, a autorização expressa do/a empregado/a é pré-requisito ao seu pagamento, tornando-se, portanto, uma contribuição facultativa. Tal alteração resulta em uma enorme diminuição da receita dos sindicatos representantes dos/as

¹ Jornada parcial de trabalho é aquela, de acordo com a Reforma Trabalhista, em que o/a empregado/a trabalha até 30 horas por semana, sem direito a horas extras, ou 26 horas semanais com direito a horas extras.

trabalhadores/as, em razão da retirada da obrigatoriedade da contribuição e discricionariedade do/a trabalhador/a.

O que vêm causando mais contestação entre os especialistas em direito do trabalho é a possibilidade da terceirização de serviços para toda e quaisquer atividades, inclusive atividades meio e fim. Dessa forma, fica ultrapassada a distinção entre atividades-fim e atividades-meio, adotada anteriormente pelo ordenamento jurídico brasileiro. O ponto que revela maior obscuridade é que com isso não há possibilidade de haver relação de trabalho entre os/as trabalhadores/as, ou sócios das empresas prestadoras de serviços, qualquer que seja o seu ramo, e a empresa contratante. Amplia-se a margem para que o/a empresário/a exija do/a empregado/a que constitua um CNPJ para que o contrate como pessoa jurídica, excluindo-se, assim, a possibilidade de acesso aos direitos trabalhistas pela pessoa física. Conhecido com pejetização, a relação contratual prevista na Lei é o mascaramento da relação empregatícia e a eliminação legal de relações de emprego, consolidando-se pela transformação do/a empregado/a em um prestador de serviços legalizado como pessoa jurídica.

O processo de pejetização tem origem em uma sucessão de elementos relacionados ao mercado de trabalho, suas transformações ao longo do tempo e a pressão pela flexibilização das relações trabalhistas. Dessa forma, a transformação do/a trabalhador/a em pessoa jurídica atende à um dos elementos centrais da flexibilização do trabalho para as empresas, ao mesmo tempo em que significa uma eliminação de direitos, proteções e garantias ao/a trabalhador/a, como horas extras remuneradas, intervalos e descanso remunerados, décimo terceiro salário, direitos e benefícios previdenciários. Por conseguinte, constata-se que com o processo da terceirização, diferentemente daquilo que é proposto, essa previsibilidade tem mascarado situações intensas de exploração, rompendo vínculos empregatícios diretos, ao mesmo tempo em que se apropria de trabalho com menor qualificação em categorias mal organizadas coletivamente e mais vulneráveis.

É importante salientar que até o Ministério Público do Trabalho (MPT), em debate sobre “Formas de trabalho: tipos de prestação de serviços, terceirização, teletrabalho, aplicativos, trabalho avulso, autônomo e voluntário” realizado no Senado Federal, posicionou-se contra a terceirização adotada como regra. Neste sentido, explicou o procurador do Trabalho Paulo Joâres (2017, p. 01):

Cada vez mais se está ampliando e se criando um leque de formas de contratação, que permite ao empresário escolher livremente de que maneira ele vai contratar esse empregado e que direitos ele vai dar. As formas que têm sido criadas são todas com retirada de direitos, são todas com menos proteção, do que a relação de emprego prevista na CLT.

Restando assim, comprovada a nocividade da terceirização, que se torna um instrumento que gera desigualdade, e que deve ser adotada como exceção. A regra geral deve ser sempre a relação de emprego direta entre o/a trabalhador/a e o/a tomador/a.

Outro impacto importante que pode ser observado com o advento da reforma trabalhista é o do aumento da informalidade em relação ao trabalho formal, isto é, aqueles com carteira assinada. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em dezembro de 2017, a população ocupada era de 92,1 milhões de brasileiros/as e os/as trabalhadores/as informais, aqueles sem carteira assinada ou que trabalham por conta própria, representavam 37,1% do total, ou 34,2 milhões, superando o contingente formal, que somava 33,3 milhões. De acordo com o instituto, foi a primeira vez na história que o número de trabalhadores/as sem carteira assinada superou o conjunto de empregados/as formais.

Com isso, apesar de recente, infere-se que com a Reforma Trabalhista houve uma significativa precarização nas relações de trabalho, possibilidade de fraude nas relações de trabalho com a terceirização de atividades fim e atividades meio, resultando assim no fenômeno da pejetização, aumento da informalidade e falta de proteção a esse/a trabalhador/a, maior taxa de desemprego, precarização do acesso à justiça, insegurança jurídica e diversas divergências doutrinária, jurisprudenciais e constitucionais, o que significa, mesmo que à princípio, um retrocesso em relação à antiga legislação trabalhista vigente no ordenamento jurídico Brasileiro e impactos incontestáveis nas condições objetivas do trabalho e na sua saúde mental dos/as trabalhadores/as.

2 TRABALHO E SAÚDE: O PROCESSO DE DESENCADEAMENTO DO ADOECIMENTO DOS/AS TRABALHADORES/AS

Este capítulo tem o intuito de discutir o modo em que se dá o adoecimento dos/as trabalhadores/as, especialmente profissionais da área da saúde, que são detectados com quadro de adoecimento mental derivado do exercício de suas atribuições profissionais em um cenário político de desestruturação das políticas de saúde. O corpo do texto passa pelas formas de organização do trabalho nos ambientes laborais em circunstâncias iminentemente geradoras de doenças relacionadas ao trabalho profissional, sendo possível perceber que as mudanças na organização do trabalho somadas ao processo de privatização da saúde, tem consequências vivas na saúde dos trabalhadores/as. Desse modo, são apresentados dados e pesquisas que demonstram como os profissionais são, de fato, acometidos pelo desgaste mental decorrente desse processo.

2.1 A organização do trabalho na perspectiva de suas relações e das condições potencialmente causadoras de doenças

As inúmeras mudanças e a precarização no mundo do trabalho retratadas no capítulo anterior designam as requisições da nova organização do trabalho, fatores que contribuem significativamente para o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho profissional. Tradicionalmente, o âmbito da saúde do/a trabalhador/a no Brasil se estabelece como um movimento diverso, amplo e plural, que reúne trabalhadores/as, movimentos comunitários, técnicos e pesquisadores/as com o objetivo de assemelhar uma pactuação coletiva com o viés de constituir uma nova configuração à luz de relações fraternas, solidárias e emancipadoras. Todavia, o Estado Brasileiro sempre seguiu no caminho contrário a este pensamento, atendendo a interesses das classes dominantes e detentoras do capital, na defesa de um modelo de desenvolvimento econômico voltado para um movimento contínuo e permanente de cerceamento ao livre pensar dos/as trabalhadores/as, de uma busca cada vez mais rigorosa pelo controle de sua subjetividade e de sua criatividade, com o intuito de manter o seu corpo e a sua mente sob o controle do capital.

Com a instituição de novas relações de trabalho, diferentes formas de gestão de produção foram introduzidas no campo laboral com o objetivo de elevar a produtividade e consequentemente o lucro, oferecendo aos/as trabalhadores/as um nível mais elevado de

independência na organização do trabalho, através do desenvolvimento de métodos de controle rigorosos e mais envolventes.

As novas modalidades de trabalho na sociedade contemporânea, os processos mais proativos e competitivos de produção, a implementação da tecnologia e outros aspectos constantes da organização e gestão do trabalho incidem diretamente na vida do/a trabalhador/a e de sua família, levando-o ao processo de adoecimento em decorrência de sua atividade laboral. Nos dias que correm, para se manter ativo no mercado de trabalho, o/a empregado/a deve se adaptar constantemente às diversas mutações e a um ambiente de trabalho cada vez mais hostil e competitivo.

Desse modo, as novas divisões do trabalho geradas por esses diferentes modelos de organização, com maior autonomia do/a trabalhador/a na organização do trabalho no que tange a tomada de decisões e desenvolvimento de métodos que os envolvem mais no funcionamento da empresa em detrimento dos métodos rigorosos, juntamente com os avanços da tecnologia e automação do trabalho, mostraram-se extremamente competitivos e muitas empresas aproveitaram-se dessa competitividade e do estabelecimento de metas como um fator estimulante para ampliação e agilidade na produção. Esse modelo de gestão é popularmente chamado de “gestão by stress” ou em tradução livre para o português “gestão por stress” (CATALDI, 2002).

