



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL – FSSO

BRENDA GODOY DE BARROS
CLAYANE DA SILVA RUFINO

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: CONDIÇÕES DE
TRABALHO E DEMANDAS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DE CRISE
SANITÁRIA DA COVID-19**

MACEIÓ/AL
2021

BRENDA GODOY DE BARROS
CLAYANE DA SILVA RUFINO

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: CONDIÇÕES DE
TRABALHO E DEMANDAS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DE CRISE
SANITÁRIA DA COVID-19**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel no curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Orientadora: Prof^a Dr^a Milena Gomes de Medeiros.

MACEIÓ- AL
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Brenda Godoy de Barros e Clayane da Silva Rufino

Alunos/as concluintes

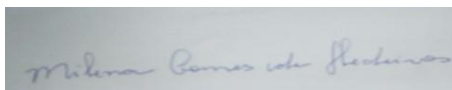
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 02 /06/2021

Título:

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: condições de trabalho e demandas profissionais no contexto de crise sanitária da COVID-19

Conceito: **APROVADA**

Banca Examinadora



Professor orientador

Angelica Lariza Silva Bezerra

Examinador 1

Lueli Nascimento

Examinador 2



Antonio Jorge Belo Matos
Assistente em Administração
FSSO/UFAL
SIAPE: 2412249

Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso

AGRADECIMENTOS

Sempre sonhei em me formar, e dar orgulho aos meus pais por realizar um sonho que também era deles. E hoje em dia, olhar para trás e ver todo sacrifício em chegar até aqui, é muito gratificante. E devo tudo a Deus e a eles, meus pais, que sempre me incentivaram, estiveram ao meu lado em todo o caminho da graduação e da vida, me ajudando em todos os sentidos...essa vitória é nossa!

Aos meus irmãos, avó e namorado, que completam a minha base, vou ser sempre grata por todo apoio que me deram até hoje, por sempre estarem dispostos a me ajudar a crescer pessoal e profissionalmente, agradeço de coração, pois sem o apoio de vocês e dos meus pais, eu não conseguiria!

Aos meus amigos que sempre estiveram comigo, torcendo juntos por cada fase da minha vida, sou imensamente feliz e grata por estarem na minha vida!

À minha dupla de TCC, que também foi minha dupla de estágio supervisionado, que compartilhou comigo todas as possíveis situações que um graduando que divide a vida acadêmica com a profissional, passa para conseguir acompanhar o ritmo da faculdade, com muito companheirismo e de ambos os lados, com nossos momentos de alegria e tristeza, e de muito perrengue rsrs, vai ter sempre um lugarzinho especial na minha vida, pois foi um presente que ganhei da UFAL e vou levar para o resto da vida! Essa vitória é nossa Clay!!

A assistente Social Noemy Lessa, que se dispôs a passar seus ensinamentos profissionais de uma forma maravilhosa e atenciosa, que jamais teríamos a sorte de encontrar outra assistente social como ela, que nos acolheu verdadeiramente, entendia nossas dificuldades em conciliar trabalho, faculdade e estágio, e que mesmo assim fez do estágio uma experiência inesquecível e que guardaremos um carinho enorme por ela, sempre!

Aos professores que contribuíram com a minha formação até hoje, serei eternamente grata! Foram 4 anos de muita luta, aprendizado, realização pessoal e conquistas, que estarão para sempre na minha memória.

E principalmente a minha orientadora de TCC, que esteve conosco desde o estágio supervisionado, nos dando o melhor suporte que poderíamos ter durante esses últimos anos, meu muito obrigada! A senhora foi muito importante para a nossa formação profissional!

Brenda Godoy de Barros.

AGRADECIMENTOS

Durante toda a trajetória da graduação almejei esse momento que hoje vivo. Pensava que seria algo ainda tão longe, mas quando me recordo de todo processo passa um filme em minha mente, e vejo que por mais batalhas que tive de enfrentar para chegar aqui, foi o um processo que aprendi muito como pessoa, estudante e que tudo ocorreu no melhor momento que Deus planejou.

Meu primeiro agradecimento é a Deus, que sempre me fez forte, e esteve ao meu lado. Assim como meus pais Marilúcia Fernandes, Clailton Rufino, meu irmão Clay Rufino, e meu esposo Paulo Lessa que estiveram ao meu lado, me ajudaram a realizar trabalhos, me esperavam horas na universidade várias vezes para que eu tivesse sempre certeza de que tudo estaria bem e daria certo. Saibam que são meus exemplos, e que sem vocês eu não teria conseguido, pois estiveram comigo nos melhores e mais dolorosos momentos. Tenho muito orgulho de ter vocês, essa vitória é nossa !!!

Agradecer também aos meus avós Marluce Rufino, Carlindo Cipriano, e Josefa Alves, que foram de suma importância em toda minha trajetória acadêmica para que hoje eu pudesse está concluindo mais essa etapa.

Aos meus padrinhos Eneide e João Batista que desde o ensino médio, me deram suporte, estiveram sempre presentes, e a quem tenho um enorme carinho.

Todos os professores, desde o início de meus estudos foram importantes para que hoje eu estivesse vivenciando este momento. No entanto, alguns marcaram de forma muito peculiar, e são referências para mim, pois além de excelentes profissionais, foram meus amigos, me ajudaram para além da escola, são eles: Anderson Henrique, Jomson Teixeira, Rory Nikolas e Carlos Elpídio.

As minhas parceiras de “carona”, Dayane Maurício e Regilda Gomes, que nunca mediram esforços para que eu chegasse bem na universidade e em casa. Muito obrigada, vocês sem dúvidas me deram muito apoio.

Aos meus patrões Luzalva Batista, e Firmino Teles, que me permitiram sair mais cedo do trabalho para que pudesse realizar o estágio, e sempre me apoiaram nos estudos. Serei eternamente grata.

A assistente Social Noemy Lessa, que ensinou de forma tão humana e brilhante sobre a atuação do assistente social durante o estágio. Fez dessa experiência sem dúvidas, um dos

melhores momentos de minha vida. Foi ali, que realmente me encontrei no curso de Serviço Social.

À minha dupla Brenda Godoy que desde o campo de estágio esteve comigo dividindo grandes momentos e experiências. Tenho muito orgulho de ter percorrido essa trajetória com você, pelos diversos trabalhos que realizamos juntas, e por ter me dado tanta força durante toda a produção do trabalho.

À minha orientadora Milena Medeiros, por fazer parte desde a supervisão de campo de estágio, até a conclusão desse trabalho. Muito obrigada por toda compreensão e apoio.

Em conclusão, gostaria de agradecer aos meus colegas da faculdade de serviço social, em especial Ariane Waleska, Sales Vasconcelos, Melryenne Casseiro, que estivermos juntos em vários momentos da graduação. A Gabriela Ariane da Silva que indicou o local de estágio me incentivou a fazer, e que deu esse grande presente que foi vivenciar essa experiência.

Clayane da Silva Rufino.

RESUMO

BARROS, Brenda Godoy de; RUFINO, Clayane da Silva. **A atuação do Serviço Social na saúde mental: condições de trabalho e demandas profissionais no contexto de crise sanitária da covid-19.** Trabalho Monográfico. Faculdade de Serviço Social, UFAL, Maceió/AL, 2021.

O presente trabalho visa compreender a atuação do Serviço Social na Saúde Mental, no que se refere às suas condições de trabalho e às demandas profissionais no contexto de crise sanitária da covid-19. Quanto aos procedimentos metodológicos utilizados, foi realizada uma pesquisa de natureza quali-quantitativa, uma vez que se fez o uso de pesquisa bibliográfica, a partir de autores como: Netto (2012), Yamamoto (2002), Soares (2010), Costa (2016), entre outros. Utilizou-se também uma pesquisa documental, mediante as orientações elaboradas pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (2009), a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, dentre outros. Nossa análise também foi enriquecida por meio de uma pesquisa exploratória, sob o auxílio de dados estatísticos, proveniente do Ministério da Saúde (2020), Organização Mundial da Saúde (2020), Organização Pan-Americana da Saúde (2020) e um relato de experiência de uma assistente social de um CAPS do município de Maceió/AL. Desse modo, realizou-se uma análise reflexiva e crítica da trajetória do Serviço Social inserido na Política de Saúde Mental até os dias atuais, perpassando entre avanços e retrocessos, destacando as condições de trabalho do assistente social, e as suas demandas profissionais. A atuação do Serviço Social na Saúde Mental foi fruto de uma longa caminhada histórica de lutas e conquistas da profissão, juntamente com a Reforma Psiquiátrica, que desafia a profissão, que atua diretamente com a parcela populacional mais afetada às mais diversas expressões da questão social, principalmente as pessoas com transtornos mentais. Sendo esta, uma política que vem sofrendo um gigantesco retrocesso dos pilares de um modelo de saúde mental mais humanizado no país, provenientes dos governos brasileiros, ao trazer o retorno da lógica manicomial, a não valorização da rede de atendimento comunitário e os desmontes dos direitos garantidos após tantas lutas. Mediante o relato de experiência de uma assistente social do CAPS do município de Maceió/AL, pôde-se concluir que o fazer profissional na área da saúde mental é imprescindível, visto seu caráter interventivo no processo dialético da abordagem psicossocial com cada usuário, juntamente com suas famílias, a integralidade da Rede de Atenção Psicossocial e a intervenção multi e interdisciplinar, pautando-se na busca da viabilização da qualidade, continuidade e efetividade do processo de tratamento, na perspectiva da garantia dos direitos. De modo que, no atual contexto pandêmico, as demandas profissionais pautadas na vulnerabilidade/risco social, tendem a aumentar e se diversificar em meio à crise sanitária ocasionada pela covid-19. Como também, as requisições profissionais que vão além do previsto em seu aparato legal e ético, que passam a se constituir em desafios ao profissional em meio a realidade pandêmica em que, também se acirram as condições precárias de trabalho.

Palavras-chaves: Saúde Mental. Crise Sanitária. Condições de trabalho. Demandas.

ABSTRACT

BARROS, Brenda Godoy de; RUFINO, Clayane da Silva. **The role of Social Services in mental health: work conditions and professional challenges within the context of the COVID-19 health crisis.** Undergraduate Thesis. Social Services college, UFAL, Maceió/AL, 2021.

This present thesis aims to comprehend the role of Social Services in Mental Health, in what refers to their work conditions and their professional challenges within the COVID-19 health crisis. As to the methodological procedures used, a qualitative quantitative research was conducted, through a bibliographic research, including authors like: Netto (2012), Iamamoto (2002), Soares (2010), Costa (2016), among others. A documental research was also conducted, according to the orientations given by the Federal Counsel of Social Services - CFESS, the social worker's parameters of performance in health (2009), the Health Department of the state of Alagoas, among others. Our analysis was also enriched by an explorative research, with the use of statistical data from the National Health Department (2020), World Health Organization (2020), Panamerican Health Organization (2020) and an account of a social worker from a CAPS health unit in the city of Maceió/AL. This way, a reflective and critical analysis was conducted about the trajectory of Social Work within the Mental Health Field until the present day, presenting it's positive and negative experiences, drawing attention to the professional conditions of the social worker and their challenges. The role of Social Work in Mental Health is the final result of a long historical trajectory of struggles and accomplishments in their field, along with the Psychiatric Reform, which challenges even more the professional, which acts directly with the most socially disenfranchised part of the population, especially individuals suffering from mental disorder. This being a policy which has suffered a tremendous setback, concerning the pillars of a more humanistic national mental health plan, originating from Brazilian governments, by bringing the return of manicomial logic, the depreciation of public clinics and the dismantling of obtained rights, conquered after so much struggle. Based on the account of a social worker from the CAPS health unit in the city of Maceió/AL, we can conclude that the presence of the social worker is essential to the Mental Health field, due to its interventional aspect within the dialectic process of the psychosocial approach of each individual, along with their families, the integral function of the psychosocial health units and the multi-interdisciplinary intervention, focusing on the search for means of viability in quality, continuity and efficacy of the treatment process, under the perspective of the law. In order that, within the current pandemic context, the professional challenges, characterized by the social vulnerability/risk, tend to increase and diversify amidst the Covid-19 health crisis. Much like the professional requisites that go beyond what can be defined by law and ethics, contributing to the many challenges which the professional faces amidst the pandemic reality, contributing to the scarce work conditions.

Keywords: Mental Health. Health Crisis. Work Conditions. Challenges.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Comparativo dos gastos do programa de Saúde Mental em relação aos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços	45
TABELA 2: Cuidados de higiene e equipamentos de proteção individual (EPIs) que devem ser fornecidos e utilizados pelos trabalhadores dos serviços de saúde	62
TABELA 3: Tabela regional dos tipos de demandas de violação do fornecimento dos EPIs.....	97

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Incremento anual dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, entre o período de 2004-2018	48
--	----

LISTA DE SIGLAS

ABAS-	Associação Brasileira de Assistentes Sociais.
ABP-	Associação Brasileira de Psiquiatria.
ABEPSS-	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.
ACS-	Agente Comunitário de Saúde.
ANVISA-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
ANS-	Agência Nacional de Saúde Suplementar.
ART.-	Artigo.
BPC-	Benefício de Prestação Continuada.
BBC-	British Broadcasting Corporation.
CADÚNICO-	Cadastro Único.
CAPS –	Centro de Atenção Psicossocial.
CAPS AD-	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.
CDC-	Centro de Controle e Prevenção de Doenças.
CFAS-	Conselho Federal de Assistentes Sociais.
CEPAL-	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe.
CGMAD-	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CIT-	Comissão Intergestores Tripartites.
CISM -	Comissão Intersetorial de Saúde Mental.
CFESS -	Conselho Federal de Serviço Social.
CLT -	Consolidação das Leis Trabalhistas.
CNDH-	Conselho Nacional de Direitos Humanos.

CNS-	Conselho Nacional de Saúde.
COFI-	Comissão de Orientação e Fiscalização.
CRAS-	Conselho Regional de Assistente Social.
CRESS-	Conselho Regional de Serviço Social.
COVID-	Corona Vírus Disease.
DNS-	Departamento Nacional de Saúde.
DSM-5-	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.
DAPES-	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
ECT-	Eletroconvulsoterapia.
ESF-	Estratégia Saúde da Família.
EUA-	Estados Unidos da América.
ENESSO-	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social.
EPC-	Equipamento de Proteção coletiva.
EPI-	Equipamento de Proteção individual.
FHC-	Fernando Henrique Cardoso.
IAPS-	Instituto de Aposentadorias e Pensões.
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
INPS-	Instituto Nacional de Previdência Social.
JK-	Juscelino Kubitschek.
LOAS-	Lei Orgânica de Assistência Social.
MDS-	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
MEC-	Ministério da Educação.
MEI-	Microempreendedor individual.

MESP-	Ministério da Saúde e Educação Pública.
MES-	Ministério da Educação e Saúde.
MJ-	Ministério da Justiça.
MS -	Ministério da Saúde.
MT-	Ministério do Trabalho.
MTSM -	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.
MTIC-	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.
NAPS-	Núcleos de Atenção Psicossocial.
NOB's-	Normas Operacionais Básicas.
OIT-	Organização Internacional do Trabalho.
OMS-	Organização Mundial da Saúde.
OPAS-	Organização Pan-Americana da Saúde.
PACS-	Programas de Agentes Comunitários de Saúde.
PBF-	Programa Bolsa Família.
PMES-	Pequenas e Médias Empresas.
PNAB-	Política Nacional de Atenção Básica.
PNAS-	Política Nacional de Assistência Social.
PNSM-	Política Nacional de Saúde Mental.
PR-	Paraná.
PSF-	Programa Saúde da Família.
PIB-	Produto Interno Bruto.
RAPS-	Rede de Atenção Psicossocial.
SAMU-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SAS-	Secretaria de Atenção à Saúde.
SEGTS-	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
SESP-	Serviço Especial de Saúde Pública.
SESI-	Serviço Social da Indústria.
SHR-	Serviços Hospitalares de Referência.
SM-	Salário Mínimo.
SMS-	Secretaria Municipal de Saúde.
SNM-	Serviço Nacional de Malária.
SP-	São Paulo.
SRT-	Serviços Residenciais Terapêuticos.
SUS-	Sistema Único de Saúde.
UA-	Unidades de Atendimento.
UBS-	Unidades Básicas de Saúde.
UFRJ-	Universidade Federal do Rio de Janeiro.
UTI-	Unidade de Terapia Intensiva.
UNIFESP-	Universidade Federal de São Paulo.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	16
2. A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE CRISE SANITÁRIA PANDÊMICA NO BRASIL	22
2.1 Contexto histórico da Política de Saúde Mental	22
2.2 Crise do Capital e as implicações para a Política de Saúde Mental: avanços e retrocessos	33
2.3 Crise Sanitária e a Saúde Mental na cena contemporânea	54
3. A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: CONDIÇÕES DE TRABALHO E DEMANDAS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DE CRISE SANITÁRIA DA COVID-19	70
3.1 O Serviço Social na Saúde Mental no Brasil	70
3.2 As condições de trabalho e demandas para o Serviço Social no contexto da pandemia da covid-19	84
4. CONCLUSÕES	102
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICE	126

INTRODUÇÃO

A temática sobre Saúde Mental não é algo específico da realidade contemporânea, visto que, desde a antiguidade, já se era possível encontrar indícios do tratamento que se dava a loucura ora tratada como força sobrenatural, por exemplo; onde a única forma de resolver tal situação era o afastamento dos acometidos pela loucura, vistos como inválidos. Logo, não existiam profissionais que pudessem intervir com o objetivo de promover direitos e qualidade de vida a esses indivíduos.

