

Artigos Livres

Serviço Social e saúde mental: o trabalho profissional da/o assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Social Work and mental health: the professional work of social workers in Psychosocial Care Centers (CAPS)

Bruna Carolina Milani¹ , Fernanda Nunes da Rosa¹ 

¹ Universidade Federal de Santa Maria , Santa Maria, RS, Brasil

RESUMO

O presente artigo objetiva investigar as interfaces entre Serviço Social e saúde mental, com enfoque nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para tanto, analisou-se a produção existente sobre o tema, incluindo livros, artigos científicos e dispositivos legais e normativos. Inicialmente, apresenta-se uma breve trajetória socio-histórica entre Serviço Social e saúde mental no Brasil. Em seguida, destacam-se os CAPS como resultados da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, constituindo não apenas espaços de cuidado em saúde mental, mas também campos férteis para a atuação de assistentes sociais. Por fim, discutem-se os limites e as possibilidades do trabalho profissional em um contexto neoliberal, marcado pelo sucateamento de políticas sociais. Conclui-se que a/o assistente social, pela sua formação, possui capacidade para enfrentar o cenário em questão ao contribuir para a formação da consciência social e articular as lutas sociais dos sujeitos coletivos, tendo em vista a defesa dos direitos da classe trabalhadora. Na saúde mental, a/o profissional deve articular o trabalho profissional aos princípios da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, ressaltando a importância da dimensão investigativa como elemento central, alinhada ao projeto ético-político da profissão.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde mental; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

ABSTRACT

This article aims to investigate the interfaces between Social Work and mental health, focusing on the Psychosocial Care Centers (CAPS). To this end, the existing literature on the subject was analyzed, including books, scientific articles, and legal and normative frameworks. Initially, a brief socio-historical overview of the relationship between Social Work and mental health in Brazil is presented. Subsequently, CAPS are highlighted as outcomes of the Psychiatric Reform and the Anti-Asylum Movement, constituting not only community-based mental health care services but also important fields for social workers' professional practice. Finally, the limits and possibilities of professional practice are discussed within a neoliberal

context marked by the dismantling of social policies. The study concludes that social workers, given their professional training, are equipped to confront this scenario by contributing to the development of critical social awareness and by articulating the social struggles of collective subjects in defense of working-class rights. In the field of mental health, professional practice should be aligned with the principles of the Health Reform, the Psychiatric Reform, and the Anti-Asylum Movement, emphasizing the investigative dimension as a central element consistent with the ethical-political project of the Social Work profession.

Keywords: Social Work; Mental health; Psychosocial Care Centers (CAPS)

1 INTRODUÇÃO

Este artigo surgiu a partir de uma experiência de Estágio em Serviço Social, ao longo do ano de 2025, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II (CAPS AD II), vinculado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Essa vivência despertou diferentes tipos de inquietações. A partir delas, apresentam-se algumas reflexões acerca do trabalho profissional da/o assistente social no âmbito da saúde mental, especificamente, nos CAPS.

Refletir sobre a inserção das/os assistentes sociais na saúde mental mostra-se fundamental ao Serviço Social, tendo em vista a inserção expressiva desses profissionais no campo da saúde e da saúde mental. Nessa perspectiva, o artigo busca oferecer elementos que orientem respostas qualificadas no campo da saúde mental, tanto no meio acadêmico quanto profissional. A pesquisa é de abordagem qualitativa, do tipo documental e bibliográfica, e foi realizada a partir da análise de livros, artigos científicos e dispositivos legais e normativos.

Nos últimos anos, tem sido observado o aprofundamento de uma conjuntura adversa no campo social. Mais do que lutar por novos direitos e conquistas, tem sido preciso resistir para não perder o que foi duramente alcançado no passado. O retrocesso em direitos já conquistados, frequentemente restringidos ou eliminados por justificativas frágeis ou pouco convincentes, evidencia as novas exigências da lei geral de acumulação na ordem do capital, mediadas pelo Estado em função dos interesses do mercado em níveis local, nacional e global (Chaves; Arcoverde, 2021).