O gerenciamento “by stress” é a forma de gestão e organização do trabalho mais utilizadas pelas empresas como forma de aumentar a produtividade de seus/suas funcionários/as por meio da criação proposital de uma tensão constante, aliada ao estabelecimento de metas e promoções por meritocracia. Esse processo faz com que o/a trabalhador/a ultrapasse os seus limites e eleve consideravelmente os seus níveis de *stress*, que para a psicofisiologia seria o intermediário entre a saúde do/a trabalhador/a e a doença, a fim de alcançar as metas e objetivos propostos por seus superiores, seja por medo de demissão ou pela busca de uma promoção ou aumento de salário. Na perspectiva de Alves (2017, p.114), essa dinâmica laboral rouba a subjetividade e a essência do trabalho:

[...]o processo de “captura” da subjetividade do trabalho como inovação sócio metabólica tende a dilacerar (e estressar) não apenas a dimensão física da corporalidade viva da força de trabalho, mas sua dimensão psíquica e espiritual (que se manifesta por sintomas psicossomáticos). O toyotismo é a administração by stress, pois busca realizar o impossível: a unidade orgânica entre o “núcleo humano”, matriz da inteligência da fantasia, da iniciativa do trabalho como atividade significativa, e a “relação-capital” que preserva a dimensão do trabalho estranhado e os mecanismos de controle do trabalho vivo.

O *stress*, a ansiedade, a depressão, a dificuldade de pensar claramente, dores ou problemas no estômago, tensão em vários músculos, dificuldade de tomar decisões, falta de

iniciativa e aperto ou dores no tórax são sintomas identificados em trabalhadores/as acometidos por doenças decorrentes do trabalho (SILVA, 2011, p. 44). O Brasil, em uma pesquisa realizada pela International Stress Management Association e publicada pelo jornal “Correio 24 Horas” ocupou a segunda colocação em um ranking sobre níveis de *stress*. A pesquisa informa que 70% dos/as brasileiros/as são estressados/as. A maior justificativa para isso, segundo a pesquisa, é o trabalho, em que 69% dos/as entrevistados/as apontaram essa como sendo a causa de seu *stress*.

A doença mais comum ocasionada pelo elevado nível de *stress* é a chamada Síndrome de Burnout, que é o completo esgotamento físico, mental e emocional do/a trabalhador/a em decorrência de sua atividade laboral. Os fatores determinantes da doença estão diretamente ligados aos novos modos de gestão de trabalho, como as expectativas quanto às condições de trabalho, quanto a remuneração e promoções, individualismo e competitividade, pressão para entrega de resultados e dificuldade para lidar com frustrações.

Para Carlotto e Câmara (2008, p.156), a síndrome supracitada pode atingir todos/as aqueles/as que possuem em sua atividade laboral qualquer tipo de relação interpessoal, sendo considerado

um fenômeno que afetava praticamente todas as profissões, tendo em vista que quase todas possuem algum tipo de contato interpessoal. Este pode ocorrer na forma de atendimento de clientes, consumidores, os colegas e também supervisores. [...] é importante considerar também que a modalidade de trabalho atual, em grupo e em equipes, também tem exigido contatos mais frequentes e intensos. Assim, hoje percebe-se que, pela própria natureza e funcionalidade do cargo, há profissões de risco e de alto risco, sendo poucas as não suscetíveis a ocorrências de Burnout.

No mesmo diapasão, Trigo et al (2007, p. 225) discorre sobre os sintomas peculiares da síndrome:

a exaustão emocional abrange sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia, aumento da suscetibilidade para doenças, cefaléia, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono. O distanciamento afetivo provoca a sensação de alienação em relação aos outros, sendo a presença destes muitas vezes desagradável e não desejada.

À vista disso, a síndrome afeta não somente a parte física e mental, mas suas relações interpessoais, como a falta de empatia e alienação em relação aos outros. Neste sentido, Trigo et al (2007, p. 230) explica:

[...] os indivíduos que estão neste processo de desgaste estão sujeitos a largar o emprego, tanto psicológica quanto fisicamente. Eles investem menos tempo e energia no trabalho fazendo somente o que é absolutamente necessário e faltam com mais frequência. Além de trabalharem menos, não trabalham tão bem. Trabalho de alta qualidade requer tempo e esforço, compromisso e criatividade, mas o indivíduo desgastado já não está disposto a oferecer isso espontaneamente. A queda na qualidade e quantidade de trabalho produzido é o resultado profissional do desgaste.

Quando se faz menção a doenças ou síndromes decorrentes do trabalho relacionadas à sua capacidade física, a mais comum é a chamada Lesão Por Esforço Repetitivo (LER), também chamada de Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho. Essa síndrome engloba uma série de doenças que de certa forma se comunicam entre si, como a tendinite, tenossinovite, bursite, epicondrolite, síndrome do túnel do carpo, dedo em gatilho, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome do pronador redondo, mialgias. Elementos relativos à organização do trabalho como o alto volume de trabalho, inflexibilidade da jornada e pouco tempo de descanso entre atividades repetitivas e em grande quantidade, sobrecarga de certos grupos musculares, falta de controle sobre o modo e ritmo de produção, exigência exorbitante de produção, utilização de equipamentos impróprios, são os responsáveis pelo aumento dos casos de LER/DORT nas empresas (BRUNA, s.d.).

Segundo o Ministério da Saúde (2001, p.372) outra doença relacionada ao trabalho e a insalubridade do local de labor com um número bastante elevado de acometimentos é a gastroenterite e colite tóxicas, que “é uma síndrome caracterizada por uma irritação do trato intestinal, identificada náuseas, vômitos, diarreia líquida e dor abdominal”. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2001, p. 372), a prevenção dessa doença é feita da seguinte forma:

A prevenção das gastroenterites e colites tóxicas relacionadas ao trabalho baseia-se nos procedimentos de vigilância dos ambientes, dos processos de trabalho e dos efeitos ou danos para a saúde. O controle da exposição a mercúrio, arsênio, antimônio, cobre, cádmio, chumbo e radiações ionizantes, entre outros agentes, pode contribuir para a redução dessas doenças nos grupos ocupacionais de risco.

Isto posto, percebe-se que as novas formas de organização e gestão do trabalho implicam na perspectiva de maior produtividade dos/as trabalhadores/as, inversamente proporcional à sua vida. Dessa forma, se faz importantíssimo a realização de atividades intuito de prevenir doenças ou ter diagnóstico precoce das doenças relacionadas à atividade laboral para que seja direcionado tratamento adequado. Atividades físicas e tratamentos alternativos vêm ganhando destaque em casos de estresse laboral e podem ser importantes aliados na saúde mental dos/as trabalhadores/as evitando, dessa forma, o desencadeamento dessas doenças de forma maciça, principalmente entre os da área da saúde, como será discutido no próximo item.

2.2 A saúde mental dos/das trabalhadores/as no Sistema Único de Saúde (SUS): entre a previsão e a operacionalidade

Como dito anteriormente, a conjuntura atual do mercado de trabalho é de diversificação da classe trabalhadora, o que faz com que os/as trabalhadores/as se submetam a rotinas de trabalho excessivas, ambientes de trabalho insalubres, baixos salários e condições de trabalho desumanas. Dentre as categorias de trabalho existentes, há de se destacar os profissionais da área da saúde que enfrentam, além do supracitado, variadas circunstâncias, que vão da flexibilização, terceirização e privatização da saúde, a questões laborais como exposição a materiais tóxicos e contaminação, bem como elementos referentes à organização e precarização do trabalho, como a divisão e o distribuição dos afazeres, falta de reconhecimento profissional, multifuncionalidade, exigência de produtividade, deficiências dos demais níveis do sistema de saúde, inexistência de discussão sobre plano de cargos e salários e arrocho salarial a que o setor da saúde, em destaque, é submetido.

Em pesquisa realizada pela Universidade Federal de Uberlândia com 116 agentes comunitários de saúde (ACS), foi possível verificar que 75% dos/as entrevistados/as apresentaram um nível de ansiedade considerado moderado e 17,24%, apresentaram ansiedade grave. Outro estudo realizado com 141 agentes comunitários atuantes há pelo menos seis meses em unidades básicas de saúde do município de São Paulo (SP) apontou a síndrome do esgotamento profissional (Síndrome de Burnout) em 24,1% da amostra e de transtornos mentais comuns (TMC) em 43,3% na mesma amostra.