Diante de muitas lutas e descobertas científicas, influenciadas pelas transformações mundiais, a partir dos anos de 1970, dá-se início, ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, um processo contemporâneo ao Movimento Sanitário, em favor da mudança dos modelos de atenção¹ e gestão² nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005, apud MOURA, 2011).

Através dessa busca por direitos sociais, em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde houve a participação da sociedade civil pela primeira vez, sendo norteada pelo princípio da “saúde como um direito de todos e dever do Estado”, dando bases à institucionalização do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988, sendo somente regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde em 1990. De modo que, [...] a proposta de extinção dos manicômios e a defesa por serviços abertos, comunitários e públicos foi se fortalecendo, sendo o Centro de Atenção Psicossocial um dos produtos desse movimento (LIMA, 2015, p.24).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica no Brasil emergiu a partir das discussões da Reforma Sanitária em um contexto de efervescência política brasileira, com os movimentos sociais impulsionando questionamentos às formas de reprodução social capitalista (LIMA, 2015). Para que possamos compreender o processo de intervenção e o saber profissional no campo da saúde mental, é necessário partir do princípio da sua origem na saúde mental (APPEL, 2017).

¹ “Os modelos de atenção à saúde são “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (TEIXEIRA, 2006, p.08).

² Os modelos de gestão nas práticas de saúde, “[...] é uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços” (TEIXEIRA, 2006, p.08).

Influenciado pela doutrina social da Igreja e pelo Movimento de Higiene Mental no século XX, nos anos de 1940, o Serviço Social deu início a atuação no campo da saúde mental. (GUIMARÃES, apud APPEL, 2017, p. 03).

Esta realidade apenas vai ser alterada, a partir de 1945, ao ocorrer a expansão do Serviço Social no país e as mudanças no panorama internacional, em função do fim da 2ª Guerra Mundial. Fazendo com que, nesta década, a ação profissional na saúde também fosse ampliada, transformando-se no setor que mais vem absorvendo os assistentes sociais. A influência norte-americana na profissão substituiu a europeia, a qual marcou a conjuntura anterior no nível da formação profissional, proveniente da alteração curricular, como nas instituições prestadoras de serviços.

Na contemporaneidade, podemos elucidar a atuação do assistente social na saúde mental de forma que :

O Serviço Social nos ambulatórios de Saúde Mental e nos CAPS tem como objetivo contribuir para a efetivação de um atendimento aos usuários da instituição de Saúde Mental e famílias durante o processo de tratamento, na perspectiva do acolhimento e da garantia de direitos, trabalhando com a identificação de necessidades socioassistenciais através de ações e orientações referentes aos direitos sociais e benefícios sociais específicos, articulação com a rede de proteção social, identificando os serviços institucionais e comunitários para o atendimento das demandas (APPEL, 2017, p.09).

Com a consolidação desses preceitos no campo da saúde no país, o assistente social passou a ter uma tarefa educativa, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da saúde. Além de atuar nos hospitais, colocando-se na mediação entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, utilizando-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Nesta direção, o assistente social atua em quatro grandes eixos na política de Saúde Mental:

- **Atendimento direto aos usuários**- desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.

- **Mobilização, participação e controle social** - envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde.

- **Investigação, planejamento e gestão** - engloba um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.

- **Assessoria, qualificação e formação profissional** - visam o aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria, que será explicitada posteriormente (CFESS, 2009, p.41 – 63).

Todas estas atribuições do assistente social no âmbito da política de saúde mental, são de suma importância para a efetivação do seu papel profissional com a população usuária, principalmente em meio à crise sanitária pandêmica da covid-19, onde houve uma maior requisição do seu fazer profissional.

Com a pandemia proveniente do coronavírus, inicialmente em março de 2020, de acordo com o anúncio da Organização Mundial da Saúde (OMS), a fragilidade da sociedade brasileira tornou-se em maior evidência, visto que, os problemas econômico-sociais enraizados no país foram agravados fortemente com a realidade adversa de vulnerabilidades sociais no país e no mundo. Com isso, as expressões da questão social, tornaram-se fortemente mais presente na sociedade, devido à crise sanitária da covid-19, que afetou também e em grande escala a economia do país, com o desemprego, a pobreza, a fome, etc. Portanto, muitas de suas demandas profissionais tiveram que ser respondidas de maneira virtual, por teletrabalho³, como uma das estratégias de contenção da propagação do vírus.

³Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) o teletrabalho é "a forma de trabalho realizada em lugar distante do escritório e/ou centro de produção, que permita a separação física e que implique o uso de uma nova tecnologia facilitadora da comunicação". No qual tem como modalidade o trabalho remoto (CARDOSO, 2018, s/p).

A realidade profissional em meio a pandemia, incidiu em algumas instituições na suspensão temporária de algumas atividades presenciais de suma importância para o tratamento terapêutico/desintoxicação dos usuários, como atividades em grupos, entrevistas, acolhimentos nos CAPS, afim de evitar aglomerações na instituição, dentre outros. Logo, teve que haver uma reorganização da rotina profissional, implantando o trabalho remoto para atender ao público.

Discutir sobre a atuação do Serviço Social na saúde mental, especialmente, sobre as condições de trabalho e as demandas profissionais no contexto de crise sanitária da covid-19, possui grande importância para a sociedade e para os profissionais que trabalham diretamente com esta problemática, pois nos permite conhecer uma realidade que ainda vem se desdobrando, já que constitui num momento tão difícil, que tem elevado o número de acometidos com sofrimento mental e que se necessita, urgentemente, uma atenção focada nesta problemática.

O interesse da pesquisa em abordar a temática adveio da experiência do estágio supervisionado em um Centro de Atenção Psicossocial, localizado em Maceió/AL. Durante esse período, acompanhamos a atuação do assistente social nas demandas, as condições de trabalho e em suas requisições institucionais e dos usuários, antes da pandemia, o que nos trouxe muitas inquietações sobre a temática e nos levou a querer aprofundar sobre o assunto.

Nesta perspectiva, o trabalho ora apresentado tem como objeto de estudo analisar a atuação do Serviço Social na saúde mental, suas condições de trabalho e demandas profissionais no contexto de crise sanitária da covid-19, tendo em vista o número expressivo de usuários acometidos de sofrimento mental no Brasil, que alavancou, ainda mais, com a pandemia oriunda da covid-19.

A partir da identificação de tal problemática nos indagamos: como o Serviço Social atua na política de saúde mental? Quais as condições de trabalho, neste contexto de pandemia? Quais as demandas para os profissionais de Serviço Social no contexto da pandemia? Quais dificuldades enfrentadas pelos assistentes sociais diante das demandas que surgiram com a pandemia da Covid-19? Quais estratégias que o Serviço Social utilizou nas resoluções das problemáticas advindas com a pandemia? Entre outras interrogações que buscaremos elucidar no decorrer do trabalho.

Mediante a estes questionamentos, e dos objetivos elencados, organizamos os procedimentos teóricos-metodológicos, da seguinte forma: a pesquisa sendo de natureza quali-quantitativa, uma vez que se fez o uso de pesquisa bibliográfica, a partir de autores como Netto (2012), Iamamoto (2002), Soares (2010), Costa (2016), entre outros. Utilizou-se

também uma pesquisa documental, mediante as orientações elaboradas pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (2009), a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, dentre outros. Nossa análise também foi enriquecida por meio de uma pesquisa exploratória, sob o auxílio de dados estatísticos, proveniente do Ministério da Saúde (2020), Organização Mundial da Saúde (2020), Organização Pan-Americana da Saúde (2020), e um relato de experiência de uma assistente social de um CAPS do município de Maceió/AL, autorizado pelo profissional, por meio de expressão oral, como expõem a resolução 510/2016. Cabe considerar, ainda, que se garantiu a manutenção da privacidade do/a participante.

E por fim, realizou-se uma análise reflexiva e crítica dos conteúdos abordados, partindo do entendimento de que a atuação do Serviço Social na Saúde Mental é fruto de anos de história, e está associado aos contextos sociais e políticos, nos quais, políticas, normativas e leis foram formuladas no intuito de estabelecer mecanismos que pudessem atender as necessidades dos usuários, agregando melhorias e esperança aos que necessitam, ainda que permeados de conquistas e desafios na sua materialidade.

Desse modo, o trabalho está estruturado da seguinte forma: na introdução, apresenta-se os objetivos, premissa, estrutura do trabalho, metodologia e o interesse que motivou a pesquisa. No segundo capítulo, será abordado sobre o contexto histórico da saúde mental no Brasil e discute-se também sobre a Política de Saúde, e como os governos brasileiros responderam sobre a temática. O segundo subitem será abordado sobre a crise do capital e suas consequências na saúde mental, percorrendo acontecimentos que explanam as desigualdades sociais, relação capital e trabalho, reforma sanitária, criação do SUS, surgimento do primeiro CAPS, entre outros acontecimentos que foram de suma importância na garantia dos direitos aos usuários. Ainda no decorrer do capítulo, no terceiro subitem, será versado sobre a relação da saúde mental com a pandemia, no que se refere ao surgimento da covid-19, seus acometimentos a nível mundial, e as mudanças necessárias para se “adaptar” a atual realidade. Discorre-se, também, sobre as desigualdades e o crescimento do número de usuários com sofrimento mental.

O terceiro capítulo dedicou-se a explicar sobre o Serviço Social na saúde mental, destacando sua origem na área da saúde com a influência da igreja católica e pelo Movimento de Higiene Mental no século XX, que mais adiante, com as mudanças internacionais e o fim da Segunda Guerra Mundial, impulsionaram a expansão do Serviço Social no país, ampliando assim, sua atuação da área da saúde, e conseqüentemente, também na saúde mental. Ainda no decorrer no capítulo, será mencionado sobre os acontecimentos que foram de suma

importância para a saúde mental, como a Reforma Psiquiátrica em 1978, dando um direcionamento mais humanizado com serviços psicossociais abertos e comunitários. Assim como, a ampliação dos movimentos de saúde coletiva e entre outros fatores que contribuíram para a atuação do assistente social na área de saúde mental, que historicamente, são demandados a responder problemáticas que não lhes competem, além de péssimas condições de trabalho, entre outros fatores, que em tempos de crise sanitária como a atual, tornam-se questões ainda mais evidentes.

No segundo subitem do terceiro capítulo, será exposto sobre as demandas dos assistentes sociais na área de saúde mental frente à pandemia. Seu campo de atuação como os Centros de Atenção Psicossocial, as condições dos usuários e dos profissionais no que se refere às salas de atendimentos, as dificuldades em manter o sigilo profissional em um momento em que o distanciamento social faz parte de um dos fatores de combate a covid-19, a falta de equipamentos para atender as demandas, visto que muitos profissionais não puderam se ausentar das instituições e aderirem ao teletrabalho, logo, tiveram que submeter a condições precárias, dentre outros fatores. Também faz menção a importância que o assistente social tem na política de saúde mental e na vida dos usuários.

E, por fim, tecemos nossas conclusões, sobre a atuação do assistente social na saúde mental no contexto de crise sanitária, especificamente, nas condições de trabalho e nas demandas profissionais no contexto da pandemia da covid-19.

Consideramos, por fim, que o respectivo trabalho trouxe aprendizados diversos, permitindo assim um maior entendimento sobre as possibilidades e os desafios que a profissão vem enfrentando nesse momento tão adverso de crise sanitária.

2. A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE CRISE SANITÁRIA PANDÊMICA NO BRASIL

Neste capítulo iremos abordar acerca da trajetória da saúde mental, perpassando a evolução na forma de entender e tratar a doença mental até os dias atuais, assim como será explanado sobre alguns aspectos históricos da saúde brasileira dando bases para o Movimento de Reforma Sanitária.

Em seguida, discorreremos sobre os impactos da crise do capital no âmbito da política de saúde mental no país e seus rebatimentos na sociedade, como também alguns retrocessos que a saúde mental vem sofrendo com o passar dos governos brasileiros, finalizando com uma abordagem sobre a crise sanitária na cena contemporânea.

2.1 Contexto histórico da Política de Saúde Mental

Ao realizar uma reflexão acerca da trajetória da forma de entender e tratar a doença mental, partimos a princípio, do contexto da Grécia antiga, onde ao longo dos séculos a forma de responder a esta demanda específica, se transformou. Percebe-se que a problemática do relacionamento do homem com o até então recente, transtorno mental⁴, era pautado na ameaça que os problemas de incapacitação das faculdades mentais, ou da agressividade desprovida de senso crítico, seus limites e padrões éticos e morais, ocasionavam na humanidade.

O contexto histórico da Grécia antiga, constitui um ponto de partida para identificarmos a problemática da saúde mental, ainda em tempos remotos (BRASIL, 2003). Nesse período, [...] encarou-se o “louco” como alguém totalmente alienado ao que se passa ao redor (BRASIL, 2003, p.14).

Nessa perspectiva, o problema da “loucura” foi encarado mediante ideias ligadas a práticas de magia e religião, visto que a ciência era praticamente desconhecida na época, e com isso, [...] o conceito de doença mental estava ligado a explicações mágico-religiosas, que atribuíam a uma força sobrenatural a origem dos transtornos mentais. Assim, a loucura era aceita como uma imposição divina, uma interferência dos deuses (BRASIL, 2003, p.14-15).

Esta forma de encarar o transtorno mental na época, foi sendo substituída por novas percepções no período da Idade Média (476-1453), por exemplo, com a expansão do

⁴ “Transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Isto significa que os transtornos mentais não deixam nenhum aspecto da condição humana intocado” (AMARAL, 2011, s/p). De acordo com o DSM-5 (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais), há diversas classificações de transtornos mentais, como: Transtornos do Neurodesenvolvimento, Psicóticos, Bipolar, Depressivos, de Ansiedade, Obsessivo-compulsivo, relacionados a Trauma e a Estressores, Dissociativos, de Sintomas Somáticos, Alimentares, da Eliminação, do Sono-Vigília, Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta, Relacionados a Substâncias, Aditivos, Espectro da Esquizofrenia, da Personalidade, Parafílicos, dentre outros (DSM-5, 2014, s/p).

cristianismo, o qual todo pensamento cultural estava ligado às ideias religiosas, fazendo com que as descobertas no campo científico e nos outros campos do conhecimento humano progredissem muito lentamente.

Nessa perspectiva dos ideais cristão da época, “[...] a possessão da mente de uma pessoa por um espírito maligno, e suas alterações verbais e de comportamento, retornou como a principal causa dos distúrbios mentais⁵, como havia sido em épocas anteriores” (BRASIL, 2003, p.16).

Sendo assim, umas das primeiras soluções encontradas para a “cura” aos acometidos de alienações mentais⁶, estavam nas fogueiras e nos patíbulos de suplícios. Visto que, com o gradativo controle sob as epidemias da peste negra aliadas à lepra, as quais causavam grande medo à população, achavam que uma nova ameaça pairava sobre a população: os “loucos”, criminosos e mendigos (BRASIL, 2003). Assim,

Os antigos “depósitos de leprosos”, cuja ameaça já não se fazia tão presente, abriram suas portas para a recepção destes novos “inquilinos”. Sem preocupar-se em resolver esses problemas sociais, a nova ordem político-social decidiu pelo isolamento destes seres considerados “improdutivos” (BRASIL, 2003, p.17).

E assim, as pessoas em sofrimento psíquico da época tornaram-se excluídos do mundo, pelo fato de serem considerados “inúteis” à nova ordem econômica, e perigosos e inúteis à sociedade, sendo, portanto, isolados em locais repressivos, o que futuramente seriam os manicômios.

Mediante a evolução da saúde mental mundialmente, foi fundado em 1656 em Paris, o primeiro Hospital Geral, de ordem burguesa monárquica, a qual tinha o objetivo de recolher e alojar toda a parcela da sociedade, considerada excluída, que causava perturbação na ordem social (MILLANI; VALENTE. 2008). Neste contexto:

[...] as reformas políticas e sociais, na virada do século XVIII para o século XIX, inspiraram o francês Philippe Pinel a dar o primeiro passo

⁵ “O distúrbio é uma alteração nas condições físicas ou mentais do indivíduo que afeta o funcionamento de algo em sua rotina, e geralmente tem origem de fácil identificação. Essa perturbação pode interromper ou afetar o desenvolvimento neurológico, o hábito alimentar, a interação social e anormalidades físicas”(Estância Bela Vista, 2019, s/p)

⁶ “A Alienação Mental se caracteriza quando (em razão de uma doença psíquica) ocorre a diminuição de processos cognitivos, ou seja, quando ocorre a perda significativa da aquisição de conhecimento nos fatores como o pensamento, a linguagem, a percepção (da realidade), a memória, o raciocínio e demais fatores relacionados ao desenvolvimento intelectual” (COSTA, 2019, s/p).

para mudar a vida dessas pessoas. A loucura tornou-se uma questão médica, passando a ser vista como uma doença que poderia e deveria ser tratada, algo de suma importância para o surgimento de clínicas, como local de internação, e os estudos sobre psiquiatria. Na constante tentativa de dominar a loucura e defender-se de tudo o que o desconhecido representava, as instituições psiquiátricas no mundo inteiro se transformaram em locais de repressão, onde o paciente era isolado da família que desconhecia ou ignorava o que se passava com ele (BRASIL, 2018, p.08).