No contexto do neoliberalismo, observa-se a crescente mercantilização da proteção social. Com efeito, no Brasil, tem ocorrido o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental através de uma série de dispositivos legais e normativos, os quais tendem a reintroduzir gradualmente a lógica manicomial, como exemplifica a crescente presença das Comunidades Terapêuticas (CTs) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, torna-se fundamental fomentar essa discussão que, sendo política, também é central ao Serviço Social, sobretudo em suas interfaces com a saúde mental.

Portanto, o objetivo deste artigo é demonstrar os pontos de encontro entre o Serviço Social e a saúde mental no Brasil. Inicialmente, a primeira seção realiza um breve apanhado socio-histórico ao abordar o movimento de inserção e expansão do Serviço Social na área da saúde mental. A segunda parte da discussão delinea alguns marcos dessa política social, destacando as possibilidades e os desafios do trabalho profissional da/o assistente social na área, em especial, nos CAPS, em um contexto neoliberal de sucateamento das políticas sociais. Por fim, a autora propõe algumas considerações finais a título de conclusão.

2 TRAJETÓRIA ENTRE SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nos Estados Unidos da América (EUA), o Serviço Social esteve inserido na saúde mental desde a sua gênese. Os hospitais psiquiátricos foram uma das primeiras áreas de atuação no início do século XX – a organização do primeiro setor de Serviço Social nesse âmbito ocorreu no Hospital Psiquiátrico de Boston, no estado de Massachusetts, em 1912. As/os assistentes sociais atuavam, principalmente, no processo de reintegração dos pacientes à vida social e na prevenção de recaídas. Sob a ótica do reajustamento, o denominado Serviço Social Psiquiátrico estava restrito ao atendimento de questões ligadas ao tratamento médico (Bisneto, 2007).

No Brasil, segundo Bisneto (2007), embora a literatura situe o início do Serviço Social em saúde mental no ano de 1946, nas primeiras décadas havia um número reduzido de assistentes sociais nessa área. Na época, havia poucos

hospícios estatais – destinados para a camada mais pobre da população – e igualmente poucas/os assistentes sociais trabalhando nesses espaços. Além disso, havia escassez de hospitais gerais ou psiquiátricos para trabalhadores e seus dependentes, pertencentes à rede dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), nos quais as/os assistentes sociais não eram necessariamente especialistas em saúde mental. Por fim, havia poucas clínicas psiquiátricas privadas, destinadas aos mais ricos, sem assistentes sociais contratadas/os. Assim, diferentemente dos EUA, o Serviço Social brasileiro não se inseriu de imediato nessa área.

Conforme expõe o autor suprarreferido, o golpe de 1964, que instaurou a ditadura militar no Brasil, deu início a um conjunto de reformas no sistema de saúde e previdência, sob o pretexto da modernização e racionalização, as quais modificaram o cenário hospitalar. Os hospitais da rede dos IAPs foram incorporados à rede do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Além disso, foram criadas clínicas privadas que atendiam os trabalhadores e seus dependentes por meio de convênios com o Estado (Bisneto, 2007). Nesse sentido, Bravo (2009) aponta que, em face da questão social, o Estado interveio por meio do binômio repressão–assistência, com a ampliação, burocratização e modernização da política assistencial, com o objetivo de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e legitimar o regime ditatorial, além de funcionar como mecanismo de acumulação do capital.

Com isso, um número significativo de assistentes sociais passou a atuar na saúde mental no período. A inserção expressiva na área ocorreu em função de exigências do INPS durante a década de 1970. No entanto, as contratações visavam apenas cumprir os requisitos colocados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1977, geralmente com salários baixos e funções pouco definidas. Ademais, quando havia aumento nas contratações em razão do número de pacientes, o vínculo era precário, com poucas horas de trabalho e contrato provisório ou, em alguns casos, com vínculos meramente formais, sem exercício real das funções (Bisneto, 2007).

Concorda-se com Bisneto (2007) ao expor que o INPS passou a exigir das clínicas psiquiátricas a contratação de assistentes sociais, tendo em vista o controle das contradições do sistema manicomial. No contexto da ditadura militar, a questão central não residia na loucura, mas na pobreza, potencialmente geradora de contestações na sociedade. Assim, como executoras/es terminais de políticas sociais na saúde mental, as/os profissionais foram contratadas/os para dar viabilidade ao sistema manicomial, ao mesmo tempo que contribuíam para a acumulação capitalista, o controle da classe trabalhadora e legitimação de um determinado modelo de sociedade. Um retrato desse período encontra-se no livro *Holocausto Brasileiro* (Arbex, 2013), que, tendo como cenário o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, denuncia as condições desumanas e a violência institucionalizada nos hospitais psiquiátricos brasileiros, ao longo de grande parte do século XX.