Tal situação, que chega a ser alarmante, é agravada pelo modo com que é encarada, seja pelos/as empregadores/as, seja pelos/as próprios/as trabalhadores/as. Junto a isso, as sobrecargas nas jornadas de trabalho ou afazeres no serviço passam despercebidas ou são compreendidas como naturais pelos/as próprios/as trabalhadores/as, que consideram esses abusos inerentes à própria profissão, gerando problemas de ordem mental e não apenas aqueles de ordem física. Sobre isso, Silva (2011, p.93) demonstra que

os distúrbios psíquicos constituem uma das novas formas de adoecimento em ascensão no contexto atual, ao lado de outros acometimentos antigos como as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho. A saúde mental relacionada ao trabalho ainda é uma área de conhecimento aplicado que precisa crescer, visto a dificuldade do reconhecimento e estabelecimento de nexos causais para determinação de transtornos mentais relacionados à atividade profissional.

Ocorre que, sem prejuízo dos fatores previamente citados, o ambiente de trabalho no qual estão inseridos/as os/as profissionais de saúde, experienciando cotidianamente situações de violências e/ou tensões, tende a agravar ainda mais o quadro de frustração com a profissão,

seja assimilando e se solidarizando frente ao sofrimento de pacientes, seja em decorrência do contato diário com essas ocorrências e dos limites do trabalho profissional², os quais desencadeiam um processo de adoecimento psíquico gradativo – a anteriormente citada Síndrome de Burnout. Neste sentido, Correa, Labronici e Trigueiro (2009, apud LAVORATTI, 2013, p. 03) exemplificam como a vivência do profissional de saúde pode afetá-lo mentalmente:

os profissionais de saúde que atendem a vítimas de violência sexual muitas vezes lidam com a própria angústia diante das limitações humanas e do sistema de saúde, porque, de alguma maneira, todos precisam se expor. Essa exposição supõe mostrar as fragilidades, as vulnerabilidades e as suas limitações [...].

Por conseguinte, pressupõe-se que não é incomum encontrar profissionais da área da saúde submetidos a um nível elevado de estresse no ambiente de trabalho devido às várias situações de extrema tensão, como o convívio com pacientes terminais, pacientes vítimas de violência e diversas outras situações-limite a que estão expostos cotidianamente em sua rotina de trabalho. À vista disso, para que os/as profissionais de saúde estejam comprometidos/as, motivados/as, é necessário que possuam condições adequadas de trabalho.

A Constituição Federal define a Saúde do Trabalhador como um grupo de ações de atenção, promoção, prevenção e proteção à saúde que visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos/as trabalhadores/as. Todavia, apesar da garantia disposta na Constituição Federal de 1988, foram poucos os municípios ou estados que implementaram políticas públicas em atenção à saúde do/a trabalhador/a na rede de saúde, como o Programa de Saúde do Trabalhador/a (PST) em meados de 1980, que posteriormente foram transformados em Centros de Referência em Saúde do/a Trabalhador/a. Entretanto, foi apenas em 2002 que o Ministério da Saúde efetivou a institucionalização de uma Política Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a por meio de portarias que criam a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do/a Trabalhador/a (RENAST) com o intuito de integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de saúde do/a trabalhador/a.

Após meses de debate, em dezembro de 2017, a Comissão Inter gestores Tripartite (CIT), que integra o Ministério da Saúde e representantes estados (CONASS) e municípios (CONASEMS), informou novas medidas para fortalecer o atendimento no SUS, proporcionando mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT N° 32/2017 e Portaria N° 3.588/2017), com o intuito de torná-la mais disponível, efetiva, resolutiva e humanizada. A expectativa era de que com a iminência de mudanças na Política Nacional de

² Entende-se por limites do trabalho profissional as características do exercício laboral que impõem dificuldades ao seu desempenho.

Saúde, as políticas públicas ampliassem ações de promoção de saúde e prevenção de doenças mentais em decorrência do trabalho.

Assim, apesar da proposta de iminente melhora no trato da saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), na visão do próprio governo, com o direito do/a cidadão/ã a um atendimento efetivo, humanizado e de qualidade em saúde mental, oferecendo uma rede assistencial equilibrada, ofertando tratamento, de acordo com as necessidades dos pacientes, a reforma foi aprovada pelo governo sob críticas ferrenhas da comunidade especializada na área, pois a saúde mental do/a trabalhador/a foi mais uma vez deixada à deriva pela reforma na política nacional de saúde mental. Vasconcellos e Ribeiro (2011, p.217) ressaltam as dificuldades do estabelecimento da saúde do/a trabalhador/a para a realidade no SUS:

a incompreensão do próprio SUS como a instância do aparelho de Estado responsável por uma política nacional para a área, centrada no direito à saúde, é um deles. Outro aspecto é a formação de quadros técnicos voltados para um mercado da saúde ocupacional que acaba por modelar uma visão corporativa e empresarial não alinhada com um entendimento da relação saúde-trabalho como um problema relevante de saúde pública. As estruturas do Estado, fragmentadas entre si, a baixa intersetorialidade, a arena política dominada por bolsões de hegemonia corporativa da saúde ocupacional e o próprio comportamento intrainstitucional desarticulado no aparelho da saúde são problemas também presentes.

Dessa forma, percebe-se que ainda existem inúmeros obstáculos que devem e podem ser superados para a atenção adequada à saúde mental relacionada ao trabalho no âmbito do SUS. Portanto, os/as trabalhadores/as acometidos por transtornos mentais decorrentes do trabalho profissional ficam dependentes de um sistema de saúde que não privilegia a saúde mental. Faz necessário que haja a integração das diversas áreas do SUS com o segmento da saúde mental dos/as trabalhadores/as para que possa ser oferecido o tratamento adequado, porém, para que isso ocorra, é de extrema importância que concomitantemente haja a militância de profissionais e do movimento social à defesa do sistema único de saúde, que se encontra cada vez mais ameaçado em sua universalidade, através de ideias de privatização desse setor. Nessa via, no capítulo a seguir será abordado a expressão do adoecimento mental dos trabalhadores/as retratado até aqui no âmbito dos CAPS, com foco nos/as Assistentes Sociais.

3 O ADOECIMENTO MENTAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Por fim, neste capítulo, serão abordadas, primeiramente, as condições do/a assistente social enquanto um/a profissional assalariado/a, observando as nuances entre as legislações pertinentes e a realidade enfrentada pelos/as profissionais. Logo após, é retratada a estrutura dos CAPS, bem como sua estrutura, a fim de contextualizar e entender o que já foi debatido até aqui sobre a organização do trabalho e a atual política de saúde, assim como a operacionalização em específico para os/os assistentes sociais e o rebatimento para sua saúde mental. Para o entendimento do proposto por esse trabalho, têm-se uma introdução às atribuições e competências do/a assistente social, para, enfim, discutir o desgaste mental vivenciado por esses/as trabalhadores/as no âmbito dos CAPS, correlacionadas com as suas condições de trabalhador/a assalariado/a, condições de trabalho, atribuições e competências.

3.1 O que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A saúde mental, no mundo, começou a privilegiar o atendimento mais humanizado aos que necessitam de atendimento voltado à sua sanidade com a Reforma Psiquiátrica Internacional, promovendo o redirecionamento do atendimento em leitos hospitalares e assistência em hospitais para o tratamento com serviços extra hospitalares mais eficientes e com melhor aproveitamento na relação custo x benefício. As mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica Internacional refletiram no sistema de saúde brasileiro a partir de meados da década de 1970, sendo considerado o marco efetivo da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, com inspirações europeias e norte-americanas.

Já no ano de 1987, na cidade Paulista de Bauru, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que protagonizava as denúncias e reivindicações em relação ao trato da saúde mental no Brasil, adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, no II Congresso do MTSM. Ainda no ano de 1987, ocorreu a I Conferência Nacional da de Saúde Mental, no estado do Rio de Janeiro. É neste contexto de intensa e acalorada discussão sobre a reforma psiquiátrica no Brasil e suas mudanças que surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país, na cidade de São Paulo, ainda em 1987, com recursos federais e caráter público, com o objetivo inicial de se tornar modelo de atendimento aos pacientes psiquiátricos em ambiente extra hospitalar (BRASIL, 2005, p. 07).