Desse modo, a partir das grandes inovações dos estudos no âmbito da psiquiatria, grandes nomes se destacaram na medicina com suas pesquisas e contribuições imprescindíveis para a área, como “[...] no século XX, Freud cria a psicanálise que se populariza em todo o mundo e se impõe como marco no campo da Saúde Mental” (BRASIL, 2018, p.08-09).

Enquanto isso, no Brasil, durante os anos de 1900/1920 as doenças epidêmicas e os problemas sanitários, começaram a surgir com grande força, dizimando milhares de pessoas com a peste bubônica⁷, entre outras. Nesse período, os grandes sanitaristas, entre eles Osvaldo Cruz, surgiram com campanhas de saúde enfrentando diversas revoltas populares acerca das vacinas obrigatórias contra a varíola, gerando grandes dúvidas e deixando todos amedrontados. Pois, utilizaram-se da força e do autoritarismo militar para promover a prevenção antes do método da promoção da orientação à população, por meio de uma educação sanitária, a fim de sensibilizar a população acerca da importância da vacinação e o motivo da camada mais pauperizada ser a primeira a tomar a vacina, amedrontando, portanto, a população com a possibilidade para eles, de ser veneno (MERELES, 2020).

E assim, com o passar dos anos a sociedade foi adquirindo gradativamente mais consciência do seu poder coletivo de luta na garantia dos direitos de uma vida digna. Portanto, no período de ascensão da burguesia industrial durante as décadas de 1920 e 1930 no Brasil, destaca-se, uma forte pressão reivindicatória pela classe trabalhadora, a classe operária emergente, na qual incorporaram lutas e reivindicações por melhores condições de vida e de trabalho, englobando condições sanitárias de moradia, acesso à serviços de saúde tanto familiar quanto aos trabalhadores, assim como, às políticas sociais, no geral, que tinham o

⁷ “A peste é uma doença infecciosa primordialmente de roedores, transmitida por picadas de pulgas infectadas. O homem é infectado acidentalmente quando, em atividades de caça, agricultura, comércio ou lazer, penetra no ecossistema dos roedores reservatórios da doença. Ocasionalmente, com a ocorrência da peste pneumônica, pode ser transmitida diretamente, determinando uma emergência epidemiológica, com quadro de altíssima letalidade, o que justifica sua utilização como uma opção para bioterrorismo. A doença foi responsável por grande morbimortalidade em diferentes épocas” (BRASIL, 2008, p.15).

intuito de amenizar os efeitos da questão social em meio à classe extremamente pauperizada (SOARES, 2010).

O acesso às políticas sociais pela classe trabalhadora, dá-se de maneira focalizada e fragmentada indo de acordo com seu nível de impacto direto na cadeia do modo de produção capitalista, desde a década de 1920 até os dias atuais. Um exemplo que retrata perfeitamente tal fragmentação e focalização de acesso às políticas sociais, são as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), implementadas pela Lei Elói Chaves em 1926, direcionadas, inicialmente, apenas aos trabalhadores ferroviários, e posteriormente, aos funcionários públicos da União, entre outros. Eram organizadas pelas empresas mediante assinatura de um contrato, com o intuito de firmar um seguro de caráter contributivo, a qual prestaria serviços de âmbito previdenciário e hospitalar, apenas aos funcionários e seus dependentes, excluindo o acesso ao restante da população e ao exército industrial de reserva. “Posteriormente e devido à pressão popular, Getúlio Vargas (1930-1945) ampliou as CAPS para outras categorias profissionais, tornando-se, o IAPS: Instituto de Aposentadorias e Pensões” (MERELES, 2018, s/p).

A partir de 1933, é criado o primeiro IAPS (Instituto de Aposentadorias e Pensões) para assistência aos marítimos; paulatinamente, são criados outros, unificando outras categorias profissionais e muitas CAPS são integradas e incorporadas pelos IAPS. A segmentação dos trabalhadores passa a ser por categoria e estes deixam de ter controle sobre a gestão de seus recursos, posto que a direção dos institutos passa a ser de responsabilidade de um funcionário executivo indicado pelo Estado (SOARES, 2010, p.32).

Com o Governo Vargas (1930-1945), houve um foco maior direcionado à saúde pública no tratamento de doenças epidêmicas² e endêmicas⁸, inclusive com a promulgação da Constituição de 1934, o governo “[...] concedeu novos direitos aos trabalhadores, como assistência médica e “licença-gestante”, além disso, da Consolidação das Leis Trabalhistas de 1943, do salário mínimo, também benefícios à saúde” (MERELES, 2018, s/p).

Destarte,

Fonseca nos apresenta um quadro vivo das políticas de saúde discutindo a institucionalização do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e do Ministério da Saúde e Educação Pública

⁸ “Endemia é uma enfermidade, geralmente infecciosa que reina constantemente em certo país ou região por influência de causa local. Enquanto Epidemia é uma enfermidade acidental, transitória, que ataca ao mesmo tempo um grande número de pessoas em um mesmo país ou região” (BRASIL, 2001, p.6).

(Mesp), serviços que dividiam as atribuições da saúde pública. A proposta de mergulhar nos questionamentos sobre a consolidação de um modelo de Welfare State no Brasil, resultou na hipótese de que coexistiam dois modelos distintos de prestação de serviço de saúde: o previdenciário e o cooperativo (FERNANDES, 2007, p. 2).

A política de saúde nesse período passou a privilegiar a assistência médica previdenciária em detrimento da saúde pública (SOARES, 2010). Devido à influência das multinacionais, no que se refere aos investimentos em estrutura médico-hospitalar privada, visto que a saúde do trabalhador é primordial para o seu desenvolvimento e reprodução, o setor da saúde brasileira inicia seu crescimento, ao passo que o número de trabalhadores aumenta; contribuindo assim, para o aumento do investimento de capital na saúde e para a ampliação do mercado privado nacional e internacional.

Nesse movimento, a intervenção sobre as expressões da questão social – dentre esta, a política de saúde – aparece cada vez mais como respostas técnicas, neutras e isentas de conteúdo político, provida, sim, de um ideário de modernização que é, antes de tudo, uma estratégia de racionalizadora totalizante que “atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde (SOARES, 2010, p.35).

Segundo Souza (2015), as políticas sociais, incluídas as políticas de saúde, durante o governo Vargas, foram utilizadas para garantir e dar força aos ideais da União, como um meio do poder público se penetrar em todo o território nacional, com vistas à manutenção da sua unidade territorial, no contexto histórico do pós-1930 (FERREIRA, 2007 apud SOUZA, 2015).

O Ministério da Saúde e Educação Pública (MESP) teve um papel primordial no avanço da política de saúde, ao apresentar um modelo de saúde não excludente, universal, incluindo a presença do Governo nos municípios rurais, não limitando apenas nos centros industriais e comerciais do país (FERNANDES, 2007). Pois,

[...] é no discurso de Capanema, Barreto e de vários sanitaristas que a questão da assistência social nas décadas de 30 e 40 atinge maior profundidade. São os sanitaristas que expõem, através de depoimentos ricos em detalhes, o cotidiano do trabalho na gestão Capanema, que priorizava a padronização e a normatização dos serviços. Para a autora a saúde pública passa a ser, sobretudo um problema administrativo e não só a resposta técnica a questões de importância social (FERNANDES, 2007, p. 03).

Mediante esse cenário, “[...] o Governo Vargas adotou o modelo universal de origem escandinava, em oposição ao modelo da previdência social e da lógica privada das políticas de saúde” (FERNANDES, 2007, p.04). Desse modo, o Estado reafirma que a prestação de serviços não era um dever, mas um benefício concedido à sociedade, àqueles incluídos no mercado de trabalho, teriam acesso aos benefícios e serviços, sejam elas populações urbanas e rurais, comerciantes, industriais, imigrantes, mulheres, crianças, idosos e os acometidos de doenças transmissíveis

Porém, com o fechamento do Congresso Nacional em 1937, houve uma mudança da descentralização administrativa na saúde pública, para uma maior centralização política. Como resultado,

[...] na década de 30 assistimos a uma forte instabilidade política e a um rascunho inacabado do projeto de saúde. Esse rascunho amadurece com as mudanças estruturais na política social e se fortalece com o golpe de 37 e com a garantia constitucional. Por fim, é somente no início de 1940, com a reorientação dos órgãos que compõem o DNS, que se consolidam as reformas da saúde no Estado Novo. A proposta, segundo Fonseca, tinha por objetivo atender aos serviços de saúde que orientavam à organização de normas e metas, sobretudo àquelas de controle e supervisão de ações (FERNANDES, 2007, p.5).

Diante da situação, ora descrita acima, começam a surgir as primeiras Conferências de Saúde, consolidando a importância dada à saúde pública no país, a partir de 1941, onde os objetivos seriam:

[...] ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência [...] (BRASIL, 1941, p. 04).

Em 1941 e 1942, foram criados respectivamente, o Serviço Nacional de Malária (SNM) e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com o intuito de estabelecer as ações rotinizadas de controle da malária no Brasil. A malária havia se tornado a grande questão de saúde pública na década de 1940. “A importância desta doença está estreitamente vinculada às propostas de desenvolvimento de algumas regiões do país” (SILVA, 2008, p. 23).

Entretanto, o SNM também foi responsável pelo combate e controle da doença de chagas, a qual atingia principalmente os trabalhadores rurais, visto que o Brasil neste contexto ainda era um país agroexportador, tendo o café como um produto de peso na economia do país, causando assim, prejuízos ao desenvolvimento econômico brasileiro (SILVA, 2008).

Nesse contexto, a atuação de Emanuel Dias, um pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz e discípulo de Carlos Chagas, foi de grande valia no que se refere a redescoberta da doença de Chagas. De modo que,

[...] O esforço de Dias foi imenso no sentido de tornar a doença de Chagas reconhecida pelas autoridades como um grave problema de saúde pública a ser enfrentado. Tanto a doença de Chagas como a malária e seus respectivos projetos e programas sofreram transformações por causa das realidades específicas das regiões que eram atingidas pelas doenças. Neste sentido, apesar de o modelo biomédico das campanhas sanitárias ser o principal balizador das ações de saúde, os modelos de combate, controle e erradicação em alguns contextos tiveram que se adaptar às condições locais (SILVA, 2008, p. 24).

Portanto, pode-se perceber que “[...] a saúde emerge como uma questão social no Brasil, no contexto da economia capitalista exportadora cafeeira. A saúde pública cresce como uma questão social juntamente com o capitalismo”. (SILVA, 2008, p. 26). O foco principal da política social do Estado Novo, estava pautado na lógica capitalista da divisão desigual entre saúde pública e assistência médica previdenciária, porém, esse modelo previdenciário apenas iniciou o seu desmonte durante o regime militar, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 (SILVA, 2008).

Em 1953 há o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde (MES), dando origem a dois ministérios independentes: Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

A partir de então, o MS passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas de saúde pública existentes (BRASIL, 2020, s/p).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde limitava-se a ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, no âmbito da promoção e prevenção da saúde, antes incorporadas num só ministério. Porém, mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do governo, ainda continuava distribuída por vários ministérios e

autarquias, com recursos financeiros mínimos, além da dispersão do pessoal técnico (BRASIL, 2020).

Contudo, com o fim do governo Vargas, em 1956 acontece a posse de Juscelino Kubitschek à presidência do Brasil (1956-1961), a qual foi orientada pelo slogan “cinquenta anos em cinco” que seria o resumo do seu objetivo principal: o desenvolvimento nacional econômico, a partir de seu Programa de Metas voltado à sua política de renovação econômica do país.

Em sua administração, criou o projeto ruralista, na defesa de uma maior integração entre a indústria e a agropecuária, a modernização da agricultura e a manutenção da grande propriedade rural. Um dos objetivos do seu projeto, era a defesa dos interesses populares do campo e das cidades, e a crítica às novas formas de dependência produzidas pela industrialização (SILVA, 2008).

Em seu Programa de Metas, JK incluiu um projeto voltado à saúde pública, visto que as doenças de massa, como malária, tuberculose, lepra, verminose, entre outras, eram as principais doenças que comprometeriam o desenvolvimento dos países. Então, ele propôs, por meio deste programa, resolver as principais questões de saúde pública no Brasil, a qual para JK, o grande desafio seria reforçar o número de profissionais de saúde e distribuí-los no interior do Brasil (SILVA, 2008). Assim,

[...] as ações de saúde pública deveriam atingir as faixas etárias mais elevadas da população; cuidar do envelhecimento das populações; aperfeiçoar os meios de diagnósticos e tratamento visando ao desaparecimento das doenças que precocemente matam indivíduos jovens; promover campanhas para evitar ou reduzir a diabete, o câncer, as doenças mentais, as doenças coronarianas, a traumatologia, acidentes de trabalho etc., além de instituir a pensão à velhice (SILVA, 2008, p.65).

No que se refere o âmbito da saúde mental é possível dizer que:

[...] para JK, a doença mental representava um grave problema de saúde pública. O número de alienados estava aumentando consideravelmente devido à “complexidade emocional da vida moderna”. Neste sentido, seria imprescindível a ampliação da assistência aos doentes mentais. Haveria necessidade de aumentar o número de leitos em setenta mil, e o número de médicos psiquiatras deveriam ser em torno de dois mil. Segundo Juscelino, a descentralização da assistência psiquiátrica seria fundamental, para não sobrecarregar os principais hospitais do país (SILVA, 2008, p.65).

Entretanto, apesar de toda a evolução mundial nos estudos da psiquiatria, nos anos entre 1940 e 1960 algumas terapias beiravam à barbárie, pois

Havia o eletrochoque (ainda usado, nos dias atuais, em casos graves com laudo de junta médica), a malarioterapia (contaminação do paciente com o protozoário da malária na tentativa de criar distúrbios), a insulinoterapia (coma diabético provocado por meio de injeção de insulina) e o uso do cardiazol (droga para provocar convulsões). (BRASIL, 2018, p. 9).

Somente a partir da década de 1960, que a psiquiatria preventiva e as experiências das comunidades terapêuticas da época, possibilitaram melhores condições no cuidado com o paciente psiquiátrico, visando a desospitalização gradativa no tratamento psíquico e uma nova forma de enfrentar esta problemática (BRASIL, 2018).

No Brasil, com a coligação Nacional-Desenvolvimentista do Presidente Juscelino Kubitscheck,

[...] a economia abriu-se ao capital estrangeiro e iniciou-se grande pressão por parte dos empresários no que toca à eficiência das indústrias. No campo da saúde, o Congresso de Hospitais, ocorrido nessa época, respondeu a essas demandas, instituindo os serviços médicos próprios das empresas. Encontrava-se aí uma nova configuração da prestação privada de serviços de saúde, através da emergência da medicina de grupo, que se constituiu em um dos lastros para a implementação das políticas neoliberais no âmbito do setor saúde na atualidade (BRAGA *et al*, 1987 apud BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p.07).

O final do governo de Juscelino foi marcado por um intenso crescimento da inflação no país, além do movimento sindicalista e do movimento estudantil. Para substituir JK, foi eleito Jânio da Silva Quadros (1961) o qual permaneceu na gestão apenas durante 7 meses, encerrando-se com sua renúncia. Quadros buscava crédito internacional para superar a crise interna do país, além de admitir uma posição "neutra" frente à política mundial, acerca de questões entre os países capitalistas e socialistas (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Com a renúncia de Jânio Quadros em 1961, assumiu no mesmo ano seu vice-presidente João Belchior Marques Goulart – Jango (1961-1964), num contexto de crise econômica, grande ebulição política, inflação, crescentes reivindicações sociais e tensão militar (SOUZA, 2015).

No que se refere ao setor saúde, em 1963, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de oferecer orientações sobre as políticas de saúde. Essa Conferência definiu como ideologia da saúde, a do desenvolvimento econômico e “[...] apontava a

necessidade de uma Política Nacional de Saúde, com vistas à descentralização e à municipalização das ações” (SOUZA, 2015, p.07).

Também foi estabelecido que: “a finalidade da 3ª Conferência Nacional de Saúde será o exame geral da situação sanitária nacional e aprovação de programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento do país” (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992, p.07 apud SOUZA, 2015, p.07).

O quadro sanitário brasileiro, nesse período, apresentava um nível elevado de dispersão da endemia da ancilostomose, “[...] as diarreias infecciosas eram consideradas um dos principais problemas de saúde pública, responsáveis pela maior parte dos casos de mortalidade infantil” (SOUZA, 2015, p.09).

O governo de caráter nacional-reformista do presidente João Goulart, junto com sua equipe, buscava a elevação do nível de vida da população de baixa renda, a reformulação de estruturas consideradas ultrapassadas, principalmente a estrutura agrária, e a redução das desigualdades regionais. Para isso, implementou programas setoriais nas áreas de saúde, educação, transporte e agricultura, denominados de ‘pré-investimentos para aperfeiçoamento do fator humano’ (SOUZA, 2015). Assim,

[...] como consequência da falta de coordenação no planejamento global da assistência médico-sanitária, existe carência de meios, seja quanto a pessoal técnico, seja quanto a equipamento, agravada pela sua má distribuição, com excessiva concentração em certas áreas em detrimento de outras. A unificação dos serviços médico-sanitários, nas atuais condições administrativas brasileiras, é problema que tem desafiado a capacidade dos mais experimentados técnicos, tais as questões suscitadas. Por isso mesmo, tem-se recomendado a integração gradativa e sistematizada, em âmbito setorial e com aproveitamento de entidades já existentes, nos termos da tradição do sistema de comunidade. Enquanto não for possível essa unificação, prevalecerá o ponto de vista de que se deve promover a coordenação de todos os serviços, entrosando-se as 'suas' atividades (GOULART, 1964, p.189 apud SOUZA, 2015, p.10-11).