O final da década de 1970 e a década de 1980 foram caracterizadas por um processo de redemocratização política no Brasil. Nesse contexto, conforme aponta Bravo (2009), novos atores sociais passaram a compor o cenário da saúde e a discutir as condições de vida das pessoas e as propostas governamentais para o setor. Com isso, “saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (Bravo, 2009, p. 95). No interior desse processo, a década de 1980 constitui também um marco fundamental para a compreensão da profissão de assistente social na contemporaneidade, uma vez que desenvolve-se a tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – a intenção de ruptura –, possibilitando uma interlocução gradual com a tradição marxista (Bravo; Matos, 2009).

É nesse contexto que se deram movimentos com o objetivo de transformar as estruturas da área da saúde. Iniciado na década de 1970 por profissionais da área, intelectuais e lideranças políticas, o Movimento de Reforma Sanitária propunha a universalização do acesso, a concepção como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor, a descentralização do processo decisório,

o financiamento efetivo e a democratização do poder local. Essas reivindicações foram amplamente incorporadas pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), culminando na criação do SUS, marco fundamental na reorganização da política de saúde no Brasil (Bravo, 2009).

Ao mesmo tempo, trabalhadores de diversos campos profissionais reuniram-se no Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental. Nesse cenário, por meio da organização de congressos em níveis regionais e nacionais, o Movimento de Reforma Psiquiátrica passou a se consolidar a partir do final dos anos 1970 e ao longo da década de 1980. A corrente propunha a desinstitucionalização, a humanização do atendimento e a implantação de serviços substitutivos extra-hospitalares, incorporando princípios do Movimento de Reforma Sanitária. Posteriormente, essas ações deram origem ao Movimento Antimanicomial, no qual essa luta se consolidou (Bisneto, 2007; Vasconcelos, 2000).

Nesse cenário, ocorreram transformações em termos constitucionais e infraconstitucionais, no sentido de ampliar e garantir direitos em relação aos serviços e ações de saúde à população. Para Nogueira e Mioto (2009), ganha destaque a inserção política de atores sociais invisíveis até então na conformação das agendas públicas. Isso significou uma perspectiva inovadora no que se refere aos direitos sociais, desvinculando-os do trabalho formal, com orientação para a atenção integral às necessidades de saúde da população brasileira. As autoras também pontuam a convergência dessas mudanças com o Código de Ética Profissional da/o Assistente Social e a Lei da Regulamentação da Profissão, aprovados em 1993. Dessa forma, salientam-se alguns pontos comuns: “a expansão dos direitos de cidadania, a preocupação com a universalidade, com a justiça social e o papel do Estado na provisão da atenção social” (Nogueira; Mioto, 2009, p. 222).

Ainda conforme Nogueira e Mioto (2009), a concepção abrangente de saúde foi um passo importante para transformar o modelo assistencial e traduzir as necessidades de saúde da população – modelo de atenção integral à saúde. Essa

concepção remete ao atendimento das necessidades humanas elementares, tais como alimentação, habitação, acesso à água potável e saudável, cuidados primários de saúde e educação – determinantes sociais do processo saúde/doença que reconhecem o usuário como um todo indivisível. É nessa perspectiva que o trabalho profissional das/os assistentes sociais adquiriu maior centralidade, o que assinala um novo estatuto ao Serviço Social no campo da saúde – notadamente no campo de sua promoção, no eixo da intersectorialidade.

Apesar disso, de acordo com Bravo e Matos (2009), ao longo dos anos, a proposta da Reforma Sanitária passou a ser questionada no interior das políticas de saúde, produzindo rebatimentos também no campo da saúde mental. Na segunda metade da década de 1990, fortaleceu-se um modelo de saúde voltado ao mercado e à privatização, em detrimento dos princípios universalistas do SUS. Esse modelo, baseado em políticas de ajuste fiscal, priorizou a redução de gastos, a racionalização dos serviços e a descentralização com menor responsabilidade do governo central. O Estado passou a assegurar apenas um atendimento mínimo à população que não podia pagar, enquanto o setor privado assumiu o atendimento dos demais usuários como consumidores.