Aos poucos, foi sendo consolidada a ideia dos centros de atenção psicossocial enquanto espaços de reabilitação psicossocial, que se caracterizam pela assistência pública em saúde mental individual e coletiva, que tem o intuito de garantir uma política ajustada em saúde mental e romper com o paradigma de manter o paciente psiquiátrico recluso em leitos, característico do modelo hospitalar. O modelo mostrou-se eficaz e continua em pleno funcionamento, com cerca de 516 CAPS no Brasil.

Todavia, com as eleições realizadas em 2018 houve a formação de um novo Congresso Nacional de cunho conservador que espelha os ideais do presidente eleito em segundo turno, Jair Bolsonaro. A partir desse movimento conservador instalada no país com essa nova frente parlamentar, foi divulgada pelo governo a Nota técnica N.º 11/2019 que propõe esclarecimentos sobre as mudanças na política nacional de saúde mental e nas diretrizes da política nacional de drogas. A referida nota traz mudanças no trato da saúde mental, como a implementação de hospital psiquiátricos, unidades ambulatoriais de saúde mental, leitos especializados em hospitais gerais. As mudanças sinalizam que o atendimento realizado de forma mais humanizada ao usuário/a e fora de ambientes ambulatoriais não terá mais centralidade na nova política, deixando de ser o CAPS a porta de entrada no tratamento dos usuários/as. Tais mudanças significam um retrocesso diante do respeito aos direitos fundamentais dos usuários/as e das conquistas arguidas ao longo de aproximadamente três décadas com a reforma psiquiátrica e a política de tratamento antimanicomial, além de desafiar diretamente os/as trabalhadores/as envolvidos/as no processo.

O CAPS, ainda assim, é um serviço de saúde público e comunitário do SUS voltado ao tratamento das pessoas acometidas por transtornos de ordem psiquiátrica, com o intuito de incentivar sua integração social e familiar, fomentar iniciativas de busca da autonomia e independência e disponibilizar atendimento médico e psicológico em geral. Seu principal objetivo é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, de acordo com as peculiaridades do espaço territorial em que está inserido, ou seja, conforme os costumes e cultura da cidade onde vive.

Em outros termos, os CAPS são importante ferramenta na implementação e consolidação da nova política do trato da saúde mental fora dos leitos hospitalares. Dessa forma, faz-se necessário que haja o fortalecimento destes serviços e de suas ações interdisciplinares, com uma gestão disciplinada em ações em rede e articulações intersetoriais, que proporcionem o desenvolvimento de suas atividades a partir dos sujeitos envolvidos: usuários/as, familiares, profissionais, entre outros.

As ações dos CAPS são realizadas em coletivo, individuais, com as famílias, com a comunidade, podendo acontecer no próprio espaço do CAPS ou em espaços do seu respectivo território, como praças, parques e feiras, nos contextos fáticos e cotidianos de vida. De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 854/2012 (BRASIL, 2012), poderão compor os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários/as e familiares, diversas estratégias. Dentre essas, é possível citar as que possuem maior relevância, como o acolhimento inicial, que é o primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, e constrói o vínculo terapêutico inicial com o/a acolhido/a; a atenção às situações de crise, que são ações elaboradas para a administração e mediação das situações de crise dos pacientes, entendidas como circunstâncias do processo de acompanhamento dos pacientes, em que conflitos relacionais com familiares e situações do seu cotidiano geram intenso sofrimento, desorganização e agravamento do quadro; atendimento para a família, que são ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e seus anseios, que asseguram a coparticipação no contexto do cuidado, promovendo o compartilhamento de vivências e informações acerca do/a usuário/a, entre outras ações, que visam sempre seu bem-estar físico, psíquico e social.

Quanto à estruturação e distribuição dos Centros de Atendimento Psicossocial, são dispostos em formato de casas de habitação convencional, que fogem ao padrão oferecido no modelo hospitalar, o que auxilia na aproximação do/a usuário/a com profissionais e desmitifica a característica de “doente” do/a usuário/a. Os CAPS podem ser divididos em seis tipos, sendo eles os CAPS I, II, III, o CAPS ad, o CAPS ad III e o CAPSi, conforme se visualiza no Quadro 1.

Quadro 1 – Características gerais dos CAPS

	Características	Equipe mínima	Quantidade de habitantes
CAPS I	Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes, atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam preferencialmente intenso sofrimento psíquico resultante de transtornos mentais graves e persistentes, inclusive aqueles ligados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impeçam estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.	01 médico/a com formação em saúde mental; 01 enfermeiro/a; 03 profissionais de nível universitário; 04 profissionais de nível médio.	15 mil habitantes
CAPS II	Possui o mesmo público alvo do CAPS I, porém é indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.	01 médico/a psiquiatra; 01 enfermeiro/a com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior; 06 profissionais de nível médio.	70 mil habitantes
CAPS III	Segue a mesma linha dos anteriores, e oferece ainda serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, inclusive em feriados e finais de semana, oferecendo um amparo clínico e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, sendo indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.	02 médicos/as psiquiatras; 01 enfermeiro/a com formação em saúde mental; 05 profissionais de nível universitário; 08 profissionais de nível médio.	150 mil habitantes
CAPS ad	Oferece o mesmo atendimento do CAPS III, porém o público alvo são as pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e é indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.	01 médico/a psiquiatra; 01 enfermeiro/a com formação em saúde mental; 01 médico/a clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;	150 mil habitantes.

		04 profissionais de nível universitário; 06 profissionais de nível médio.	
CAPS ad III	É destinado a adultos, crianças e adolescentes, observando as normas e prerrogativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos, oferecendo um serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento em escala 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, e é indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.	01 médico/a clínico; 01 médico/a psiquiatra; 01 enfermeiro/a com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 05 profissionais de nível universitário; 04 técnicos/as de enfermagem; 04 profissionais de nível médio; 01 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.	150 mil habitantes.
CAPSi	Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e contínuos, bem como àqueles relacionados ao consumo de drogas e álcool, ou qualquer outra situação que os impeça de criar laços e alcançar metas de vida, e é indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.	01 médico/a psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 01 enfermeiro/a; 04 profissionais de nível superior; 05 profissionais de nível médio.	70 mil habitantes.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013).

Assim, os CAPS devem operar com uma equipe interdisciplinar formada de acordo com as demandas e especificidades de cada localidade, em construções que devem ser apropriadas ao contexto social e cultural de sua base territorial, bem como, que sejam capazes de proporcionar condições suficientes às equipes de trabalho para que os/as usuários/as e seus familiares sejam atendidos/as em suas demandas. Ato contínuo, serão explicitadas as atribuições e competências dos/as profissionais no âmbito do Serviço Social, inseridos nesse ambiente supracitado.

3.1.2 As atribuições e competências do/a Assistente Social no CAPS

A partir dos movimentos de alteração na organização e gestão de trabalho vistas anteriormente, inúmeras são as expressões dessas transformações que atingem diretamente a saúde mental dos/as trabalhadores/as Assistentes Sociais inseridos/as nas diversas áreas sócio-ocupacionais, mas de modo especial nos CAPS.

Partindo disso, é necessário, antes de tudo, ter o entendimento do/da Assistente social na condição de trabalhador/a assalariado/a, conforme amplamente discutido por Yamamoto, inserido no mundo do trabalho e subjugado às relações contratuais e salariais a que todo e qualquer sujeito que vende sua força de trabalho é submetido. Portanto, o/a profissional Assistente Social vende a sua força de trabalho em troca de um valor monetário referente ao trabalho realizado, cujo valor é expresso em dinheiro, de modo a custear suas despesas com recursos para sua manutenção e reprodução.

Na análise das condições de trabalho do/a assistente social é importante observar que a precarização das condições de trabalho e o consecutivo adoecimento não é relativo apenas à saúde. Dados do Censo SUAS (2012) demonstram que do total de 68.275 trabalhadores/as dos CRAS em todo o Brasil, 32,9% têm vínculos estatutário, configurando a maioria, e 7,2% celetista. O restante, 59,9%, possuem vínculos de naturezas diversas, dívidas em várias espécies, tais como vínculo não permanente, comissionado, terceirizado e temporário/a, cujo percentual perpassa aproximadamente 31,6%. É possível observar circunstância bastante parecida também nos CREAS: dos 19.876 trabalhadores/as, o mesmo percentual de 32,9% tem vínculo estatutário e 7,3% celetistas; os demais, 59,8%, apresentam diversidade de vínculos, somados a outros, identificados como trabalhador/a de empresa ou cooperativa ou entidade prestadora de serviço, sem vínculo e voluntário (SUAS, 2012).