Antes de sofrer o golpe civil-militar que poria fim ao seu governo, onde o poder foi assumido pelas Forças Armadas, Goulart previa as “[...] diretrizes para a saúde no período: o planejamento das ações, ou planificação, e a unificação dos serviços médico-sanitários, tais medidas resultariam no aumento dos recursos assistenciais nas regiões menos desenvolvidas” (SOUZA, 2015, p.11).

A 3ª Conferência que representou um esforço para a construção de um Plano Nacional de Saúde e de um planejamento em longo prazo para o setor, o qual deveria ser formulado a partir das discussões e deliberações do encontro. O grande objetivo do quarto item do temário, “Fixação de um Plano Nacional de Saúde”, e da conferência como um todo, era a institucionalização de um sistema de planejamento nacional no campo da saúde (SOUZA, 2015, p.12).

Porém, devido ao golpe de 1964, não chegou a ocorrer a segunda etapa da elaboração do Plano Nacional de Saúde. No âmbito da saúde,

[...] as políticas de Planejamento reforçaram a privatização dos serviços médicos, através da compra de serviços pela Previdência, sob a forma de unidades de serviço. As palavras de ordem eram a produtividade, o crescimento, a desburocratização e a descentralização da execução de atividades” (BRAGA *et al*, 1987 apud BERTOLOZZI, *et al*, 1996, p.08).

Dentre os acontecimentos da época, simultaneamente, com as transformações na área da saúde mental, a saúde no país encontrava-se em crise, dado as grandes insatisfações por parte das massas dos trabalhadores que não possuíam acesso à serviços de saúde, desenhando, assim, o Movimento de Reforma Sanitária na década de 1980, onde profissionais da saúde, juntamente, com os intelectuais e os movimentos sociais, fundiram seus aparatos teóricos e políticos acerca da saúde no Brasil, em prol da ação e organização política na defesa de uma nova ordem societária, baseada na luta social democrata e na emancipação humana, ao deter-se do materialismo histórico de Marx e a construção de uma abordagem médico social da saúde brasileira (SOARES, 2010).

Mediante o exposto, no próximo item será abordado acerca das implicações da crise do capital e seus rebatimentos na política de saúde, destacando as consequências societárias pelas exigências do grande capital, com a modernização das tecnologias no mundo do trabalho, e as transformações societárias postas pela crise estrutural do capital, no contexto da Reforma Sanitária e com ele a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 Crise do capital e as implicações para a política de saúde mental: Avanços e retrocessos

Acerca das mudanças socioeconômicas, cabe considerar que a crise do capital, responsável pelas extremas transformações no modo de produção capitalista e consequentemente na acumulação do capital, trouxe rebatimentos significativos no campo da saúde. Para tal, Faermann (2015) aponta que:

[...] é abundante a literatura que versa a respeito das transformações ocorridas nas sociedades capitalistas em sua fase monopolista, em virtude da crise mundial instalada no sistema de produção, acumulação e concorrência – resultado do esgotamento do modelo fordista-keynesiano –, que se estendeu até o início dos anos 1970 (FAERMANN, 2015, p.03).

Cabe considerar que, com o esgotamento do modelo de produção fordista/taylorista⁹, surge como alternativa para o retorno à obtenção dos lucros, a evolução do regime de produção para um sistema flexível que, além, dos seus avanços tecnológicos, funciona de acordo com a demanda dos consumidores, ocasionando, assim, em profundas alterações no âmbito trabalhista. Juntamente com a crise de 1930, os EUA entraram em um colapso de superprodução, adentrando assim em uma depressão econômica.

Diante da mundialização do capital, o liberalismo volta à tona através do neoliberalismo e com isso, as transformações societárias vão emergindo a partir da década de 1970, modificando profundamente o perfil do capitalismo contemporâneo (NETTO, 2012). Assim,

Estas transformações estão vinculadas às formidáveis mudanças que ocorreram no chamado “mundo do trabalho” e que chegaram a produzir as equivocadas teses do “fim da sociedade do trabalho” e do “desaparecimento” do proletariado como classe, mudanças que certamente se conectam aos impactos causados nos circuitos produtivos pela revolução científica e técnica em curso desde meados do século XX (potenciada em seus desdobramentos, por exemplo, pela “revolução informacional” e pelos avanços da microeletrônica, da biologia, da física e da química) (NETTO, 2012, p.04-05).

⁹ Em meio à crise mundial econômica, o Estado encontrou como uma saída, sua interferência na economia, regulando-a com vistas à geração de emprego e renda afim de estimular a produção e, com isso, a rotatividade do capital, de modo que, [...] em 1933, o programa de recuperação econômica para os Estados Unidos, o New Deal, que consistiu basicamente em investimento maciço em obras públicas, destruição dos estoques de gêneros agrícolas e na diminuição da jornada de trabalho [...] (BEZERRA, 2018, s/p). Com a crise do liberalismo, implantou-se o Estado de Bem-Estar Social, como uma forma de combate às desigualdades sociais, pois tinha como principal objetivo, a defesa dos direitos dos cidadãos à saúde, educação, etc.; “o modelo mais conhecido de políticas públicas foi o Keynesiano, de John Maynard Keynes (1883-1946), que rompe com a visão de livre-mercado em favor da intervenção estatal na economia” (BEZERRA, 2018, s/p).

De acordo com a abordagem de Netto (2012), estas transformações societárias vão além dos limites dos circuitos produtivos, pois envolvem a totalidade social, sendo denominada de “sociedade tardo-burguesa” por ter sido emergida por meio da restauração do capital, durante o fim dos anos 1970 (NETTO, 2012).

Entretanto, em poucos anos, a economia brasileira, por exemplo, entra em declínio e o milagre econômico ruiu, durante o governo do general Emílio Médici (1970-1974), pois:

[...] Uma das causas para o fim do milagre foi a falta de preocupação com os aspectos sociais do país. Em outras palavras, o crescimento não trouxe desenvolvimento. Isso porque a esmagadora maioria dos brasileiros não se beneficiou do crescimento econômico, de forma que as camadas mais ricas, nessa época, tenham ficado mais ricas, enquanto as mais pobres permaneceram na pobreza (RESENDE, 2018 s/p.).

Com as diretrizes estabelecidas sob o viés neoliberal, ele “[...] surge para opor-se à teoria keynesiana de bem-estar social e propõe uma nova leitura da parte econômica do liberalismo clássico, tendo como base uma visão econômica conservadora” (PORFÍRIO, s/a, s/p). Assim,

[...] o Brasil se rende ao conjunto de ajustes macroeconômicos de cunho restaurador neoliberal, calcados pelo tripé da “[...] “flexibilização” (da produção, das relações de trabalho), da “desregulamentação” (das relações comerciais e dos circuitos financeiros) e da “privatização” (do patrimônio estatal)” (NETTO, 2012, p. 05).

Unindo as consequências societárias pelas exigências do grande capital, no projeto neoliberal, com a modernização das tecnologias no mundo do trabalho, houve uma transformação radical nos novos processos produtivos capitalistas,

[...] o chamado “mercado de trabalho” vem sendo radicalmente reestruturado — e todas as “inovações” levam à precarização das condições de vida da massa dos vendedores de força de trabalho: a ordem do capital é hoje, reconhecidamente, a ordem do desemprego e da “informalidade” (NETTO, 2012, p.05).

Como o cenário da globalização econômica está vinculado à “financeirização” do capitalismo, a competitividade entre as corporações, torna-se extremamente estimulada pela busca incessante pelo lucro, e com isso, eleva-se brutalmente a composição orgânica do capital. Para tanto, como resultado direto na sociedade capitalista, acentua-se, o crescimento da força de trabalho excedentária, mais conhecido como o exército industrial de reserva próprio do tardo-capitalismo, proveniente do atual “desemprego estrutural¹⁰” (NETTO, 2012).

Dentre as transformações societárias, no que toca a estratificação social, é notória as mudanças na estrutura da classe social burguesa, “[...] refratando as novas clivagens postas por alterações na divisão social e técnica do trabalho. Também se modificam as hierarquias e as articulações de camadas médias, “tradicionalistas” (como a pequena burguesia urbana) ou não” (NETTO, 2012, p. 06). Assim,

[...] tais mudanças, no quadro da estratificação da sociedade burguesa contemporânea, acompanham-se de alterações no perfil demográfico das populações, no processo de urbanização, no crescimento das atividades de serviço, na difusão da educação formal e nos circuitos da comunicação social (conduzindo ao ápice a indústria cultural analisada pela Escola de Frankfurt). Rebatendo na estrutura da família, tudo isso convulsiona os padrões da sociabilidade, para o que contribui, ainda, a emergência de dois “agentes sociais independentes” (Hobsbawm): as mulheres e os jovens (NETTO, 2012, p.07).

No que se refere a histórica problemática das mulheres quanto às desigualdades sociais, com as transformações societárias provenientes da crise do capital, houve um aumento significativo na opressão e repressão das mulheres no espaço doméstico, a subalternidade/exploração no âmbito trabalhista devido ao seu gênero, além da constante insegurança de ser vítima de violência, a qual denomina-se, atualmente, de violência doméstica e familiar. Porém, devido ao empenho das vanguardas feministas, tal problemática passou a ter um alcance maior na sociedade capitalista (NETTO, 2012).

Em meio a essas transformações societárias postas pela crise estrutural do capital, entre as décadas de 1970 e 1980, iniciam os rumores para a Reforma Sanitária e com ele a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), não por interesse do governo (que passava por um período de mudanças de um regime ditatorial para um regime democrático), mas por pressão da classe trabalhadora e movimentos sociais. Assim,

¹⁰ “O desemprego estrutural é consequência das mudanças estruturais na economia, tais como mudanças nas tecnologias de produção ou nos padrões de demanda dos consumidores (uma vez que a mudança de gastos pode tornar obsoletas certas profissões)”(RIBEIRO, s/a, s/p).

[...] a principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesta direção, destaca-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho; a importância dos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde através da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2009, p. 08-09).

Diante de muitas lutas e descobertas científicas, influenciadas pelas transformações mundiais, a partir dos anos de 1970, dá-se início, ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, um processo contemporâneo ao Movimento Sanitário, em favor da mudança dos modelos de atenção¹¹ e gestão¹² nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005, apud MOURA, 2011).

Através dessa busca por direitos sociais, em 1986, houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde houve a participação da sociedade civil pela primeira vez, sendo norteada pelo princípio da “saúde como um direito de todos e dever do Estado”, dando bases à institucionalização do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988, sendo somente regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde em 1990. De modo que,

[...] a proposta de extinção dos manicômios e a defesa por serviços abertos, comunitários e públicos foi se fortalecendo, sendo o CAPS um dos produtos desse movimento. Portanto, a Reforma Psiquiátrica no Brasil emergiu a partir das discussões da Reforma Sanitária em um contexto de efervescência política brasileira, com os movimentos sociais impulsionando questionamentos às formas de reprodução social capitalista (LIMA, 2015, p.24).

Em março de 1986, instituiu-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, na cidade de São Paulo: CAPS Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. (BRASIL, 2004) Em 1987, aconteceu em Bauru (SP), o II

¹¹ “Os modelos de atenção à saúde são “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (TEIXEIRA, 2006, p.8).

¹² Os modelos de gestão nas práticas de saúde, “[...] é uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços” (TEIXEIRA, 2006, p.8).

Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) ao adotar o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005 apud MOURA, 2011).

Com a implementação da Constituição Federal de 1988, dentre os direitos fundamentais, agora, garantidos por lei, o direito à saúde obteve primordial importância objetivando sua universalização ao acesso; devido aos serviços e ações à saúde, antes da sua promulgação, serem destinados apenas à determinados grupos sociais, segregando a sociedade pelo seu poder social (MOURA, 2013).

Nesta direção, a Constituição Federal de 1988, assegura o bem-estar e a justiça social como um de seus principais objetivos, destinados a garantir a ordem social ao estabelecer como direitos sociais fundamentais: a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância (MOURA, 2013).

Destarte, o Sistema Único de Saúde incorpora o tripé da Seguridade Social, juntamente da Assistência Social e a Previdência Social, a qual incorpora todas as classes sociais, sem distinção, com a proposta da universalização de direitos, sendo uma das suas bases fundantes, uma saúde gratuita para todos.

Muda-se, pois, a concepção de saúde, para um “direito de todos e dever do Estado”, como um princípio básico do SUS, na garantia de um acesso igualitário às ações e serviços a todas as pessoas, independentemente de sua raça, cor, sexo, etnia ou outras características sociais/pessoais. Têm-se como objetivo primordial a diminuição das desigualdades sociais de acesso à saúde, com equidade no atendimento, pois todas as pessoas são iguais, mas suas necessidades são diferentes, atendendo assim, integralmente toda a sociedade em prol da promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. “Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas” (BRASIL, s/a, s/p).

Com a implementação do Sistema Único de Saúde, possibilitou-se o fortalecimento de subsídios necessários para atender as demandas oriundas da parcela da sociedade que sofre de doença mental no país. Nesta perspectiva, em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) deu início há um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes.

É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período no município de Santos, são implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)

que funcionavam 24 horas; são criadas cooperativas; residências para os egressos do hospital e associações (BRASIL, 2005 apud MOURA, 2011).

Cabe considerar, que neste contexto de avanços legais, houveram muitas regressões no campo de direitos, já conquistados. Segundo Faermann (2015, p. 12), tal regressão no âmbito da conquista e usufruto dos direitos sociais é proveniente de medidas restritivas que vêm inibindo esse sistema de garantia da universalização das políticas sociais, pois “[...] no Brasil, o sistema de proteção social caracteriza-se por sua incipiência, sendo incapaz de enfrentar as vulnerabilidades que atingem parcelas significativas da população”.

Um exemplo claro acerca disso, destacado pela autora, é o caos instalado na saúde pública brasileira, que atinge diversos estados e municípios a bastante tempo, mesmo sendo amplamente divulgado e comentado, como: “[...] morosidade e/ou falta de atendimento à população, constantes mortes nos hospitais, precarização das condições de trabalho dos profissionais e privatização generalizada desse setor” (FAERMANN, 2015, p. 12). Assim,

[...] no Brasil, a exponenciação da questão social a partir dos anos 1990, em face das particularidades do processo de reestruturação produtiva e nos limites da ideologia neoliberal, determinou uma inflexão no campo profissional em decorrência das novas demandas. Estas foram postas pelo reordenamento do capital e do trabalho, pela reforma do Estado e pelo movimento de organização das classes trabalhadoras, com amplas repercussões no mercado profissional de trabalho (ABEPSS, 1996 apud FAERMANN, 2015, p.13).

Esta nova etapa do desenvolvimento capitalista aprofundou e reinventou ainda mais a histórica precarização do âmbito trabalhista brasileiro, impactando em diversos níveis, todos os trabalhadores, inclusive os assistentes sociais, nosso objeto de estudo.

[...] o Estado brasileiro não ofereceu condições para a reprodução social da totalidade da força de trabalho, nem tampouco garantiu direitos sociais ao conjunto dos trabalhadores, impossibilitando o acesso ao trabalho protegido e às condições necessárias para a reprodução social de um contingente significativo de trabalhadores. Apresentando um fraco sistema de proteção social e de elevados índices de rotatividade da força de trabalho, provenientes da informalidade e da precariedade estruturais do mercado de trabalho nacional (FAERMANN, 2015, p.14).

De acordo com a afirmação de Faermann (2015, p. 15), “esse processo acelerou o desemprego estrutural, a erosão dos direitos sociais e a “desresponsabilização” do Estado no enfrentamento da questão social¹³.

Durante o governo de Fernando Collor de Mello na década de 1990, houve a institucionalização da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a qual possibilitou a regularização e a promoção à nível nacional das propostas do SUS, colocando-o como responsabilidade do Estado, as políticas sociais voltadas à saúde como um todo. Assim, destacou-se que,

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE 8.080/90, art.2º).

Posteriormente, implementou-se, a Lei 8.142/90 responsável pela efetivação da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde, na gestão do Sistema Único de Saúde, ao instituir conselhos e conferências de saúde vinculados ao repasse de transferências intergovernamentais de recursos financeiros perpassados à cada esfera do governo responsável por uma área da saúde pública no Brasil, responsáveis também pela formulação de estratégias e controle de execução de políticas de saúde, possibilitando sua democratização e descentralização (LEI ORGÂNICA 8.142/90 E O CONTROLE SOCIAL, 1990).

No início da década de 1990, os recursos da Seguridade foram comprometidos pelos atrasos deliberados de repasses num momento de alta inflação (superior a 1.000% ao ano). Isso levou a cortes frequentes nas políticas de saúde e de assistência, preservando-se os níveis de recursos para a Previdência Social. A partir de 1990 foram incorporados ao orçamento da saúde os encargos previdenciários da União (MACHADO *et al.*, 2017, p. 07).