No cotidiano do trabalho profissional no âmbito do SUS, os autores realizam um balanço das requisições decorrentes das distintas concepções de saúde e dos rebatimentos que elas produzem no trabalho profissional da/o assistente social:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (Bravo; Matos, 2009, p. 206).

Embora o Serviço Social brasileiro e a saúde mental não tenham estado articulados inicialmente, observa-se, a partir de determinado momento, uma confluência de sentidos entre ambos. À medida que o Serviço Social, no contexto do Movimento de Reconceituação, redefiniu sua direção profissional e afirmou seu compromisso com a classe trabalhadora, também ocorreram transformações significativas no campo da saúde, com efeitos concretos e disputas específicas na saúde mental. Contudo, desde a década de 1990, verifica-se que o neoliberalismo tem imposto duros desafios a essa área, cujos efeitos serão abordados em maior detalhe a seguir, em especial no que se refere ao trabalho profissional da/o assistente social no contexto dos CAPS.

3 O TRABALHO PROFISSIONAL DA/O ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS

Vinculados ao SUS, os CAPS são serviços territoriais e comunitários que se configuram como dispositivos substitutivos à internação psiquiátrica e à lógica manicomial. Os CAPS também constituem um dos campos de trabalho profissional das/os assistentes sociais na política de saúde mental. Nesse contexto, cabe refletir sobre alguns marcos legais que significaram avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil, para, então, pensar sobre os limites e os desafios colocados às/aos assistentes sociais no cenário atual, caracterizado pelo avanço da ofensiva neoliberal.

A Lei nº 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, estabeleceu a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. O texto redirecionou o modelo assistencial para um cuidado mais humanizado e comunitário. A partir de sua promulgação, o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde para essas pessoas passou a ser responsabilidade do Estado, com participação da sociedade e da família, em estabelecimento de saúde mental (Brasil, 2001). Dessa forma, conforme elencado nos incisos do Art. 2º, parágrafo único, da referida lei, são direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2001, n.p.).

No ano seguinte, a Portaria nº 336/2002, estabeleceu as diretrizes para a implantação e o funcionamento dos CAPS, reforçando a ideia do tratamento em liberdade e a atenção psicossocial territorializada, buscando garantir a reintegração social das pessoas com sofrimento psíquico. O serviço pode estar constituído em três tipos de modalidades, de acordo com o porte/complexidade e abrangência populacional. Especificamente, os CAPS I, II e III são para adultos, CAPSi para crianças e adolescentes e CAPS AD para pessoas com necessidades relacionadas ao uso abusivo e dependente de substâncias psicoativas. Além disso, cada tipo de CAPS deve ter equipe técnica multiprofissional mínima, com diferentes formações, tais como médicos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Por fim, a assistência prestada inclui atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, entre outras ações, e o regime de tratamento pode ocorrer nas modalidades intensiva, semi-intensiva ou não intensiva (Brasil, 2002).

Em seguida, a Portaria nº 3.088/2011, republicada em 2013, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS foi criada para organizar, ampliar e integrar os serviços de saúde mental no SUS, assegurando acesso universal, cuidado integral e contínuo às pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas. Dentro dessa rede, os CAPS são pontos de atenção estratégicos, atuando como ordenadores do cuidado no território. Assim, a equipe multiprofissional deve realizar atividades prioritariamente em espaços coletivos

e de forma articulada com outros pontos de atenção, tendo como base o Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento que materializa a relação entre equipe multiprofissional, usuário e família (Brasil, 2011).

A saúde mental é um dos campos de atuação profissional das/os assistentes sociais, sendo o CAPS um dos espaços socioocupacionais ocupado por tais profissionais. Segundo Iamamoto (2020), o trabalho profissional da/o assistente social possui efeitos socialmente objetivos. Ele produz impactos na sociedade, atuando em diferentes dimensões – conhecimento, valores, comportamentos, cultura –, que interferem concretamente na vida dos sujeitos. Dessa forma, os resultados de suas ações são objetivos: ainda que não se manifestem como coisas materiais autônomas, apresentam uma objetividade social, expressa sob a forma de serviços.