Nessa via, o Censo SUAS explicita a diversificação dos vínculos trabalhistas dos/as assistentes na esfera pública, sendo que 2/3 do total não são concursados e, por sua vez, tem vínculo temporário, fator que dificulta a criação de vínculos, o conhecimento do território e das particularidades política pública, o planejamento em médio e longo prazos, a equiparação salarial com estatutários, dentre outros.

Vale lembrar que a profissão de assistente social, que é regulamentada no Brasil desde 1957 com a Lei nº 3252 e posteriormente, acompanhando as transformações da sociedade brasileira, passou por mudanças e foi atualizada no ano de 1993, com a Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, encontra dificuldades em relação à sua remuneração até os dias de hoje, onde dados atuais levantados por 10 Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) por meio de visitas de fiscalização, consulta a editais de concursos públicos, dados cadastrais de

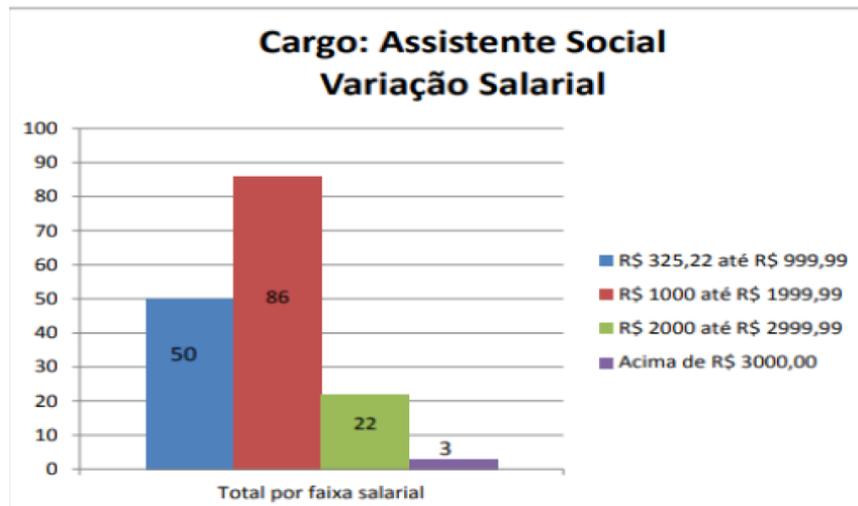
profissionais, levantamento junto a instituições, pesquisas em âmbito estadual, publicações específicas, entre 2013 e 2014, revelam um baixo nível salarial, verificando-se inclusive redução, se levar em consideração o salário mínimo nacional. Neste mesmo diapasão, a categoria ainda não conseguiu aprovar o projeto de lei nº 5.278/2009, que teve sua última movimentação em 08/05/2019, em que foi aprovado um requerimento para a realização de um seminário em Salvador/BA para debater o projeto de lei, que visa instituir o piso salarial de R\$ 3.720,00 (três mil, setecentos e vinte reais) para assistentes sociais, para uma jornada de 6 horas diárias e 30 horas semanais. Nos termos do projeto de lei que expõe o piso salarial da categoria:

Art. 2º O art. 2º da Lei n.º 8.662, de 7 de junho de 1993, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se o parágrafo único para § 1º: “Art. 2º § 2º Para uma jornada de seis horas diárias e trinta horas semanais, é devido aos Assistentes Sociais o piso salarial de R\$ 3.720,00 (três mil, setecentos e vinte reais), a ser reajustado: I – no mês de publicação desta lei, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, elaborado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de fevereiro de 2009, inclusive, ao mês imediatamente anterior ao do início de vigência desta lei; II – anualmente, a partir do ano subsequente ao do reajuste mencionado no inciso I deste artigo, no mês correspondente ao da publicação desta lei, pela variação acumulada do INPC nos doze meses imediatamente anteriores (BRASIL, 2009, p.04).

Passados 10 anos da redação inicial, o projeto ainda não foi sancionado. Diversas são as justificativas para a sua não aprovação, dentre as quais cita-se o envolvimento dos recursos da União, Estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo diretamente os recursos do Estado, bem como crise econômica em e o impacto orçamentário que ocasionaria.

Por conseguinte, observa-se que a maioria dos/as profissionais não recebem o valor proposto como piso salarial. O gráfico I, a seguir, confirma o argumento, com a demonstração da variação salarial dos profissionais da assistência social no Estado do Rio de Janeiro. A pesquisa foi realizada com 161 profissionais e seus respectivos salários.

Figura 1 – Faixa Salarial de Assistentes Sociais no estado do Rio de Janeiro



Fonte: II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais (2017).

As informações constantes no gráfico demonstram que aproximadamente 98% dos entrevistados recebem remuneração de até R\$ 2.999,99, ou seja, inferior ao piso salarial proposto pelo projeto de lei nº 5.278/2009. Como resultado dessa desvalorização do/a Assistente Social, o/a profissional precisa, muitas vezes, complementar sua renda com diversos vínculos, jornadas de trabalho extensivas e, por vezes, com condições de trabalho precarizadas.

Nesse sentido, se faz importante pensar para além de sua saúde física, mas na saúde psíquica, uma vez que a falta do poder aquisitivo, a dupla jornada, a ausência de tempo livre, entre outros, afeta a realização de atividades de lazer e descanso, sobremaneira a saúde mental destes trabalhadores/as.

Nessa perspectiva de mudanças no mundo do trabalho, o modo de produção capitalista transforma tanto as relações trabalhistas como a vida desses/as trabalhadores/as. Em sua dimensão selvagem, o capitalismo gera a alienação do ser social de modo a causar a perda de identidade e do sentido da vida, podendo ser entendida como o fim da classe que trabalha para viver e o surgimento da classe que só vive para trabalhar. Segundo Antunes (2002), a diferenciação entre os seres humanos dos seres vivos é a constituição de um ser social, entretanto, o trabalho realizado no capitalismo sofre um processo de fetichização ao ponto de tudo tornar-se “valor de troca”, perdendo assim o significado do social e tornando os/as trabalhadores/as em “coisa”, no qual o vínculo social torna-se relação entre coisas. Como apontado por Iamamoto (2010), as coisas se humanizam e os humanos se coisificam.

Dessa forma, a realidade do mundo do trabalho revelado também aos/as Assistentes Sociais é preocupante, uma vez que os baixos salários oferecidos aos profissionais se somam

ao sucateamento das condições de trabalho tanto na iniciativa privada, como no setor público, a exemplo dos CAPS, que, como visto, é um importante espaço no trato da saúde mental no Brasil, na perspectiva da humanização do atendimento aos usuários/as.

Quanto às atribuições e competências do/a Assistente Social no CAPS, primeiramente, vale lembrar que de acordo com o parecer jurídico N.º 27/98 existe uma linha tênue quando se define o que é competência, no artigo 4º da Lei 8662/93, e o que são atribuições privativas do/a Assistente Social, dispostas em seu artigo 5º. A grosso modo, o artigo 4º estabelece competências genéricas, que podem ser executadas por qualquer profissional, enquanto o artigo 5º define atribuições a serem executadas exclusivamente por Assistentes Sociais. Desse modo, as atribuições privativas são exclusivas do/a Assistente Social, ou seja, apenas o/a profissional com formação em Serviço Social pode executar, enquanto as competências podem ser genéricas, ou seja, podem ser executadas no diálogo com outras áreas. “A competência, de outra sorte se insere na capacidade de apreciar e dar resolutividade a determinado assunto. É habilidade e aptidão para resolver determinada questão” (CFESS, 1998, p.03).

As atribuições privativas são aquelas atribuídas diretamente à profissão, como por exemplo, equipes de Serviço Social nas instituições públicas e privadas na área da saúde que desempenham funções relacionadas ao objeto do serviço social, sua área e matéria. Porém, como referido por Matos (2015, p. 681), é fundamental “trazer para o debate não apenas as atribuições privativas, mas as competências profissionais, coloca em cena não somente aquilo que, pela lei, é função exclusiva do Serviço Social, mas também aquilo que potencialmente podemos/devemos desenvolver no trabalho profissional”.