¹³ E é nesse cenário que o trabalho do assistente social está inserido, sua intervenção no âmbito das políticas sociais sofre rebatimentos das condições postas pelo capitalismo vigente, além de sofrer as consequências da precarização do ambiente e ferramentas institucionais para intervir com qualidade na realidade social dos usuários.

No campo do surgimento de novas práticas de cuidados com a saúde, a constituição de Normas Operacionais Básicas (NOB's), passa a orientar o funcionamento e a operacionalização do SUS, engloba-se as competências do Ministério da Saúde, a qual se constituem em três versões: a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96 (ANTONIO, 2008, s/p).

- NOB 01/91: definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc. - redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece em grande parte vigorando até hoje.

- NOB 01/93: criou critérios e categorias diferenciadas, gestão para a habilitação dos municípios, e segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semiplena) haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros.

- NOB-SUS 01/96: representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da Municipalização. Revoga os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena), e propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal (ANTONIO, 2008, s/p).

Em 1992, houve uma comissão para estudo do dilema da sustentabilidade econômica da seguridade no Brasil, dando bases para revisar a Constituição Federal de 1988 nesse quesito, durante a transição conturbada do governo Collor para o governo de Itamar Franco, seu vice-presidente. Durante seu governo, o setor da saúde apresentava-se em estado de calamidade pública devido à grande crise inflacionária, mediante o Plano Real em 1994, que tinha, como o objetivo de controle inflacionário e de estabilização da moeda pelo Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, afetando diretamente os avanços institucionais da saúde (MACHADO, *et al.*, 2017). Assim,

[...] destacou-se ainda a institucionalização de Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF). Buscava-se um modelo de atenção que priorizasse as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e famílias, em contraposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital. Nesse momento, a estratégia desses programas foi direcionada para a população pobre identificada pelo “Mapa da Fome” (MACHADO, *et al.*, 2017, p.08).

Em 1994, o ex-Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, candidata-se a presidência após o retorno positivo do Plano Real e com isso desenvolve diversos avanços na área da saúde no Brasil, mediante as prioridades macroeconômicas da década.

Ainda neste ano, houve um marco mundial de grande importância que permitiu grandes mudanças para a saúde em geral, com a instituição da Declaração de Salamanca, como resultado da Conferência Mundial sobre Necessidades Educacionais Especiais, realizada entre 7 e 10 de junho de 1994, na cidade espanhola de Salamanca. Têm-se como objetivo central, a inclusão de crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais no âmbito do sistema regular de ensino, abordando os direitos humanos e a Declaração Mundial sobre a Educação para Todos. A Declaração de Salamanca repercutiu de forma significativa mundialmente, sendo incorporada às políticas educacionais brasileiras (PACIEVITCH, 2009).

As propostas guiadas pela Declaração de Salamanca pautaram-se nos seguintes princípios: independente das diferenças individuais, a educação é direito de todos; toda criança que possui dificuldade de aprendizagem pode ser considerada com necessidades educativas especiais; a escola deve adaptar-se às especificidades dos alunos, e não os alunos as especificidades da escola; o ensino deve ser diversificado e realizado num espaço comum a todas as crianças (PACIEVITCH, 2009).

Outra mudança no ordenamento da saúde, no Brasil, fruto dessas legislações e declarações, foi a institucionalização do Programa Saúde da Família (PSF)¹⁴, a partir de 1995, que se tornou prioritário na agenda do Ministério da Saúde e do Governo Federal, na perspectiva de expansão da cobertura dos serviços e da mudança no modelo de atenção,

Isso conferiu novo *status* à atenção básica e favoreceu mudanças no financiamento (criação de piso per capita e de incentivos específicos), organizacionais (criação do Departamento de Atenção Básica em 2000) e inovações em outras áreas da política, como a de formação. Ressalte-se que a ênfase na atenção básica era compatível com as diretrizes da reforma sanitária referentes ao modelo de atenção e com propostas de reforma que defendiam uma ação do Estado mais

¹⁴ “Mendes, afirma: a conceituação da saúde da família como estratégia de organização da atenção primária implica a negação de algumas versões. (...) Não é (...) um programa. (...). A sigla PSF pegou e constitui, hoje, boa marca política para a saúde da família. O importante, aqui, é falar de um Programa de Saúde da Família sabendo que não é um programa, mas, sim, uma estratégia. Não sendo programa, não é, também, uma versão contemporânea da medicina simplificada, nem projeto exclusivo para regiões e grupos sociais em situação de exclusão. Apesar disso, a estratégia de saúde da família deve ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade e deve utilizar largamente tecnologias custo/efetivas” (MENDES, 1996 apud CORTEZ; TOCANTINS, 2006, p.03).

delimitada, emanada de agências internacionais ou mesmo do Governo Brasileiro (MACHADO, *et al.*, 2017, p.10).

Mediante os avanços graduais na área da assistência social, a saúde mental, também progrediu nesse contexto e vivenciou, avanços, ainda no Governo de FHC, com a instituição do Benefício de Prestação Continuada (BPC) em 1996, como prevê a constituição, que assiste os idosos, pessoas com deficiência¹⁵ e de baixa renda, através de um mecanismo de transferência de renda não contributiva. A partir de 1998, há um grande aumento desse tipo de programa, como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e o Vale-Gás, realizados, ainda que de modo fragmentado e restrito, de acordo com a direção de cada Ministério, havendo, assim um aumento no orçamento federal para a área social no Brasil (MACHADO, *et al.*, 2017).

Com as diversas inovações na área da saúde, foi possível que houvesse um direcionamento nos caminhos da política de saúde nos governos posteriores. No ano de 2001, a Lei nº 10.216, proposta pelo Deputado Federal Paulo Delgado - um Sociólogo, Pós-Graduado em Ciência Política, Professor Universitário, Deputado Constituinte em 1988, exercendo mandatos federais até 2011 - também conhecida como Lei Paulo Delgado, instituiu um novo modelo de tratamento aos “portadores”¹⁶ de transtornos mentais no Brasil, dando direção e um novo sentido à assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, proteção e direitos as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2012). Assim, de acordo com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, Lei Paulo Delgado, é estabelecido que

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

[...]

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que

¹⁵ “Pessoas que apresentam impedimentos de longo prazo (mínimo de 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (INSS, 2020, s/p).

¹⁶ Esse termo foi utilizado nas legislações, no entanto, seu entendimento foi retirado de algumas normativas, não cabendo a sua utilização nos dias atuais.

ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (Lei nº 10.216/01, art. 1º, art. 3º).

Decorrente de um longo processo de luta social, a modernização do atendimento aos usuários de doenças mentais, constitui fruto da Reforma Psiquiátrica no país, concretizada em 2001, ao prezar a mudança do modelo de tratamento psiquiátrico, objetiva ao invés da utilização de estabelecimentos de isolamento, o tratamento com o convívio da família e da comunidade (BRASIL, s/a, s/p).

Nesta direção,

[...] é somente em 2002, e em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (BRASIL, 2018, p. 41).

Neste contexto, com a Política de Saúde Mental no Brasil, houve uma maior promoção da redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, afim de incentivar que quando necessárias, as internações psiquiátricas ocorram no âmbito dos Hospitais Gerais, de curta duração, e “[...] será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”, visando a reinserção social do paciente em seu meio (Lei nº 10.216/01, art. 4º, II).

Além disso, a Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência, às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Abrange a atenção às pessoas com necessidades relacionadas à transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, dentre outros, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas) (BRASIL, s/a).

Diante desse novo paradigma de avanços no setor saúde e saúde mental, com o governo de Luiz Inácio Lula da Silva em 2002, passa a se configurar, um modelo de intervenção “social desenvolvimentista” que refletiu, no âmbito das políticas sociais, donde, priorizou no campo da saúde, políticas voltadas ao combate da pobreza extrema e à expansão dos direitos dos grupos socialmente vulneráveis, implantando, assim, a estratégia do “Fome

Zero” em 2003-2004, voltada para a erradicação da fome, tanto em âmbito rural como urbano, onde, posteriormente, deu bases para o surgimento do Programa Bolsa Família (PBF) em seu lugar (MACHADO, *et al.*, 2017). No campo da saúde,

[...] foram adotados como marcos de governo três programas: Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e Farmácia Popular. Os dois primeiros partiram de iniciativas prévias, e o terceiro introduziu no SUS o copagamento por medicamentos adquiridos em farmácias estatais ou privadas. Como elemento de continuidade, destaque-se a expansão da cobertura do PSF, que passou a ser enfatizado como estratégia de reestruturação do modelo de atenção, agregando novos profissionais à atenção básica (MACHADO, *et al.*, 2017, p.11).

Ainda em 2002, foi implementada a portaria n° 336/02, considerando a Lei 10.216/01 acerca da proteção e os direitos das pessoas que sofrem de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, ao estabelecer em seu art. 1° que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se em três modalidades de serviços, CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (PORTARIA N° 336/02, art. 1°). Assim,

§ 1° As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3o desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo [...] (PORTARIA n° 336/02, s/p.).

Com o advento da portaria supracitada, dentre a totalidade dos benefícios, os CAPS obtiveram maiores possibilidades de organização dos níveis de serviços de atenção psicossocial e conseqüentemente, uma abrangência ampliada no atendimento à população, pois de acordo com o art. 2°, “os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” (PORTARIA N° 336/02, art. 2°).

Pôde-se perceber que o Governo Lula possibilitou avanços no desenvolvimento do modelo econômico-social em prol da redução da pobreza do país. Em 2010, Lula deixa seu mandato e a sucessora, foi, Dilma Rousseff, tendo como vice-presidente, Michel Temer (MACHADO, *et al.*, 2017).

Em 2011, durante no Governo Dilma,

[...] A atenção em saúde mental é oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS), através de financiamento tripartite e de ações

municipalizadas e organizadas por níveis de complexidade. A *Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas* foi pactuada em julho de 2011, como parte das discussões de implantação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, e prevê, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais (BRASIL, s/a, s/p).

Realizando uma breve explanação acerca do montante de recursos que foi aplicado na área de saúde mental, pode-se constatar com a tabela 1, abaixo, os gastos do programa de Saúde Mental em relação aos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços.

Tabela 1: Comparativo dos gastos do programa de Saúde Mental em relação aos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gasto Federal em Ações e Serviços Públicos de Saúde (em bilhões)	71,79	71,57	62,22	69,53	70,43	76,32	79,94	81,39	89,31	96,36	92,89	98,67	98,31	99,02	105,18	102,10
Percentual gasto Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPs	2,4%	2,5%	2,4%	2,3%	2,3%	2,3%	2,7%	2,7%	2,5%	2,7%	2,6%	2,3%	2,1%	1,9%	2,3%	1,6%

De acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), é necessário um percentual de 5% destinado à saúde mental, visto que o orçamento destinado à saúde mental no período destacado na tabela 01, não ultrapassou o percentual de 2,7% (média de 2,25 e mediana de 2,3), e enquanto os gastos com a saúde cresceram 42,22% no período, os gastos com a saúde mental decresceram 5,20% (OLIVEIRA, 2017).

Remetendo aos dias atuais, em outubro de 2020, segundo Pagno (2020), o investimento em saúde mental foi publicado no Diário Oficial da União por meio das portarias nº 2.972-2.977 e 2.982-2.987; e afirma que:

[...] no total, foram habilitados 74 novos CAPS e outros 9 receberam alterações de modalidade, representando um investimento anual de R\$ 36.142.389,00. Em relação às Residências Terapêuticas, foram habilitados 100 novos serviços, com repasse anual de R\$ 20.247.000,00 para diversas cidades espalhadas nas regiões do país. Também foram habilitadas duas Unidades de Acolhimento com o repasse anual de R\$ 600.000,00 e 144 serviços hospitalares de referência, com o repasse anual de R\$ 9.694.270,08 (BRASIL, 2020, s/p).

São dados de extrema relevância, no que tange o investimento do governo federal nos serviços que integram a Rede de Cuidados em Saúde Mental, pois objetivam garantir a

desinstitucionalização, sendo necessária uma rede de cuidados complexa, visto que são serviços extremamente limitados, principalmente no período de pandemia do covid-19 no país, temática esta que será abordada nos próximos capítulos.

Mas,

[...] sua complexidade encontra-se na capacidade de desenvolver um conjunto de ações e recursos voltados para a produção de autonomia, de relações de cuidado na perspectiva da integralidade e isso é produto das relações locais, construídas por profissionais, usuários e gestores. Significa dizer que a noção de complexidade da saúde mental não está pautada em tecnologias duras, mas com tecnologias relacionais que estão no modo de inventar uma nova forma de fazer saúde, nas experiências, atitudes, compromissos, responsabilização pelo cuidado, etc, apesar de também depender de tecnologias pesadas (MERHY, 1997 apud OLIVEIRA, 2017, p.160).

Destarte, a Política Nacional de Saúde Mental busca promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental¹⁷. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2018).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade (BRASIL, s/a, s/p).

De acordo com a Portaria nº3088/11, que institui a RAPS no país, são destacados os seus objetivos específicos em seu artigo 4º, o qual envolvem a promoção de cuidados em saúde, especialmente, para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); a prevenção do consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; a redução de danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; a promoção à reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; entre outros importantes objetivos da Rede (PORTARIA nº 3088/11).

Acerca da estrutura e funcionamento da Rede de atenção Psicossocial, destaca-se:

¹⁷ O transtorno mental pode estar presente em qualquer fase da vida de uma pessoa. Seus reflexos acontecem no âmbito psicológico e podem ter reflexos físicos dependendo do estágio da doença (HOSPITAL SANTA MÔNICA, 2018, s/p).

[...] 1) Atenção Básica em Saúde, constituída por: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura; 2) Atenção Psicossocial Estratégica, constituída por: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; 3) Atenção de Urgência e Emergência, constituída por: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde; 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório, constituída por: Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial; 5) Atenção Hospitalar, constituída por: Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; 6) Estratégias de Desinstitucionalização, constituída por: Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa; 7) Estratégias de Reabilitação Psicossocial, constituída por: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais (BRASIL, 2011c apud OLIVEIRA, 2017, p.124-125).

Portanto, torna-se possível a substituição gradativa do modelo hospitalocêntrico e manicomial, a qual possuíam uma proposta de exclusão e opressão com a população usuária de doenças mentais, o SUS implementa com a RAPS, iniciativas de construção de um sistema de assistência fundamentada pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, propostos pelo sistema público de saúde do Brasil (BRASIL, s/a).

Visando a consolidação de um conjunto de dispositivos assistenciais extra-hospitalares de atenção à pessoa com transtornos mentais, a Portaria 106 de Fevereiro de 2000 implementa os Serviços Residenciais Terapêuticos, o qual

[...] prevê a instituição de casas localizadas no espaço urbano para responder às necessidades de moradia de portadores de transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade [...], que possuam seus laços familiares rompidos (OLIVEIRA, 2017, p.121).

Ademais o período de 2011-2016 foi marcado por retrocessos na área da saúde, principalmente, pelos fatores: de abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; a nomeação para a Coordenação Nacional de Saúde Mental de um ex-dirigente de hospital psiquiátrico do país, defensor de posições contrárias à luta antimanicomial; epidemia de Zika vírus e sua associação com microcefalia e distúrbios neurológicos em bebês (na infecção contraída pela gestante); dentre outros (MACHADO, *et al.*, 2017).

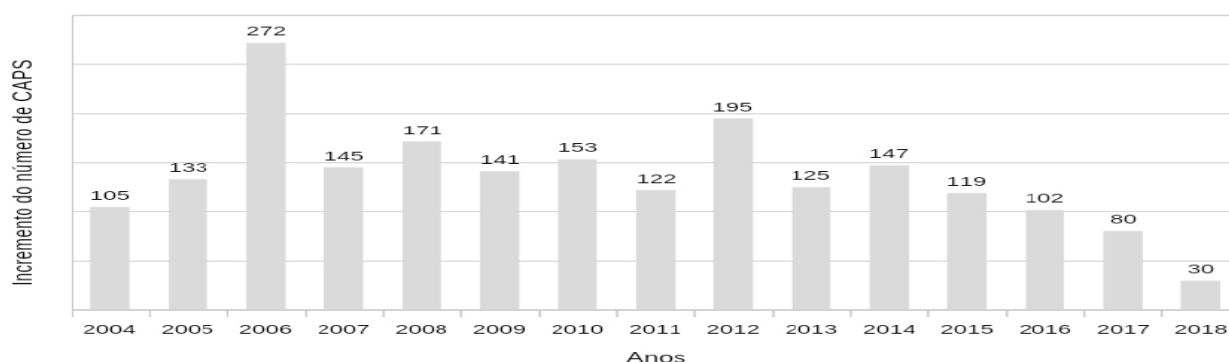
Ficou demarcada assim, a instabilidade da política de saúde no Brasil, com o agravamento da crise política, ocasionando no afastamento da Presidenta Dilma Rousseff e a

confirmação do seu impeachment pelo Senado Federal em 2016. Com isso, há o “[...] lançamento de propostas que fragilizariam ainda mais a base financeira do SUS e fortaleceriam os mercados em saúde“. (MACHADO, *et al.*, 2017, p. 13)

Após Michel Temer assumir a presidência do Brasil, em agosto de 2016, implementa-se a Emenda Constitucional nº 95, a qual tem o objetivo de gradualmente reduzir o percentual do PIB e o gasto per capita aplicado em saúde, mediante a adoção de políticas neoliberais em momentos de crise econômica, no qual congelou por vinte anos os investimentos na Seguridade Social. Afetando, com isso, diretamente e em grande escala, inúmeros programas sociais importantes, sendo extintos ou impactados negativamente, ocasionando em consequências drásticas à saúde da população, ao aumentar o número de transtornos mentais, estresse, uso abusivo de álcool e suicídio. Diversas normativas específicas para o campo da saúde mental, álcool e outras drogas têm sido publicadas desde então (VIRGENS, *s/a*, p. 04).