No contexto dos CAPS, a/o assistente social exerce uma função central na “garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 2012). Essa atuação se materializa na viabilização de acessos para pessoas que, com frequência, chegam aos serviços em situação de vulnerabilidade e/ou risco social em decorrência das múltiplas expressões da questão social. Para Iamamoto (2001), a questão social, parte constitutiva das relações sociais capitalistas, é expressão ampliada das desigualdades sociais. Nessa perspectiva, o enfrentamento da realidade exige a primazia das necessidades coletivas dos trabalhadores, a responsabilização do Estado e a consolidação de políticas sociais de caráter universal, direcionadas aos interesses das grandes majorias. Assim, o posicionamento do Serviço Social alinha-se diretamente aos princípios da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, reafirmando a centralidade da garantia de direitos no cotidiano dos serviços.

Na saúde mental, a/o assistente social busca desenvolver suas atribuições e competências a partir de uma perspectiva crítica, superando visões reducionistas centradas apenas no diagnóstico clínico. Para tanto, torna-se fundamental evitar o mundo da pseudoconcreticidade, conceito que, para Kosík (1995), se refere à tendência de tomar um complexo de fenômenos como coisas independentes e naturais, sem

perceber os processos e contradições subjacentes, as quais são legitimadas pela regularidade, imediatismo e evidência da atmosfera comum da vida humana. A/o assistente social pretende ir além do que é colocado pela imediaticidade ao analisar a totalidade do contexto em que se insere o usuário, reconhecendo as relações sociais, históricas e contextuais que moldam sua experiência, em que o trabalho profissional busca ultrapassar as interpretações superficiais e mecânicas, meramente burocráticas.

Compreende-se que o sofrimento psíquico está profundamente entrelaçado com condições sociais e econômicas, as quais são impostas pelo modo de produção capitalista em seu estágio neoliberal. A sua lógica de funcionamento privilegia o individualismo, a competitividade e a pressão por sucesso, gerando situações de sofrimento psíquico. O consumo de substâncias psicoativas, por exemplo, pode surgir como forma de enfrentamento dessas questões e, em alguns casos, evoluir para uso abusivo ou dependência, configurando uma demanda para os CAPS AD. Nesse sentido, Bisneto (2007) afirma que a/o assistente social não deve ser apenas a/o profissional do “cuidado”, da “atenção”, e sim desenvolver uma análise crítica da sociedade e da relação entre loucura e capitalismo, a partir da qual concebe mediações para intervir no campo psiquiátrico.

Nessa direção, segundo o autor, na saúde mental, a/o assistente social, para atuar sob um paradigma crítico, depende da articulação com outras áreas do conhecimento. O trabalho profissional pluralista utiliza as explicações do marxismo para compreender a loucura e amparar a demanda por direitos sociais e cidadania dos usuários, ao mesmo tempo em que recorre às explicações da Medicina e da Psicologia para conceber a loucura como doença mental. O trabalho profissional da/o assistente social em espaços como os CAPS exige uma postura interdisciplinar, capaz de articular diferentes saberes sem perder de vista o compromisso com os direitos sociais e a cidadania de seus usuários (Bisneto, 2007).

Não obstante, existem desafios que se impõem no cotidiano do trabalho profissional. Primeiramente, Iamamoto (2020) aponta que, embora a profissão seja

regulamentada como liberal na sociedade, o Serviço Social não se realiza plenamente como tal. A/o assistente social não dispõe de todos os meios necessários para efetivar o seu trabalho profissional, sejam financeiros, técnicos e/ou humanos, dependendo, para isso, de recursos fornecidos pelas entidades empregadoras. Consequentemente, “a condição de trabalhador assalariado não só enquadra o Assistente Social na relação de compra e venda de força de trabalho, mas molda a sua inserção socioinstitucional na sociedade brasileira” (Iamamoto, 2020, p. 73).