O documento “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, publicado no ano de 2010, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), teve o objetivo de expressar as particularidades do trabalho profissional na área da saúde, buscando mais uma vez trazer atribuições privativas do/a Assistente Social para além do escopo da Lei que regulamenta a profissão, e estipula as principais ações a serem desenvolvidas pelo/a Assistente Social, conforme indicado a seguir:

- Prestar orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;
- Realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;

Realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais;
 Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
 Criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;
 Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social (CFESS, 2009, p.22-23).

Desse modo, as atribuições e competências do/a Assistente Social no campo da saúde mental se orientam, observando sempre o disposto nas legislações pertinentes, de modo a perceber que o/a usuário/a não necessita apenas de terapias, mas de olhares voltados às suas relações sociais. Todavia, no plano fático, o disposto na legislação e prerrogativas inerentes ao exercício da profissão no Serviço social não são inteiramente respeitados, de tal forma, as consequências e implicações deste desrespeito apresentam se como adoecimento mental para o profissional da área, o que será debatido no item subsequente.

3.1.3 Manifestações de adoecimento mental de Assistentes Sociais nos CAPS

Os aspectos e complexidades do trabalho retratados nos capítulos anteriores contribuem para a configuração de um fenômeno cada vez mais comum nos ambientes laborais chamado de desgaste mental em decorrência do trabalho, que compromete o desempenho no exercício das atribuições profissionais, como também nas relações extra laborais, tornando atividades antes prazerosas, em obrigações desgastantes e irritantes. O *stress* constante em ambientes de trabalho que não possibilitam condições adequadas para o desempenho do trabalho profissional pode desgastar física, emocional e psicologicamente, especialmente em profissões que demandam o diálogo contínuo com outras pessoas, como no caso do Serviço Social.

A manifestação do desgaste mental dos/as trabalhadores pode ser observada a partir de diversos sintomas, entre eles, os mais facilmente identificáveis são o sentimento de impotência, angústia e ansiedade, fadiga mental decorrente do trabalho ou Síndrome de Burnout.

Ao se pensar no/a Assistente social inserido na saúde mental, é notório que se faz presente muitas vezes o sentimento de impotência. Esse sentimento de impotência é observado quando o/a trabalhador/a é compreendido na organização de trabalho como uma peça não pensante, sem poder decisório e com pouca iniciativa. Esse sentimento também está intimamente ligado ao atendimento ao público, onde os problemas, violações de direitos e

assédio moral sofridos pela população atendida incidem na autoestima, pois desqualificam as competências e potencialidades enquanto trabalhador/a. Onde tais situações se apresentam cotidianamente na atuação dos assistentes sociais.

Como já visto anteriormente, diversas são suas competências e atribuições, e para essas, o Assistente Social conta com sua relativa autonomia no tocante às suas relações no ambiente de trabalho. Sobre isso, Iamamoto (2004, p. 18) preceitua que “embora os assistentes sociais possam atribuir uma direção social ao seu exercício, a interferência dos organismos empregadores ocorre através do estabelecimento de metas, normas, atribuições, condições de trabalho e relações de trabalho”.

No mesmo sentido, Iamamoto (2008, p. 422), expõe de que forma o/a assistente social aspira sua autonomia profissional:

Na defesa de sua relativa autonomia, no âmbito dos espaços ocupacionais, o assistente social conta com sua qualificação acadêmico-profissional especializada, com a regulamentação de funções privativas e competências e com a articulação com outros agentes institucionais que participam do mesmo trabalho cooperativo, além das forças políticas das organizações dos trabalhadores que aí incidem.

Diante disso, apesar de ter suas prerrogativas, competências e atribuições privativas protegidas por lei, resoluções e normativas, no contexto fático esbarram na falta de recursos financeiros, técnicos e humanos necessários para que possa exercer a atividade profissional de forma autônoma, necessitando, portanto, dos recursos disponibilizados pelas instituições, sejam elas estatais ou da iniciativa privada, e ainda, aquelas sem fins lucrativos. Assim, o/a Assistente social, apesar de ter suas prerrogativas, competências e atribuições protegidas, acaba subordinado às características e poderes diretivos de seu/sua empregador/a, que encontra limites nos objetivos institucionais.

Além disso, o trabalho profissional esbarra muitas vezes em questões burocráticas, políticas e econômicas, como por exemplo a faltas de recursos necessários e os frequentes cortes nos orçamentos destinados. O impacto da falta de recursos e investimento é visível nos CAPS, que teve o corte do repasse de 77,8 milhões em 22 estados e no Distrito Federal, cuja consequência foi o fechamento de serviços e, na pior das hipóteses, pode resultar na volta maciça das internações em hospitais psiquiátricos, andando na contramão da reforma psiquiátrica e dos avanços conquistados ao longo dos anos no contexto da saúde mental. Ao todo, 319 unidades de atendimento à saúde mental tiveram repasses suspensos, sendo 72 CAPS, 194 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 31 Unidades de Acolhimento (UA) e 22 leitos de saúde mental em hospitais gerais. O estado de Minas Gerais foi o estado mais atingido com o corte de verbas, com 65 unidades; já o Distrito Federal foi atingido com o corte em 6 unidades.

Outro fator que se faz presente é que por se tratar de um trabalho interdisciplinar e multiprofissional há confusão entre a atribuição privativa e competência profissional, e mesmo tendo as atribuições privativas bem definidas algumas questões podem ser problematizadas, como os grupos terapêuticos ou as atividades desenvolvidas enquanto Técnico/a de Referência³ (TR). Diariamente, o/a profissional se vê assumindo ações que se apresentam para além das suas atribuições, ações mais emergenciais e imediatistas, que vai de uma marcação de consulta a uma prática de convivência, que se faz necessário para a realização do seu trabalho em si, mas que não se constitui como atribuição. Dessa maneira é importante se ter um olhar crítico, uma vez que pode se levar a uma perda das particularidades profissionais no âmbito da saúde mental.

Pode, assim, o/a profissional ficar restrito a esses atendimentos cotidianos, onde muitas vezes em seu campo profissional é visto como “solucionador de problemas”, sendo solicitado com frequência pelos/as demais profissionais. Entretanto, trata-se de questões que não são de atribuições do/a Assistente Social, mas de competências que se fazem necessárias para o atendimento dos usuários e, conseqüentemente, para o funcionamento da instituição, assim não se pode esquecer que suas ações “[...] devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde” (CFESS, 2012, p. 43).

Em pesquisas realizadas junto aos/as profissionais assistentes sociais ficam evidentes de que forma tais condições de trabalho afetam o cotidiano dos profissionais do Serviço Social, que são inseridos em um contexto marcado por dificuldades, falta de recursos, conflitos e tensões profissionais. Como demonstra Santos e Manfroi (2015, p.186),

Nas pesquisas sobre o mercado de trabalho dos assistentes sociais, no Espírito Santo (2007) e em Santa Catarina (2011), foram suscitadas diversas questões que relacionam a insuficiência da política às condições para o exercício profissional. Na pesquisa realizada em Santa Catarina, por exemplo, foi perguntado aos assistentes sociais se existiam problemas que dificultavam a realização de seu trabalho, ao que 73% responderam afirmativamente; 24% dos entrevistados disseram não haver dificuldades e 3% não responderam. Dentre as dificuldades mais citadas, estão: a falta de estrutura física, de recursos humanos e materiais, de equipamentos e de veículos; equipe reduzida de profissionais; burocracia excessiva; problemas de gestão e financiamento; fragmentação da rede de proteção social; descontinuidade, fragmentação e sobrecarga de trabalho; e desconhecimento das atribuições do assistente social por outros profissionais e gestores.

³ Profissional que vai referenciar o/a usuário/a no serviço, do início ao fim do seu tratamento. Todos os/os usuários/as são direcionados a um/a TR, que é sempre um profissional de nível superior da equipe interdisciplinar, destinado a acompanhar o processo de tratamento de modo que se possa visualizar o resultado final de seu trabalho.