Mediante o gráfico 1, abaixo, torna-se possível visualizar o nível quantitativo do incremento anual de Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, entre o período de 2004 a 2018.

Gráfico 1: Incremento anual dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, entre o período de 2004-2018



O autor destaca que desde 2016, o incremento anual de CAPS vem decaindo de forma expressiva, e conforme o gráfico 1 apresentado acima, há uma redução drástica no ritmo de implantação de CAPS no país, apontando para um cenário de desassistência e estagnação da estratégia da atenção psicossocial. De modo que,

[...] os dados apresentados pelo presidente do CNDH revelam que o orçamento para a saúde mental em 2018 não foi distribuído de forma satisfatória no Brasil. Do total de 320 milhões, dois terços foram

destinados à rede privada, formada por hospitais psiquiátricos, manicômios e comunidades terapêuticas. Assim, apenas um terço dos recursos acabou destinado, de fato, aos demais equipamentos públicos da Raps. “Ou seja, recurso público para irrigar um modelo de saúde privada (SIQUEIRA, 2019, s/p).

Juntamente com a aprovação da nova Política de Atenção Básica (PNAB), pela portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, a qual estabeleceu uma revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS, prevê a retirada da “[...] palavra “democrática” do texto na PNAB 2017 no que se refere ao formato das práticas de cuidado e de gestão; [...] O número mínimo de ACS/equipe, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual” (MELO, *et al.*, 2018, p. 43-44 apud CRUZ, *et al.*, 2020, p.04).

Neste contexto de mudanças no âmbito da saúde, CRUZ, *et al.* (2020) aponta que, uma Estratégia Saúde da Família (ESF) que atualmente está funcionando praticamente sem agentes comunitários de saúde (ACSs) e sem a lógica essencial do matriciamento, afeta diretamente a possibilidade de um cuidado de qualidade no território. “Os fluxos, tanto de atendimentos como de formação continuada, entre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e a ESF são fundamentais para a integralidade do cuidado”, visto que a RAPS sem o apoio da ESF, tende a correr o risco de sofrer dificuldades em se fazer presente na comunidade, ao realizar suas ações com a população usuária, se aproximando, assim, com um modelo pautado em ambulatorios especializados (CRUZ, *et al.*, 2020, p.04).

No que se refere o campo da política de saúde mental no país, mediante o contexto histórico dos avanços/retrocessos dos governos brasileiros nos investimentos na saúde mental, juntamente com a Reforma Psiquiátrica em 2001, atualmente, apresenta-se um gigantesco retrocesso dos pilares de um modelo de saúde mental mais humanizado no país.

No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. Essa ‘nova política’ se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada “política nacional sobre drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019, apud CRUZ, *et al.*, 2020, p.02).

De modo que, pode-se afirmar que o marco inicial da ‘nova’ política nacional de saúde mental - PNSM foi a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14/12/2017,

a qual estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trouxe a reformulação do desenho, do financiamento, da metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS (CRUZ, *et al*, 2020).

No entanto,

[...] traz pela primeira vez, desde que a Reforma Psiquiátrica passou a pautar as políticas de saúde mental, o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, além de apontar para um maior financiamento deste. Em seu artigo 3o, vem “Pactuar diretrizes clínicas para linhas de cuidado na RAPS” (Brasil, 2017a), sem definir exatamente quais seriam estas novas diretrizes e como elas se diferem do que a PNMS já estabelecia pela lei 10.216 e pela portaria 3.088, de 2011, que definia a RAPS até então (Brasil, 2011a). Também vem “reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados” (art. 9o) e “Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT [Ministério da Saúde (MS); Ministério da Justiça (MJ); Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Ministério do Trabalho (MT)] em relação às Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2017a, art. 11º apud CRUZ, *et al*, 2020, p.05-06).

Além de pautar sobre a integração do hospital psiquiátrico na RAPS, a resolução também incluiu os Hospitais-Dia, onde possui o seu funcionamento parecido com o dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), porém, sem a perspectiva da territorialidade, sendo usualmente um anexo à um hospital psiquiátrico, favorecendo a estratégia de fortalecimento do modelo hospitalar e implicando no comprometendo de alguns dos mais importantes princípios norteadores da clínica da atenção psicossocial (CRUZ, *et al*, 2020).

Conforme apontado pela Defensoria Pública da União (Brasil, 2019d), a ‘nova’ política nacional de saúde mental - PNSM contraria as leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/2001, a Constituição Federal e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (promulgado no Brasil pelo Decreto n. 592/1992), além de recomendações específicas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2018d) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) (Brasil, 2019c), que indicam a revogação desta nova orientação governamental (BRASIL, 2019f apud CRUZ, *et al*, 2020, p.3)

Entretanto, uma semana após a aplicação da resolução 32 da CIT, foi publicada a portaria MS 3.588, de 21/12/2017, que além de instituir o CAPSad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV), aumentou o tamanho das Residências Terapêuticas e das enfermarias de leitos de saúde mental em hospital geral, além do aumento dos recursos hospitalares (BRASIL, 2017h apud CRUZ *et al*, 2020).

O CAPSad IV desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPS ao se apresentar como um serviço capaz de prestar “assistência a urgências e emergências”, em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico, como até então. Apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem “enfermarias” (e não “acolhimento noturno”, como nos CAPS III) de até 30 leitos! Uma estrutura com estas características não condiz com o referencial de cuidado pautado nos vínculos, na humanização, no cuidado de base territorial e na construção de projetos terapêuticos singularizados (CRUZ, *et al*, 2020, p.7).

Nota-se que há uma gigantesca violação dos direitos calcados com as lutas sociais em prol da Reforma Psiquiátrica no país, pois, trata-se de uma nova estrutura que vai contra os princípios e os objetivos que os centros de atenção psicossocial possuem voltados à intervenção, a redução de danos e a recuperação dos vínculos fragilizados/rompidos, em sua integralidade dos serviços na vida dos usuários de álcool e outras drogas. Trata-se de uma estrutura implantada estrategicamente nas cenas de uso do usuário, propondo-se a intervir por meio do recolhimento compulsório desta parcela populacional, afim de tornar-se uma grande porta de entrada para internações compulsórias em comunidades terapêuticas (CRUZ, *et al*, 2020).

Outra normativa de grande relevância a destacar, que dispõe sobre todo o SUS e afeta diretamente a PNSM, mesmo não estando a ela vinculada, é a Portaria GM n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017, a qual

[...] altera a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. Esta portaria acaba com a destinação de financiamento do MS para fins específicos, resumindo todo orçamento em “Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde” e “Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde” (Brasil, 2017i) permitindo aos gestores locais alocar as verbas da forma que considerarem mais conveniente (CRUZ, *et al*, 2020, p.07).

Sendo assim, torna-se mais fácil a migração de recursos originalmente destinados aos serviços de base comunitária, para os hospitais psiquiátricos ou para comunidades terapêuticas, exemplifica CRUZ (*et al*, 2020). Contudo, essas mudanças põem em risco, o financiamento de serviços essenciais como os CAPS (CRUZ, *et al*, 2020).

Mas, em 31 de janeiro de 2018, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou sua recomendação n.001 de revogação da portaria 3588, apresentando que, dentre outros fatores, ela fere a lei 8.142, ao ser publicada “sem consulta ou debate com a sociedade civil ou com o

Conselho Nacional de Saúde” e a lei 10.216, “[...] pois apresenta retrocessos à PNSM e propõe a desestruturação da lógica organizativa da RAPS, alterando, entre outros pontos: a inclusão do hospital psiquiátrico na RAP) [...]”(CRUZ, *et al*, 2020, p.08).

Entretanto, de acordo com o disposto no CFESS em 2018, no que se refere as Comunidades Terapêuticas,

[...] os serviços prestados pelas CTs (Comunidades Terapêuticas) confrontam-se com o disposto legalmente, pois a maioria não reúne condições de assistir adequadamente os/as usuários/as, considerando-se especialmente estratégias de redução de danos, pautando-se pela abstinência no processo de tratamento das pessoas que consomem drogas. Para Solange Moreira, o relatório é também uma forma de denúncia sobre o que ocorre nas comunidades terapêuticas, muitas pautadas por ações de isolamento, proibicionismo, exploração da força de trabalho (laborterapia), moralismo, entre outros (CFESS, 2018, s/p).

Esses dados foram apresentados a partir das fiscalizações realizadas pelos CRESS, pela coordenadora da Comissão de Orientação e Fiscalização (Cofi/CFESS), Solange Moreira. “O Conjunto CFESS-CRESS vem há algum tempo se posicionando contra as CTs, tendo em vista que se constituem espaços em que se reproduzem práticas manicomialis que contrariam o modelo de Política de Saúde Mental que defendemos”, explica Solange (CFESS, 2018, s/p).

Assim,

[...] amparado pelo projeto ético-político do Serviço Social e, principalmente, pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), o Conjunto tem reafirmado que o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva, ou que delas criam dependência, seja garantido no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), nos hospitais gerais e nos consultórios de rua (CFESS, 2018, s/p).

Neste contexto, com a posse de Jair Bolsonaro na presidência do Brasil em 2019, houve um intenso retrocesso no que se refere o âmbito da saúde mental no Brasil, devido à hospitalização em manicômio ter centralidade no Ministério da Saúde, onde este reorientou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e promoveu mudanças drásticas e polêmicas no tratamento da saúde mental no país, entre elas, “[...] a compra de aparelhos de eletrochoque para o Sistema Único de Saúde (SUS), internação de crianças em hospitais psiquiátricos e a abstinência como tratamento de pessoas dependentes de álcool e outras

drogas”, indo totalmente contra o que preza a política de redução de danos. (FIGUEIREDO, 2019, s/p.).

Representam atos de desrespeito à democracia e às conquistas históricas de luta com a Reforma Psiquiátrica, pois foram mais de três décadas até o Brasil conseguir implantar um modelo de saúde mental mais humanizado “[...], para o governo atual, retirar o protagonismo da política de redução de danos, após esforços do movimento de sanitaristas e de luta antimanicomial” (SIQUEIRA, 2019, s/p.).

Assim, o incentivo à hospitalização,

[...] altera radicalmente a proposta de cuidado psicossocial, tanto para saúde mental quanto para álcool e drogas, que vinha sendo adotada até o golpe de 2016. "Essas portarias e resoluções e, portanto, a nota técnica que é consequência delas fere a Lei 10. 216, que fala claramente que a internação em qualquer de suas modalidades no artigo 4º só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes" [...] (FIGUEIREDO, 2019, s/p.).

O governo Bolsonaro vem tomando decisões extremamente radicais desde o início do seu mandato, determinando alterações que vão totalmente contra os valores construídos ao longo do caminho da luta antimanicomial e às práticas mais humanizadas no tratamento e cuidado psicossocial, tanto para saúde mental quanto para álcool e drogas; além de estabelecer mudanças extremas também em outros âmbitos do país.

Desse modo, durante seu mandato presidencial, houve diversas alterações ministeriais, resultando em um total de 22 nomes que passaram pelo Palácio do Planalto, até o presente momento. Dentre as áreas que sofreram as maiores trocas, estão a educação, a saúde e a cultura, com a mudanças de três ministros em cada área. Entretanto, essas trocas causaram algumas consequências, principalmente na área da saúde, no qual ficou sem ministro no poder, estando apenas com o interino, durante quatro meses, em pleno avanço da pandemia do novo coronavírus no Brasil (SIMÕES, 2020).

No item seguinte, iremos abordar de forma mais aprofundada sobre as demais mudanças ministeriais no governo Bolsonaro no período da pandemia e o surgimento desta, no Brasil e no mundo, destacando os posicionamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) na caracterização da pandemia, crise sanitária a nível mundial e regional, para que assim, possamos ter uma relação de maior expansão sobre a pandemia, seus impactos na saúde mental e correlacionando estes aos posicionamentos do presidente Jair Bolsonaro.

2.3 Crise sanitária e a saúde mental na cena contemporânea

Entende-se por crise sanitária, uma crise que agrava a qualidade de vida e a saúde de milhares de pessoas, juntamente com as crises econômica, política, ecológica e climática. Assim,

[...] o conceito de crise sanitária surgiu por meio de uma análise da situação mundial, das consequências da crise ecológica e da desigualdade social, que é aprofundada com a crise. A maioria da população tem um nível de vida que está baixando em todos os sentidos, como a distribuição e tratamento da água ou a falta de trabalho que resulta em uma perda de dignidade. Isso causa muito mais doenças e problemas sanitários, que ainda são agravados pelas catástrofes climáticas. E não há resposta para esses problemas, porque há outro fenômeno em curso, a crise financeira causada pela dívida pública que é muito forte na Europa", afirma o facilitador do GT Saúde, Julien Terrie, membro das Conferências Europeias de Defesa da Saúde Pública e Proteção Social (JÚNIA, 2012, s/p).

Esta problemática também vem ocorrendo no Brasil, onde a crise sanitária proveniente do agravamento da pandemia da covid-19, evidenciou ainda mais os problemas sociais e econômicos enraizados na sociedade brasileira, atingindo de forma desenfreada todos os níveis da humanidade.

Desse modo, em 30 de janeiro de 2020, o diretor geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, informou em seu discurso em Genebra, na Suíça, que: “[...] nas últimas semanas, testemunhamos o surgimento de um patógeno até então desconhecido, que se transformou em um surto sem precedentes e que encontrou uma resposta sem precedentes” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020, s/p).

Para Jarbas Barbosa, vice-diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o nível de risco permanece alto para as Américas (OPAS, 2020, s/p). Assim,

[...] a declaração significa que o nível de alerta permanece muito alto. A Organização, em sua avaliação de riscos, já havia indicado que havia um risco muito alto para a China, para seus países vizinhos, e um risco alto para todos os países do mundo. O que muda agora é que, com esta declaração, mais recursos internacionais podem ser mobilizados para atuar na China, com o governo, para interromper a transmissão onde ela está ocorrendo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/OPAS, 2020, s/p).

O vírus continuou se alastrando por todo o mundo de maneira desenfreada. Em 29 de fevereiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já informava que o número de casos de coronavírus subiu para 85.403, depois de 1.753 novas confirmações. A situação já estava muito acima do que poderia imaginar.

Segundo o Ministério da Saúde (2020), a COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominada SARS-CoV-2, que apresenta uma variação desde infecções assintomáticas à quadros graves, sendo em sua maioria pacientes que “[...] desenvolvem sintomas leves (40%) ou moderados (40%), aproximadamente 15% podem desenvolver sintomas graves que requerem suporte de oxigênio e, cerca de 5% podem apresentar a forma crítica da doença, com complicações como falência respiratória [...]” (BRASIL, 2021).

[...] os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus que infectam animais podem infectar pessoas, como exemplo do MERS-CoV e SARS-CoV. Recentemente, em dezembro de 2019, houve a transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2), o qual foi identificado em Wuhan na China e causou a COVID-19, sendo em seguida disseminada e transmitida pessoa a pessoa (BRASIL, 2021, s/p).

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que: “[...] nas últimas duas semanas, o número de casos de COVID-19 fora da China, aumentou 13 vezes e o número de países afetados triplicou”. Afirma o diretor da OMS, concluindo que “[...] nos próximos dias e semanas, esperamos ver o número de casos, o número de mortes e o número de países afetados aumentar ainda mais” (OMS, 2020, s/p). De modo que,

[...] a OMS tem avaliado este surto 24 horas por dia e estamos profundamente preocupados tanto com os níveis alarmantes de propagação e gravidade, como com os níveis alarmantes de inação. Portanto, avaliamos que COVID-19 pode ser caracterizado como uma pandemia. Nunca vimos uma pandemia desencadeada por um coronavírus. Esta é a primeira pandemia causada por um coronavírus (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020, s/p).

Já no Brasil, o primeiro caso ocorreu dia 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo, tendo como primeiro acometido, um senhor de 61 anos, que havia chegado de uma viagem feito à Lombardia, na Itália. Em 17 de março do mesmo ano, houve a primeira morte por covid-19 no Brasil, confirmada no estado de São Paulo após 20 dias do primeiro caso no país. No mesmo

período em que o Brasil registrava 301 casos, o mundo se aproximava dos 234 mil casos da doença (HARDT, 2020).

Enquanto a pandemia do coronavírus se alastrava no país, paralelamente, aconteciam mais mudanças ministeriais no governo Bolsonaro, principalmente mudanças de Ministros da Saúde no Brasil, dentre os motivos para o ocorrido, destacam-se as discussões envolvendo as medidas de isolamento social no início da pandemia do covid-19 no país, onde Luiz Henrique Mandetta deixa seu comando da Saúde em abril de 2020, assumindo em seu lugar, Nelson Teich (SIMÕES, 2020).