Além disso, para Bisneto (2007), mesmo que o Movimento de Reforma Psiquiátrica tenha significado uma abertura para a inserção do Serviço Social na saúde mental, considerando sua formação de cunho social e político, ainda persistem algumas restrições. O autor destaca que as/os assistentes sociais não são capacitadas/os durante a formação universitária a entender a loucura na sua expressão de totalidade histórica, social e política. Além disso, embora a Psiquiatria Reformada incorpore aspectos sociais, o movimento é heterogêneo, isto é, alguns profissionais não buscam rever a hegemonia na área. Sendo assim, é comum a ocorrência de interferências no trabalho profissional da/o assistente social em diversos espaços socioocupacionais, como os CAPS.

Ademais, a priorização do capital financeiro em detrimento das políticas sociais tem representado um duro obstáculo para o trabalho profissional da/o assistente social e a efetivação de direitos, o que inclui a saúde mental como um todo. De acordo com Behring e Boschetti (2011), o argumento da crise fiscal do Estado tem servido para a restrição e a redução de direitos, transformando as políticas sociais em meras ações pontuais e compensatórias, direcionadas para os efeitos mais adversos dessa crise. Nessa direção, concorda-se com as autoras quando pontuam que

As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas se tornam mais limitadas, prevalecendo [...] o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização (Behring; Boschetti, 2011, p. 156).

Atualmente, conforme apontam Bravo, Pelaez e Menezes (2020), há uma disputa entre distintos projetos de saúde (reforma sanitária, reforma sanitária

flexibilizada e projeto privatista). O mais recente ganha fôlego no cenário pós-golpe de 2016, colocando o SUS completamente submetido ao mercado. Dessa forma, trata-se do próprio processo de avanço do modo de produção capitalista em sua fase neoliberal, momento em que ocorre a diminuição dos direitos da classe trabalhadora e a participação crescente do mercado, em todos os aspectos da vida social.

O sofrimento psíquico se engendra nas condições impostas pelo neoliberalismo, ao mesmo tempo em que a Política Nacional de Saúde Mental passa a sofrer sucessivos tensionamentos e desmontes. No governo de Michel Temer (2016–2018), por exemplo, a Portaria nº 3.588/2017 promoveu alterações na RAPS que reforçaram a lógica das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais, além de serviços ambulatoriais, direcionando recursos para esses fins (Brasil, 2017). Posteriormente, durante o governo de Jair Bolsonaro (2019–2022), a Nota Técnica nº 11/2019 reforçou esse movimento, ao relativizar a centralidade dos CAPS, fortalecer as CTs e retomar práticas alinhadas à racionalidade manicomial, com o incentivo à eletroconvulsoterapia (ECT), conhecida popularmente como “terapia de choque” (Brasil, 2019b). No mesmo contexto, o Decreto nº 9.761/2019, ao redefinir a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), priorizou a abstinência e a expansão das CTs, em detrimento das estratégias de redução de danos e dos CAPS (Brasil, 2019a). Portanto, esse conjunto de medidas evidencia que a ofensiva neoliberal incide de forma direta sobre as políticas sociais, fragilizando direitos duramente conquistados. Na saúde mental, tais retrocessos repercutem no cotidiano das/os assistentes sociais nos CAPS, tensionando o projeto ético-político do Serviço Social e as condições objetivas em que o trabalho profissional se realiza.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diferentemente dos EUA, o Serviço Social brasileiro demorou décadas para se aproximar da saúde mental. Tal como ocorrera nas décadas de 1930 e 1940, nas décadas de 1960 e 1970, a profissão foi demandada para atuar em prol da acumulação capitalista,

tendo em vista o controle da classe trabalhadora, que sofria com o acirramento da questão social – expressão ampliada das desigualdades sociais, durante a ditadura militar. Dessa forma, as/os profissionais trilharam esse caminho como executores terminais de políticas sociais, dando viabilidade ao sistema manicomial.

Com o tempo, buscou-se construir uma identidade profissional crítica e voltada para a transformação social. O período entre as décadas de 1960 e 1980 também marcou a ruptura com as práticas profissionais tradicionais por meio do Movimento de Reconceituação. Ao mesmo tempo, no bojo da redemocratização, emergiram lideranças que deram corpo ao Movimento da Reforma Sanitária, Movimento da Reforma Psiquiátrica e Movimento Antimanicomial. Os seus princípios contribuíram para uma nova compreensão da saúde e, especificamente, das pessoas em sofrimento psíquico, momento em que os CAPS emergiram como serviços de caráter territorial e comunitário, contrários à lógica manicomial.