Na pesquisa do Espírito Santo (2007), pode-se observar que dos/as 189 assistentes sociais entrevistados/as, os problemas mais citados foram falta de recursos, estrutura física, falta de reconhecimento, falta de autonomia⁴, excesso de demandas, contratação precária, descontinuidade das ações, excesso de carga horária, assim como o desconhecimento sobre as atribuições profissionais. Já em relação as condições de saúde, nota-se que 69% afirmaram que o trabalho interfere em suas condições de saúde, ao passo que 28% disseram que não, e 3% não responderam, levando em consideração que foram mencionados 110 casos referentes a doenças psicossomáticas, 34 referente a problemas físicos e 20 casos referentes ao esforço mental e psicológico (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 17ª REGIÃO, 2007).

Já em pesquisa desenvolvida na Grande Florianópolis, ainda segundo Santos e Manfroi (2015), “de um universo de 132 profissionais, 79% deles também responderam afirmativamente sobre a repercussão do trabalho em sua saúde”. Destaca-se que as respostas dos/as entrevistados

apontam uma predominância de problemas ligados às condições de trabalho que provocam estresse – a doença mais citada –, cansaço físico, dores e doenças cardiovasculares, entre outras. Além dessas, aparecem doenças de fundo subjetivo (angústia, desânimo, frustração), questão, sem dúvida, ligadas ao excesso de trabalho (SANTOS; MANFROI, 2015, p. 196).

Nessa pesquisa, o *stress* foi o problema mais relatado pelos/as profissionais, chegando a ser citado 48 vezes, dores e problemas físicos 18 vezes, problemáticas a respeito de demandas insalubres provocando doenças 15 vezes, ansiedade 13 vezes e problemas emocionais também 15 vezes. Alguns depoimentos demonstram que além destes, a carga horária elevada, o salário e as condições institucionais, dentre outras, apresentam-se como causadoras de problemas de saúde.

Todos estes apontamentos são perceptíveis no âmbito dos CAPS, que é o lócus central desta discussão. Dessa forma, pode-se analisar de que forma tais questões levantadas aqui, se apresentam como adoecimento para os/as assistentes sociais, tendo em vista a estrutura e organização dos CAPS, elementarmente o CAPS II de Taguatinga/DF, local em que foi realizado o estágio supervisionado em Serviço Social.

A instituição é uma referência no Distrito Federal, uma vez que atende a diversas regiões administrativas tais como Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Brazlândia, Ceilândia, Guará, Sudoeste, Octogonal e Cruzeiro. É importante sinalizar que a cobertura de serviços de saúde mental no DF é precária (BRASIL, 2012), somada a esse contingente populacional ao qual atende, acarreta uma sobrecarga de demandas ao CAPS II de Taguatinga que é referência

⁴ A autonomia aqui tratada não se refere a atuação enquanto profissional Assistente Social, mas sim em um contexto de falta de recursos/condições para exercer de forma qualificada o seu trabalho e sua autonomia.

no atendimento a situações de transtorno mental. Está previsto que a instituição possui cobertura de atendimento de 70 a 200 mil pessoas, no entanto, atende por volta de um milhão e meio.

A equipe interdisciplinar é composta por sete psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, duas assistentes sociais, dois médicos, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, sete técnicos administrativos, dois seguranças e dois serviços gerais. Apesar de possuir uma equipe interdisciplinar maior do que a equipe mínima prevista, ao se analisar a demanda existente, entende-se que o número de profissionais se faz inferior ao necessário, além da necessidade da criação de mais unidades. Desse modo específico, os/as Assistentes Sociais dos CAPS encontram-se sobrecarregados, pela demanda excessiva de atendimentos, pela dificuldade de realizar trabalho (contínuo) em rede, de falta de visibilidade do trabalho profissional, dentre outros, acarretando assim cansaço físico, mental e emocional, como visto em uma pesquisa qualitativa realizada com assistentes sociais que trabalham no município de Taubaté, interior de São Paulo (2016):

Mesmo você tentando fazer com qualidade o serviço – devido à grande demanda – você não consegue dar conta de tudo. Então, algumas coisas acabam ficando para trás, por esquecimento ou porque você acaba priorizando umas em detrimento de outras (...). Não tem como você fazer tudo, porque você não vai dar conta, senão vai trabalhar além da sua carga horária e aí você não tem vida social, não tem família, não tem nada. Não consegue estudar para ter qualidade no atendimento. Acho que influencia diretamente na qualidade do seu trabalho.

Você tenta priorizar pelas urgências e acaba apagando fogo. Na verdade, você fica no seu trabalho voltado a apagar incêndio e não em fazer com qualidade, com calma, com tranquilidade. Não se tem tempo de estudar para dar a melhor resposta aos usuários ou até mesmo para fazer um relatório com qualidade (Participante 1).

Tal discussão retoma ainda a questão da autonomia do/a Assistente Social, no qual Vasconcelos (2009) destaca que a autonomia pode ser observada pela aceitação ou recusa de demandas, pela priorização ou não de determinadas ações, mediante as justificativas de suas prioridades perante a chefia de sua unidade, estando ligada também ao sentimento de impotência uma vez que não consegue realizar seu trabalho de forma adequada e nem atender a todos que demandam.

Visto a necessidade e as dificuldades enfrentadas, os/as profissionais buscam alternativas e parcerias para a realização de um atendimento adequado, como o apoio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nessa via, os CAPS buscam constantemente a integração dos serviços, e, quando necessário, é feito o encaminhamento dos/as usuários/as aos serviços da atenção básica, às unidades de acolhimento, assim como hospitais, tendo em vista que diversas medicações não se encontram nos CAPS, feito assim, além de encaminhamento para consultas e exames entre outras ações na rede.

Entretanto, nem sempre recebem o retorno necessário, dificultando assim a realização do trabalho de forma descentralizada e integral, no qual o/a profissional se vê de mãos atadas e sem outras alternativas para o atendimento satisfatório dos/as usuários/as. Assim, o/a profissional há de recorrer às universidades parceiras, como as universidades que atendem em plantões psicológicos, ou alguns grupos abertos à comunidade como grupos de apoio à depressão e ansiedade, usando estes encaminhamentos como um meio de espera até o momento em que surgir alguma vaga para continuidade dos atendimentos. Isto agrava ainda mais o quadro presente de adoecimento e stress relacionado ao trabalho em um ambiente como o CAPS, que além de enfrentar os efeitos da contrarreforma trabalhista e do corte no repasse de verbas pelo Governo Federal, lida diariamente com jornadas intensificadas, como a exorbitante demanda, tendo em vista que o trato da saúde mental é contínuo e não apenas pontual e não existem condições para que se possa fazer esse atendimento de forma descentralizada e interdisciplinar satisfatoriamente, gerando condições precárias de trabalho, e ainda, vivencia a cada dia situações de violação de direitos e de violência, marcada pela desigualdade social.

Dessa forma, é desencadeada a ansiedade e a angústia nos assistentes sociais inseridos nos CAPS, que decorrem da pressão e cobranças por maior produtividade diante da demanda de atendimento, que exorbita a capacidade laborativa do/a trabalhador/a, ainda que essa pressão possa parecer inerente ao exercício de qualquer profissão, a ansiedade é um transtorno perigoso que pode evoluir para quadros delicados fisicamente e psicologicamente.

A depressão como uma doença ocupacional é causada, como as outras hipóteses de desgaste mental aqui citadas, pelo estresse no ambiente de trabalho. No Brasil, é considerada a segunda causa de afastamento do trabalho, ficando atrás apenas para as Lesões por Esforço Repetitivo (LER), também chamadas de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), que no CAPS são observadas diante da necessidade de se preencher inúmeros relatórios e formulários e um curto espaço de tempo, haja visto a grande demanda contra a falta de profissionais habilitados/as. Uma pesquisa produzida pela Universidade de Brasília (UnB), em conjunto com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), demonstra que 48,8% dos trabalhadores que se afastam por mais de 15 dias do trabalho sofrem com algum transtorno mental, sendo a depressão o principal deles. As licenças em 2016 relacionadas a transtornos mentais e comportamentais chegaram a 37,8%, incluindo não apenas a depressão, mas também *stress*, ansiedade, e outros transtornos decorrentes do desgaste mental.