A pandemia estava tomando um rumo tão alarmante, que em Alagoas¹⁸, foi necessário que o governo tomasse providências emergenciais, como a implantação de diversos Hospitais de Campanha e Centrais de Triagens, espalhadas em pontos estratégicos no estado, para atender toda a população. No dia 14 de abril de 2020, foi inaugurada a primeira Central de Triagem na capital, em Maceió/AL, localizada no Ginásio do Sesi, a segunda central de triagem é localizada no Shopping Pátio Maceió, no qual ambas recebem demandas espontâneas de pacientes com sintomas gripais. Cada local conta com consultórios, salas de coletas, poltronas de medicação, médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, farmacêutico e setor administrativo. Nessas centrais, os pacientes recebem o devido atendimento, e quando precisam de internamento, são encaminhados às unidades de referências (GLOBO, 2020).

Em 13 de abril de 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), de acordo com as diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), reserva a medida de isolamento social como método mais eficaz na prevenção à pandemia. Em contrapartida, tal posicionamento propiciou grandes discussões no Brasil, entre os que defendiam a medida de distanciamento e os que se preocupavam com as reduções lucrativas que essa medida iria ocasionar. Ao centro de tal discussão, mais vidas iam sendo sucumbidas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020).

Porém, a medida preventiva trouxe, também, dificuldades para aqueles que precisavam do salário para comprar alimentos, pagar suas obrigações e que se depararam com tal situação de distanciamento. Ficaram sem escolha, sem alimento e a grande maioria, sem emprego. Vale ressaltar que a situação econômica, é de extrema importância, mas, a proteção à vida deve estar em primeiro lugar.

¹⁸ Em Maceió/AL será nosso lócus de estudo.

E diante desta nova realidade, a sociedade se depara com alguns questionamentos pertinentes sobre o risco de contaminação do vírus, no embate entre priorizar sua vida e de seus familiares ou continuar trabalhando para garantir sua subsistência, em meio a uma pandemia? E é diante desse embate, que os profissionais, principalmente da área da saúde, que precisam estar na linha de frente no combate ao coronavírus, enfrentam diariamente, assim como tantas outras profissões.

Em 21 de abril de 2020, a situação estava ficando tão crítica que foi necessário fazer uso de valas coletivas para sepultamento, por exemplo, em Manaus, a capital brasileira do estado do Amazonas, a qual possuía o maior índice de contaminação pelo coronavírus; e em 28 de abril do mesmo ano, a prefeitura do estado anunciou que passaria a empilhar caixões em valas comuns, mais fundas, para conseguir acomodar mais corpos (HARDT, 2020).

E, diante deste contexto pandêmico, em maio de 2020 no Brasil, em menos de um mês no cargo, Nelson Teich pede sua exoneração, pelo mesmo motivo do ministro anterior, “[...] por divergências sobre medidas a serem adotadas durante a pandemia, incluindo as recomendações irrestritas do uso da hidroxicloroquina. O general Eduardo Pazuello, secretário executivo do ministério, foi escolhido para comandar a pasta de maneira interina, onde permaneceu desta forma durante quatro meses” (SIMÕES, 2020, s/p).

O que mais alarma tais mudanças, é o curto período em que os ministros permaneceram nos cargos, tais como: o vídeo do Ministro da Cultura contendo discurso nazista de 1933; a incompatibilidade de pensamentos do Ministro da Saúde com o presidente Bolsonaro, onde o ministro defendia fielmente o isolamento social como um dos meios de evitar a disseminação do coronavírus, indo contra os discursos do presidente¹⁹. Dentre as mudanças ministeriais que mais causou impacto no Governo Federal, foi a saída de Sérgio Moro do Ministério da Justiça, o qual acusou o presidente Jair Bolsonaro de interferência na Polícia Federal (SIMÕES, 2020).

Ao modo que tais fatos iam ocorrendo, o posicionamento que o presidente Jair Bolsonaro ia tomando frente a realidade crítica em que assolava o país em sua totalidade, era cada vez mais preocupante, visto suas atitudes diante da calamidade vivenciava.

Somente em 5 de maio de 2020, as capitais do Brasil adotaram a obrigatoriedade do uso de máscaras em locais públicos. Período este em que o país já ponderava mais de 100 mil infecções pelo coronavírus, e após 3 meses, no dia 19 de junho do mesmo ano, segundo o site

¹⁹ Segundo a fala do presidente, “[...] pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, nada sentiria ou seria acometido, quando muito, de uma gripezinha ou resfriadinho, como bem disse aquele conhecido médico, daquela conhecida televisão (UOL, 2020, s/p).

WorldMeters, o Brasil registrou 1.032.913 infecções pelo novo coronavírus e 48.954 mortes (HARDT, 2020).

Em Alagoas/AL, no mês de maio de 2020 foram registrados 2.761 casos confirmados de coronavírus e 164 mortes. Muitos hospitais já não comportavam mais o número imenso de pacientes, mesmo o Estado aplicando o decreto de isolamento social iniciado em março de 2020. Na capital, um hospital de grande porte como o Arthur Ramos, já informava na entrada da urgência que não haviam mais vagas para pacientes com covid-19; assim como algumas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de Alagoas (ESTADÃO CONTEÚDO, 2020).

A cada dia que se passava, o avanço da covid-19 foi crescendo de maneira exacerbada ao ponto que os hospitais não suportaram tamanha demanda, e grande parte deles ficaram sem leitos por todo o mundo. O Brasil só ficou atrás do Reino Unido, México e Nigéria. Tal situação contribuiu consideravelmente com o número de óbitos, uma vez que, sem os devidos acompanhamentos e intervenções médicas de maneira imediata, é impossível uma recuperação em casos mais graves (VIEIRA, 2020).

No SUS, atender as multidões de agora é um desafio colossal. Apenas 10% das cidades brasileiras têm a quantidade mínima de UTIs recomendada pela Organização Mundial da Saúde — de um a três leitos para cada 10 000 habitantes (CERQUEIRA, *et al*, 2020, s/p).

Com as carências que há décadas perpassam o SUS, não haverá tempo para serem programados mecanismos capazes de resolver com urgências essas falhas diante do “colapso no sistema de saúde”. Logo, alternativas para que toda a população pudesse ser atendida em sua totalidade, tiveram que ser adotadas, entre elas a entrega dos hospitais de campanha, sendo esta a medida que mais se fez presente (CERQUEIRA, *et al*, 2020).

[...] os hospitais de campanha são centros de assistência médica construídos durante emergências de saúde pública, como a atual pandemia. Apresentam caráter temporário e geralmente são erguidos em locais não convencionais, como estádios de futebol e centros de convenção (RODRIGUES, *et al*, 2020, s/p).

Tais hospitais evitaram que o colapso fosse ainda maior, pois nestes casos o público alvo de atendimento seriam pacientes com sintomas gripais, e acometidos com covid-19. Para isso uma equipe de apoio e assistência é necessária no local como médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos são os principais profissionais nesses ambientes (MELLO, 2020).

Outro agravante oriundo do aumento de casos da covid-19 e superlotações em hospitais, é a falta de cilindros de oxigênio nos leitos, elevando drasticamente o número de óbitos. Em Manaus a situação é alarmante, pois a produtora do Estado, a White Martins, já

opera no limite de sua capacidade, que, atualmente, é de 28 mil metros cúbicos (m³) por dia. Porém, devido ao aumento das internações de acometidos com a covid-19, chegou a 76 mil m³ por dia. De modo, que

[...] os hospitais viraram câmaras de asfixia". [...] "Há informações de que uma ala inteira de pacientes morreu sem ar" completou o pesquisador da Fiocruz Amazônia, Jesem Orellana, que alertou ainda para a possibilidade de sequelas cerebrais permanentes em "pacientes que conseguem sobreviver (IG SAÚDE, 2021, s/p).

Logo, foi necessário que outros estados, países, empresas privadas e até mesmo artistas, se mobilizarem para doar cilindros de oxigênios para Manaus, na busca por evitar que mais vidas fossem perdidas (GLOBO, 2021).

Em dia 22 de maio de 2020, o Hospital de Campanha Dr. Celso Tavares passou a fazer parte da rede pública hospitalar do estado de Alagoas, atendendo exclusivamente a pacientes que estejam com a covid-19 e que já tenham sido regulados conforme avaliação médica criteriosa, em postos de saúde, clínicas sentinelas, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e centrais de triagens. O Hospital ficou localizado no Centro Cultural e de Exposições Ruth Cardoso, no bairro do Jaraguá (SANTOS, 2020)

Enquanto os testes rápidos, tão cruciais para que a população pudesse tomar os devidos cuidados, não foi dada a devida atenção pelo Governo Federal, os testes chegaram a ficar parados sem que fossem distribuídos pelo Estado. Indo mais uma vez de encontro a Organização Mundial da Saúde (OMS) que sempre deixou evidente a importância de tais medidas para a contenção do vírus (VALERY, 2020).

O presidente Jair Bolsonaro²⁰, apesar de não ter formação médica, veio a público defender e fazer propaganda do uso de medicamentos como: Ivermectina, Nitazoxanida e Cloroquina, alegando serem indicados para prevenção da covid-19, ainda que sem nenhuma comprovação científica de sua eficácia, visto que se tratam de medicamentos indicados para outros fins. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no entanto, não recomenda o uso de tais medicamentos para o tratamento da covid-19 uma vez que: "[...] o uso de medicamentos sem orientação médica e sem provas de que realmente estão indicados

²⁰ Ao testar positivo para a covid-19 em julho de 2020, Jair Messias Bolsonaro afirma: "Eu estou impaciente, mas vou seguir os protocolos. O cuidado mais importante é com seus entes queridos, os mais idosos. Os outros também, mas não precisa entrar em pânico. A vida continua"; "Lamento as mortes. Morre gente todo dia, de uma série de causas. É a vida"; "Tudo agora é pandemia, tem que acabar esse negócio, pô"; "Gripezinha" e "resfriadinho" também fizeram parte de suas falas (UOL, 2020, s/p). Em uma de suas falas, o presidente afirma que, "[...] Obviamente temos no momento uma crise, uma pequena crise. No meu entender, muito mais fantasia. A questão do coronavírus, que não é isso tudo que a grande mídia propala ou propaga pelo mundo todo (BRUM, 2021, s/p).

para determinada doença traz uma série de riscos à saúde” (CASTANHO; MILITÃO, 2021, s/p).

Entretanto, o presidente Jair Bolsonaro afirma que: “[...] esses de tratamento precoce, Ivermectina, Hidroxicloroquina, Annita, seja o que for... não tem efeito colateral, por que não tomar?”. Tais discursos, ações e negacionismos do governo claramente intensificaram o alastramento da doença no país de tal forma que chegamos a maior crise sanitária da humanidade em mais de 100 anos (CASTANHO; MILITÃO, 2021, s/p).

Em Alagoas, no mês de setembro de 2020, devido às medidas de segurança adotadas para a prevenção da covid-19, o estado apresentou uma queda no número de procuras por leitos, e casos de contaminação oriunda do vírus. E no dia 28 de setembro de 2020, o governador do estado de Alagoas deixou em “stand by” o Hospital de campanha Dr. Celso Tavares em Maceió/AL, deixando claro que poderia ser reativado caso os números relacionados à pandemia em Alagoas voltassem a crescer (TORRES, 2020).

Em novembro de 2020, os casos de covid-19 começaram a subir novamente em Alagoas, de tal forma que o governador Renan Filho precisou inaugurar 25 leitos de UTI no Hospital da Mulher, em Maceió, e voltou a reforçar a importância do distanciamento social, e medidas de higiene (BATISTA, 2021).

Visto o contexto alarmante atual, estava-se à espera da vacina que pudesse conter o vírus da covid-19, e os cientistas do mundo tinham o mesmo objetivo: produzir uma vacina segura e capaz de imunizar toda a população. Porém, no Brasil, o presidente Jair Bolsonaro vem demonstrando sua insatisfação²¹ com a obrigatoriedade da vacina, ao afirmar que: “[...] ninguém pode ser obrigado a tomar a vacina”. Em outubro de 2020, ele cancelou um acordo de cerca de R\$ 2 bilhões do Ministério da Saúde para aquisição das doses da vacina Sinovac, tendo como fabricante a China. Bolsonaro afirmou que “[...] da China, nós não compraremos. É decisão minha. Eu não acredito que ela transmita segurança suficiente para a população pela sua origem. Esse é o pensamento nosso” (UOL, 2020, s/p).

Houveram perdas imensuráveis em todo o mundo por se tratar de uma doença infecciosa causada por um coronavírus recém-descoberto e que até o momento, foram criadas vacinas para conter a propagação do vírus e que ainda estão em processo de seletividade na distribuição destas, a partir de faixas etárias e camadas populacionais de maior risco e

²¹Enquanto o presidente Bolsonaro, desde o início da pandemia carregava em suas falas, discursos como: “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre”; “Não adianta fugir disso, fugir da realidade. Tem que deixar de ser um país de maricas. Olha que prato cheio para a imprensa. Prato cheio para a urubuzada que está ali atrás. Temos que enfrentar de peito aberto, lutar. Que geração é essa nossa?” (UOL, 2020, s/p).

vulnerabilidade ao vírus. Somente em 19 de novembro de 2020, chegaram no Brasil as primeiras 120 mil doses de vacina contra a covid-19, denominada Coronavac, (UOL, 2020).

O ano de 2020 finda com um total de 7.619.200 casos confirmados e 193.875 vítimas da covid-19 por todo o Brasil, sendo o segundo país com mais mortes no mundo, de acometidos com a covid-19, deixando claro que a pandemia não acabou, e que os cuidados devem permanecer com bastante rigor, mesmo com o início da vacinação (HARDT, 2020).

Diante das situações supracitadas, fica notório a calamidade que acomete o mundo, e o quanto todos esses acontecimentos implicam na saúde mental da sociedade. O medo de perder o emprego, de ser contaminado, de perder familiares, ficar sem o contato físico, afeta principalmente a saúde mental da população, ao desencadear principalmente reações como raiva, depressão, ansiedades, dentre outros (MARI, 2020).

Jamais será esquecido pois, vem trazendo sequelas, principalmente aos que perderam parentes, amigos e os profissionais que estiveram na linha de frente no enfrentamento do vírus, em busca de oferecer suporte aos acometidos pelo novo coronavírus, ainda que para isso, tivessem que se arriscar, uma vez que, a precariedade de equipamento de proteção individual ficou ainda mais evidente, fazendo com que muitos profissionais viessem à óbito devido a contaminação.

Mediante esta situação que acometia os profissionais de todas as áreas, principalmente à da saúde, remetemos à Constituição Federal de 1988 e à Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), onde consta que é de responsabilidade de toda empresa ou organização, preservar a saúde e a segurança do trabalhador, além de outras questões que possam afetar suas atividades, incluindo também o que dispõe a Lei Orgânica do SUS, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, acerca da promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 2020).








No que se refere os critérios de acesso aos equipamentos de segurança, este irá depender da função desempenhada por cada profissional. No entanto,

[...] em geral, os EPIs que devem ser disponibilizados pelos serviços e utilizados pelos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 são: 1) gorro; 2) óculos de proteção ou protetor facial; 3) máscara; 4) avental impermeável de mangas compridas; 5) luvas de procedimento. Com relação ao tipo de máscara, para procedimentos geradores de gotículas utilizar a máscara cirúrgica e utilizar as de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 μ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) sempre que realizar procedimentos geradores de aerossóis como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação

cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro, coletas de amostras nasotraqueais e broncoscopias (BRASIL, 2020, p.21).

Na tabela 2 abaixo, consta os cuidados de higiene e os equipamentos de proteção individual (EPIs) que devem ser fornecidos e utilizados pelos profissionais, de acordo com os serviços de saúde prestados à população, especificamente durante a pandemia.

Tabela 2: Cuidados de higiene e equipamentos de proteção individual (EPIs) que devem ser fornecidos e utilizados pelos trabalhadores dos serviços de saúde

Trabalhadores envolvidos nos atendimentos	Equipamentos de Proteção Individual						
							
Triagem (se não for possível manter a distância mínima de um metro dos pacientes com sintomas gripais): Incluem-se recepcionistas, ACS, seguranças....)	X	X					
Avaliação e atendimento de casos suspeitos (técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos....)	X	X	X	X	X		
Procedimentos geradores de aerossóis (técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos....)	X		X	X	X	X	X
Manejo de Pacientes Críticos (Emergência e UTI)	X		X	X	X	X	X
Atividades de apoio realizadas a menos de 1 metro dos pacientes suspeitos ou confirmados	X	X	X	X	X		

Fonte: Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. Ministério da Saúde. 2020.

Outros pontos ficaram ainda mais evidentes, diante da situação supracitada. Um deles, a desigualdade social presente no Brasil, a qual exacerba a vulnerabilidade e risco social da classe trabalhadora. O que triplicar o número de usuários que necessitam de auxílio para uma vida digna e saudável, pois as bases fundamentais de subsistência - alimentação, de saúde, financeiro - e funerário, sofreram um ataque drasticamente, devido à crise estrutural proveniente da pandemia da covid-19 no país.