Nas últimas décadas, a saúde mental se consolidou como campo fértil para a atuação das/os assistentes sociais, especialmente nos CAPS. Sob um viés crítico e interdisciplinar, as/os profissionais devem atuar na defesa dos direitos da classe trabalhadora, embasadas/os no projeto ético-político da profissão. Contudo, as ações encontram barreiras devido à condição assalariada e aos efeitos do neoliberalismo, que, ao privilegiar o mercado, sucateia políticas sociais e resgata práticas manicomiais.

Os desafios postos às/aos assistentes sociais são numerosos. Em uma sociedade marcada pelo individualismo e pela crescente fragmentação dos sujeitos coletivos, reconhece-se que tais profissionais dispõem de capacidade técnica e política para tencionar forças e despertar a consciência social, ainda que nos limites das condições institucionais e estruturais. Torna-se necessário confrontar essa lógica perversa, romper com o conformismo e construir respostas coletivas em defesa das políticas sociais e da democracia, o que pressupõe, igualmente, o fortalecimento das lutas sociais.

Sob essa ótica, o Serviço Social, em articulação com outros segmentos comprometidos com o projeto da Reforma Sanitária, é chamado a assumir uma postura

crítica e propositiva. Isso implica formular estratégias que, no interior dos serviços, fortaleçam experiências alinhadas à garantia de direitos da classe trabalhadora. No campo da saúde mental, o trabalho profissional da/o assistente social vincula-se aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, posicionando-se frontalmente contra a lógica manicomial, hospitalocêntrica e privatista. Nesse contexto, a dimensão investigativa não se configura como elemento secundário, mas como fundamento para a leitura crítica da realidade e para a sustentação de intervenções coerentes com o projeto ético-político do Serviço Social, especialmente em um cenário de disputas e fragilizações no âmbito das políticas sociais.

REFERÊNCIAS

- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BISNETO, J. A. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [1988]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 25 ago. 2025.
- BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 abr. 2019a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 31 ago. 2025.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 25 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 4 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 31 ago. 2025.

BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88–110.

BRAVO, M. I. S.; DE MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, A. E. *et al.* (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 197–217.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social: Estado, democracia e saúde**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191–209, jan./jun. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 31 ago. 2025.

CHAVES, H. L. A.; ARCOVERDE, A. C. B. Desigualdades e privação de direitos na sociabilidade capitalista e suas expressões no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 141, p. 164–182, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/jK8Jvp8DJFPsS6FHGcBXsnt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social e Lei nº 8.662/1993 de regulamentação da profissão**. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 3, p. 9–32, jan./jun. 2001. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 27. ed. São Paulo: Cortez, 2020.

KOSÍK, K. **Dialética do Concreto**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes sociais. In: MOTA, A. E. *et al.* (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 218–241.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

Contribuição de autoria

1 – Bruna Carolina Milani

Graduação em andamento em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

<https://orcid.org/0009-0003-9655-6061> • brunamilani.as@gmail.com

Contribuição: Análise Formal, Conceituação, Metodologia, Investigação, Escrita – Primeira Redação; Escrita – Revisão e Edição.

2 – Fernanda Nunes da Rosa

Assistente social, Doutora em Serviço Social, Professora no Departamento de Serviço Social na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

<https://orcid.org/0000-0002-1505-3784> • fernandapesquisadora@gmail.com

Contribuição: Supervisão; Escrita – Revisão e Edição

Conflito de Interesse

Os autores declararam não haver conflito de interesses.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos entrando em contato com os autores.

Direitos Autorais

Os autores dos artigos publicados pela Revista Sociais e Humanas (Santa Maria) mantêm os direitos autorais de seus trabalhos e concedem à revista o direito de primeira publicação, sendo o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição (CC BY-NC-ND 4.0), que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

Verificação de Plágio

A revista mantém a prática de submeter todos os documentos aprovados para publicação à verificação de plágio, utilizando ferramentas específicas, como Turnitin.

Editor - chefe

José Renato Ferraz da Silveira

Como citar este artigo

MILANI, B. C.; DA ROSA, F. N. Serviço Social e saúde mental: o trabalho profissional da/o assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 39, e95669, 2026. DOI 10.5902/2317175895669. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2317175895669>.