Deste modo, pode-se notar de que forma esse processo de reestruturação do trabalho que vem ocorrendo ao longo do tempo e se intensifica agora com as novas relações contratuais, uma vez que, quanto maior a flexibilização na garantia dos direitos dos/as trabalhadores/das,

maior são os impactos na vida destes, apresentando-se como público adoecido e por conseguinte usuários/as dos serviços das políticas públicas, sem esquecer ainda a falta de recursos para execução destes serviços.

Como descrito por Alves (2017, p. 54) a captura da subjetividade, sendo a captura da alma do trabalhador, em que não há uma relação apenas de compra e venda da força de trabalho, mas envolve também a mente. Ainda nas palavras de Alves (2017, p.11) “Na nova produção do capital o que se busca “capturar” não é apenas o “fazer” e o “saber” dos trabalhadores, mas a sua disposição intelectual-afetiva, constituída para cooperar com a lógica da valorização”, de modo que esse/a trabalhador/a vai pensar e agir para resolução das diversas questões advindas dos/as usuários/as, tendo assim rebatimentos na sua vida pessoal, uma vez que acaba absorvendo para si as problemáticas encontradas em seu trabalho profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O prisma desta produção acadêmica foi apontar como os profissionais Assistentes Sociais tem sua saúde mental comprometida em decorrência do trabalho profissional, o qual surgiu a partir da constatação da insuficiência de condições para o exercício da profissão no âmbito dos CAPS. Para tanto, foi debatido o trabalho e suas nuances, o processo de adoecimento dos trabalhadores em virtude da atividade laboral, levando em consideração os fatores sociais e políticos a quais as atividades na área da saúde estão inseridas e, por fim, o adoecimento mental dos/as profissionais do Serviço social que atuam nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O profissional do Serviço Social enquanto trabalhador/a assalariado/a, apesar de ter sua profissão regulamentada na Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, enfrenta dificuldades na valorização do seu trabalho, e, aliado a isso, esbarra na falta de estrutura e profissionais nos locais de trabalho, na falta de autonomia e poder decisório. Essa conjuntura contribui para o processo de adoecimento profissional, onde o contexto fático do mundo do trabalho proporcionado aos/as profissionais é alarmante, de tal forma que os baixos salários oferecidos aos profissionais congregam ao sucateamento das condições de trabalho tanto na iniciativa privada, como no setor público, a exemplo dos CAPS.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades especializadas no atendimento de usuários/as da saúde mental com enfoque no convívio social, uma vez que tem como objetivo o trato da saúde mental e o atendimento humanizado dos usuários/as, levando em conta o ser na sua totalidade, como sua história de vida, ambiente de convívio e demais fatores. Busca, sobretudo, desmistificar o preconceito com o transtorno mental e se mostra avesso as ideias de internações e manicômios, respeitando sempre a autonomia e as demandas de cada usuário/a.

Apesar de sua notória importância para o atendimento humanizado, no âmbito do CAPS, foi constatado que as condições de trabalho dos CAPS não são satisfatórias, seja com o desrespeito das prerrogativas ao trabalho profissional, seja com a desestruturação dos centros e cortes nos repasses de verbas, culminando no adoecimento mental dos/as trabalhadores/as.

Diante do exposto, conclui-se que o profissional de serviço social, embora trabalhe constantemente com situações de vulnerabilidade e adoecimento mental dos/as usuários/as, também precisa cuidar de sua saúde mental, visto que as vivências relativas ao adoecimento dos usuários/as associado às situações de fragilidade e precariedade enfrentadas no trabalho, levam ao consecutivo adoecimento.

O corrente assunto, apesar de sua gravidade, não é objeto de constante debate no âmbito da categoria, pela qual destaca-se a necessidade desse estudo e produções acadêmicas a esse respeito. Destarte, faz-se necessário que as legislações, como a Lei nº. 8.662 de 7 de junho de 1993, pertinentes ao serviço social e que resguardam a profissão, sejam respeitadas de forma plena, bem como seja aprovado o projeto de Lei n.º 5.278/2009, que regulamenta o piso salarial da categoria, para que com isso o profissional consiga trabalhar com mais estabilidade, confiança, bem estar físico e psicológico. Por fim, conclui-se que a saúde mental dos/as trabalhadores/as inseridos no CAPS, que lidam diariamente com essa temática do cuidado com a saúde mental dos/as usuários/as, mas tem a sua deixada em segundo plano, é pouco debatida, sendo assim um importante fator a ser desenvolvido em âmbito profissional e acadêmico, de maneira que, para que isso ocorra, é necessário que a categoria se una na defesa pelo respeito das prerrogativas e debate do adoecimento do/a assistente social, de forma a preservar a saúde mental do profissional inserido no CAPS.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. **Dimensões da Reestruturação Produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. 2. Ed. Bauru/SP: Editora Praxis, 2017.

BARROCO, Maria Lúcia. **Ética e sociedade**. Curso de capacitação ética para agentes multiplicadores. Brasília: CFESS, 2007.

BRASIL. **Consolidação das leis do trabalho**: Decreto Lei Nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: 10 abr 2019.

BRASIL. **Projeto de Lei N.º 38, de 2017**: Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=5276349&ts=1559276836000&disposition=inline>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos para os serviços de saúde**: doenças relacionadas ao trabalho. Brasília/DF, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **PORTARIA Nº 854, DE 22 DE AGOSTO DE 2012**. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-854-22-AGOSTO-2012.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL, Ministerio da saúde. **Saúde Mental no SUS**: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília/DF, 2004. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em 2 jun. 2019.

BRASIL. **Projeto de Lei N.º 5.278, de 2009**: Altera a Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre o salário mínimo profissional do Assistente Social. Disponível em:<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=DD08E59B2688C81E80E587511CB05A8A.proposicoesWebExterno1?codteor=659061&filename=PL+5278/2009>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRAVO, Maria; PELAEZ, Elaine; PINHEIRO, Wladimir. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://10.18315/argumentum.v10i1.19139>.

BRUNA, Maria Helena Varela. **Lesão por esforço repetitivo (LER/DORT)**. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/lesao-por-esforco-repetitivo-ler-dort/#.XQpnUvnAJ-w.link>>. Acesso em: 11 mai. 2019.

CARLOTTO, Mary Sandra.; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **Revista PSICO**, v.39, n.2, p. 152-158, abr/jun., Porto Alegre, 2008.

CATALDI, Maria José. **Stress no meio ambiente de trabalho**. 2. ed. São Paulo: LTR, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parecer Jurídico N.º 27/98**. Dispõe sobre a análise das competências do Assistente Social em relação à parâmetros normativos previstos pelo art. 5º da Lei 8.662/93, que estabelece as atribuições privativas do mesmo profissional. Disponível em <<http://www.cress-es.org.br/site/images/parecer%20cfess%20-%2027-98.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Pesquisa Brasil em números**: CNJ, 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/10/b8f46be3dbb344931a933579915488.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2019.

HELLER, Agnes. **Sociologia de la vida cotidiana**. Trad. J. F. Yvars e E. Pérez Nadal. 4. Ed. Barcelona: Ediciones Península, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília, n. 3, 2004.

ICOS - INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE. **Coalizão Saúde Brasil**: Uma agenda para transformar o sistema de saúde. São Paulo, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílio Contínua**. Rio de Janeiro, v. 1.5, 4. ed. 2017.

LAVORATTI, Cleide. **Tecendo a rede de proteção**: desafios do enfrentamento intersectorial à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no município de Curitiba/PR. Curitiba. 2013. Texto dig.

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, nº 124. São Paulo, 2015. p. 678-698. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.046>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 8. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Maria Teresa dos; MANFROI, Vania Maria. Condições de trabalho das/os assistentes sociais: precarização ética e técnica do exercício profissional. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 36, v. 13, p. 178 – 196, 2015.

SILVA, Edith Seligmann. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Marli Appel; ARGIMON, Irani Iracema de Lima; WENDT, Guilherme Welter. Insegurança no trabalho e sua relação com a saúde psicológica do trabalhador. **Revista da sociedade de psicologia do Rio Grande do Sul**, v.12 . n. 1, 2011.

TRIGO, Telma Ramos. et al. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista Psiquiatria Clínica**, n. 34, v. 5, 2007.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; RIBEIRO, F. S. N. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: L.C.F. Vasconcellos; M. H. B. Oliveira. **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2009.