Como resposta emergencial do governo Federal ao aumento na taxa de desemprego e pobreza exacerbada pela pandemia do novo coronavírus, foi criado o auxílio emergencial que consiste em um benefício destinado aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI), autônomos e desempregados, e que pertença a família o qual a renda familiar total seja de até 3 salários mínimos, equivalente a R\$ 3.135,00. O pagamento se dá através da Caixa Econômica Federal, tendo como origem dos recursos para pagamento, o

Governo Federal, por intermédio do Ministério da Cidadania (BRASIL, 2021). Para receber este auxílio emergencial é necessário que:

- [...] - Atenda às regras do Auxílio, quem já está cadastrado no Cadastro Único (CadÚnico), ou recebe o benefício Bolsa Família, receberá o benefício automaticamente, sem precisar se cadastrar.
- As pessoas que não estão cadastradas no Cadastro Único, mas que têm direito ao Auxílio, poderão se cadastrar no aplicativo ou site do Auxílio Emergencial.
- O cadastro será analisado e o resultado da solicitação poderá ser acompanhado pelo próprio site ou aplicativo Auxílio Emergencial.
- Assim que o pagamento for efetuado, o usuário pode acessar a sua Conta Poupança Social pelo aplicativo CAIXA TEM.
- Os valores disponíveis nas contas digitais podem ser transferidos ou sacados, de acordo com o calendário de pagamentos.
- Caso o cidadão tenha informado outra conta para crédito, ou tenha recebido a primeira parcela em conta já existente na CAIXA ou Banco do Brasil, o crédito da segunda parcela será antecipado em conta poupança social aberta automaticamente, e os valores que não forem utilizados digitalmente serão creditados nessa conta de recebimento da primeira parcela, de acordo com o calendário de pagamentos (BRASIL, 2021, s/p).

De acordo com os dados levantados pelo IBGE, até o dia 12 de novembro de 2020 no Brasil, quase 52 milhões de brasileiros viviam na pobreza (GLOBO, 2020), o que consiste em:

[...] um dos mais conhecidos indicadores de desigualdade é o Índice de Gini. Ele varia de zero, que representa a perfeita igualdade, até 1, a desigualdade máxima. No Brasil, o índice ficou em 0,543. No ranking internacional da desigualdade, o Brasil ocupa a posição 156, abaixo de Botsuana, na África, Colômbia e México (GLOBO, 2020, s/p).

Logo, fica evidente que a pandemia não afeta a todos de forma igualitária. Uma vez que grande parte da população sofre com a precarização de abastecimento de água; moradias próximas a esgotos, o qual indica a falta de saneamento básico; casas muito pequenas com pouca ventilação, dificultando o isolamento social; entre outros fatores que exemplificam a real desigualdade e o não acesso a cuidados que são de suma importância na prevenção da covid-19 (CASAZZA, 2020).

Devido à pandemia, oriunda da covid -19, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe aponta que terá a maior contração da atividade econômica na história da região desde 1914 e 1930, e que a crise provocará no médio prazo, mudanças estruturais na organização produtiva, no comércio internacional e no atual modelo de globalização. Além de

intensificar problemas tais como: a taxa de desemprego que ficará, no ano de 2020, em torno de 11,5%, deixando 37,7 milhões de desempregados (CEPAL, 2020).

O setor das pequenas e médias empresas (PMEs), também, foi, numerosamente, afetado pela crise. Com isso, acentua outros fatores, como a desigualdade de gênero, no que tange a violência doméstica; a sobrecarga de trabalho não remunerado, majoritariamente de mulheres; a taxa de pobreza que passou de 30,3% para 34,7 % significando um aumento de 29 milhões de pessoas em situação de pobreza, se exacerbou. As projeções da CEPAL, apresenta que, a extrema pobreza cresceria 2,5 pontos percentuais, passando de 11,0% para 13,5%, representando um aumento de 16 milhões de pessoas (CEPAL, 2020). Assim,

[...] reforça, ainda, a necessidade de efetivação da Seguridade Social pública no Brasil, por meio da implementação articulada de políticas públicas de saúde, assistência social, saneamento, habitação, previdência social, alimentação, trabalho e renda. Para isso, é preciso revogar a EC nº 95 e liberar mais recursos orçamentários para o SUS e para todas as políticas sociais, trazendo de volta os R\$7 bilhões retirados da saúde entre os anos de 2017 e 2018 (CFESS, 2020, p. 01).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), também está à frente de estudos que evidenciem os impactos causados pela pandemia, e relata sobre a dificuldade alarmante que terá para manter ao menos o nível do PIB que existia em 2019, visto que se mantivesse uma taxa de crescimento médio do produto interno bruto (PIB) regional de 3,0%, só se atingiria em 2023 o nível do PIB que existia em 2019. Entretanto, com a taxa média apresentada na última década (1,8%), o nível do PIB de 2019 só seria alcançado em 2025. E com a taxa média registrada durante os últimos seis anos (0,4%) não seria atingido na próxima década (CEPAL, 2020). Assim,

[...] além de apresentar cifras sobre a dinâmica do mercado de trabalho nos últimos meses, especialmente nos dois primeiros trimestres de 2020, o relatório conjunto CEPAL-OIT indica que por diversas razões, entre as pessoas que foram fortemente afetadas pela crise da saúde se encontram as mulheres, os jovens e os imigrantes. Especificamente, a segunda parte do documento examina a forma em que os jovens foram afetados na atual conjuntura do trabalho (CEPAL, 2020, s/p).

As alternativas encontradas pelas instituições supracitadas na busca por minimizar os danos causados, seriam políticas macroeconômicas, setoriais, ambientais acompanhadas por

políticas industriais e tecnológicas para construir capacidades produtivas nacionais, e aumentar a competitividade (CEPAL, 2020).

Ao explicar as informações supracitadas, fica notória a gravidade que a pandemia causa e ainda causará à nível mundial, no que reporta também a economia, e a forma negativa que ela se repercute na sociedade. No Brasil, ainda que diante de um cenário tão drástico, mais uma vez, nos deparamos com um retrocesso dos direitos provenientes aos acometidos com transtornos mentais.

Dado que o Ministério da Saúde (MS) por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTS) criou um grupo responsável por revisar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que através de um documento com 34 páginas demonstra, claramente, as divergências do modelo de atenção psicossocial, estabelecidas pela Reforma Psiquiátrica e instituídas pela Lei 10.216/01. Tal situação implica em mecanismo de suma importância aos usuários, uma vez que estes precisam cada dia mais de meios capazes viabilizar direitos, ao mesmo modo que acompanham esses desmontes tão cruciais aos mesmos (GIUNTINI e SANTOS, 2020).

Tais propostas supracitadas, vão desmontando um dos princípios do SUS que seria a universalidade do acesso, ao regredir programas tão significativos no acolhimento e direitos, dentro da política de saúde mental, como o da RAPS e entre outros cuidados tão primordiais para pessoas em situação de rua e/ou que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, e acometidos com transtornos mentais (GIUNTINI e SANTOS, 2020). De modo que,

[...] a RAPS é a rede mais complexa e diversa do SUS: não só inclui serviços diferentes, como assume que é responsabilidade da saúde reparar danos históricos causados, de forma iatrogênica, à vida daqueles que foram confinados em manicômios. Deliberadamente, a RAPS não inclui os hospitais psiquiátricos, em função das inúmeras publicações nacionais e estrangeiras que ao longo da história atestaram sua ineficácia, bem como a persistência de violações dos direitos humanos dos internados, características agora estendidas às comunidades terapêuticas, como têm comprovado recentes relatórios e denúncias públicas (ABRASCO, 2020, s/p).

Tais mudanças implicam diretamente na vida dos que mais fazem uso, principalmente devido à pandemia e aos sofrimentos psíquicos que evidenciaram tanto nesse momento. Mas, estes se deparam com retrocessos ao trazer o retorno da lógica manicomial, a não valorização da rede de atendimento comunitário e os desmontes dos direitos garantidos após tantas lutas. Assim,

[...] dentre os aspectos modificados constam o retorno ao financiamento público de Hospitais Psiquiátricos, aumento do financiamento de Comunidades Terapêuticas, além da oferta do procedimento eletroconvulsoterapia (ECT), o famigerado “eletrochoque”, cuja compra de aparelhos passou a ser financiada pelo Ministério da Saúde. Estas ações certamente visavam atender aos interesses e pressões da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Médica Brasileira, bem como de setores das igrejas evangélicas responsáveis pela manutenção de “comunidades terapêuticas”, instituições de confinamento e “tratamento” moral de usuários de drogas e outros problemas considerados “desvios de conduta” (MOTA; TEIXEIRA, 2020, p.05).

Toda essa ideia de retrocesso nos faz crer, baseados em todos os acontecimentos explanados, que o Governo Federal não está caminhando junto aos direitos assistenciais que enriqueçam as atenções voltadas à saúde mental. Do contrário, beneficia seus apoiadores, evidenciando sua parcialidade, diante de um contexto que deveria ser visto com tanta importância, mas que os reais números de pessoas com sofrimento psíquico são cada vez mais maquiados. Assim, entende-se que,

[...] os serviços voltados para a proteção e promoção da saúde mental devem ser política pública e não serem tratados como mercadorias ou como espaço para privilegiar as bases que apoiaram o governo Bolsonaro, diz Madalena Margarida Silva, Secretária de Saúde do Trabalhador (ACCARINI, 2020, s/p).

Os CAPS por exemplo que são tão cruciais nos acolhimentos, desenvolvimento, e prestação de serviços aos usuários, ficariam responsáveis, apenas pela reabilitação, tornando-se, assim, serviços de assistência social, e não mais de saúde pública; além da ideia de findar o CAPS AD (OLIVEIRA, 2020). Uma fala que demonstra a preocupação dos profissionais,

[...] eu sou psicóloga e sei q nem todos conseguem ter acesso à minha profissão. Sei da importância do CAPS ao acesso gratuito ao profissional da Psicologia e Psiquiatria e o governo quer desmontar a saúde mental no Brasil, disse uma das profissionais da área que se manifestaram no Twitter (ACCARINI, 2020, s/p).

Tal proposta de desmonte da RAPS, faz com que as comunidades terapêuticas ganhem apoio do presidente Bolsonaro, sendo estas, entidades que “[...] atuam junto a jovens usuários de drogas em situação de tratamento. E são, em grande maioria, ligadas a igrejas”, sendo um ambiente em que prioriza a punição em detrimento da recuperação. Destarte,

[...] esses financiamentos em nível nacional priorizam a internação porque ela cria uma falsa dicotomia entre abstinência e redução de danos, que é a política do SUS. A política de redução de danos foi feita no campo da saúde mental e em conjunto com pacientes. As CTs vão de encontro a isso, produzem uma orientação através da fé. Aliado a isso, temos uma Alerj que pensa o tema de forma similar às armas e ao genocídio na segurança pública", avalia a advogada, pesquisadora e mestre em Direito, Natália SantAnna. (MIRANDA, 2020, s/p).

O CNS (Conselho Nacional de Saúde) demonstrou seu repúdio através de uma nota pública, às propostas de revisão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de mudanças no modelo assistencial em saúde mental no país (COLLUCCI, 2020). Desse modo,

[...] o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (Cism), vem a público repudiar propostas de revisão da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e de mudanças no modelo assistencial em saúde mental, com base no documento "Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil". O documento representa retrocessos sustentados por um modelo biomédico psiquiátrico centralizador e hospitalocêntrico diante do processo de Reforma Psiquiátrica, o Modelo de Atenção Psicossocial e a Desinstitucionalização no Brasil (CNS, 2020, s/p).

Enquanto em nota, o Ministério da Saúde faz questão de deixar claro sua insatisfação com o grande número de portarias, uma vez que, em sua visão, muitas delas são obsoletas, dificultando o trabalho de monitoramento e consolidação das políticas de saúde mental (COLLUCCI, 2020).

Em meio aos retrocessos na área da saúde mental no país, em 2021 inicia-se a vacinação contra a covid-19 no Brasil,

[...] a vacinação teve início pelos grupos prioritários da chamada fase 1: trabalhadores de saúde, pessoas institucionalizadas (que residem em asilos) com 60 anos de idade ou mais, pessoas institucionalizadas com deficiência e população indígena aldeada (VILELA, 2021, s/p).

A primeira pessoa a ser vacinada contra a covid-19 no Brasil, foi a enfermeira Mônica Calazans, de 54 anos. Ela trabalha no Hospital Emílio Ribas, referência no tratamento de Covid-19 no país. E apesar de ser do grupo de risco devido a problemas de saúde, a mesma

escolheu trabalhar no hospital, afirmando que: “[...] a vocação falou mais alto” (BADDINI; FERNANDES, 2021, s/p).

Em Alagoas, 87.760 doses da Vacina Coronavac chegaram no dia 18 de janeiro de 2021, e foram recebidas pelo governador Renan Filho e o secretário de Estado da Saúde, Alexandre Ayres no Aeroporto Internacional Zumbi dos Palmares, em Maceió. Imediatamente no dia seguinte, já foi dado início à vacinação, a qual ficou dividida entre os profissionais da saúde que atuam na linha de frente do combate ao novo coronavírus e os idosos residentes em abrigos; para esse primeiro grupo foram 71.080 doses disponíveis; e para os indígenas aldeados, foram recebidas 16.680 doses (CARVALHO, 2021).

A cerimônia que marcou o início da vacinação em Alagoas ocorreu no Hospital Metropolitano, no dia 19 de janeiro de 2021. A primeira pessoa vacinada foi a Assistente Social, Marta Antônia de Lima de 50 anos. Ela trabalha no Hospital da Mulher, na linha de frente no combate à pandemia e demonstrou muita emoção com o ocorrido (GLOBO, 2021).

O mês março de 2021, foi um mês bastante movimentado no que se refere as reformas ministeriais realizadas pelo presidente Jair Bolsonaro, inicialmente houve mais uma alteração entre Ministros da Saúde, onde em substituição ao general Eduardo Pazuello, o médico cardiologista Marcelo Queiroga assumiu a pasta. E já no dia seguinte da sua posse, “[...] Queiroga concedeu entrevista e destacou a importância da população se engajar nas medidas de prevenção à covid-19, incluindo o uso de máscaras e distanciamento social” (VERDÉLIO, 2021, s/p).

E, a mudança mais recente, ocorreu no dia 29 do mesmo mês, uma reforma ministerial de amplitude surpreendente, contando com seis trocas no primeiro escalão do governo. Dentre os 22 ministérios do governo, houve alteração na Casa Civil da Presidência da República, no Ministério da Justiça e da Segurança Pública, no Ministério da Defesa, no Ministério das Relações Exteriores, na Secretaria de Governo da Presidência e na Advocacia-Geral da União (GLOBO, 2021).

Para os parlamentares, segundo a notícia da BBC News (2021), essas mudanças ministeriais e as decisões e posições radicais do presidente tem causado o isolamento do Brasil no cenário internacional, dificultando acordos para importação de mais vacinas contra a covid-19 (BBC NEWS, 2021).

Ainda no mês de março, o presidente “[...] demitiu os comandantes do Exército, da Marinha e da Aeronáutica – a primeira vez na história que isso acontece, na maior crise militar no país desde 1977 (LUCENA *et al*, 2021, s/p)”. E de acordo com a entrevista do

professor de economia política internacional da UFRJ, José Luís Fiori, ao Brasil de Fato, afirma:

[...] do jeito que as coisas estão e com a velocidade que está tomando a pandemia, a destruição econômica e a miséria da população, acho que muito mais cedo do que tarde o próprio Centrão abandonará o barco, e neste caso é muito provável que tomem o caminho do impeachment. Mas, se as coisas tomarem este caminho, acho que antes os próprios militares se encarregarão de retirar esse senhor da Presidência, obrigando-o a renunciar ou o levando para ser internado (LUCENA, *et al*, 2021, s/p).

Para o professor Fiori, as mudanças ministeriais do governo Bolsonaro significam uma grande derrota e um passo em falso, visto “[...] a soma da catástrofe sanitária com o descalabro econômico, o isolamento internacional e a desintegração moral da sociedade brasileira” (LUCENA *et al*, 2021, s/p). Assim,

[...] o país está inteiramente desgovernado em meio à maior crise sanitária de sua história, e está assistindo a paralisia e destruição de sua economia, e da própria infraestrutura física, com o fechamento de milhares de empresas, saída de capitais cada vez mais acelerada e tudo isto sobre o cadáver de mais de 300 mil brasileiros e cerca de um milhão e meio de brasileiros atingidos pela perda de seus entes queridos e muitas vezes responsáveis pelo sustento de famílias inteiras (LUCENA, *et al*, 2021, s/p).

Em suma, a pandemia do novo coronavírus que acometeu a nível mundial milhares de cidadãos, trouxe sequelas memoráveis tanto para os cidadãos que tiveram que passar por uma experiência inusitada da pandemia, além das perdas de entes queridos e amigos, houve as perdas do âmbito financeiro, os quais afetou além da saúde física (os sintomas da covid-19), a saúde mental visto os acontecimentos dolorosos perpassados desde 2020, com o início da pandemia, até os dias atuais. Além das consequências drásticas para a população em sua totalidade, houve também, as alterações no sistema econômico-político-social, com o governo Bolsonaro, como foi detalhado.

A seguir, trataremos acerca da atuação do Serviço Social, abordando, suas demandas, as condições de trabalho, os limites e possibilidades na saúde mental, no contexto da pandemia da covid-19.

3. ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: CONDIÇÕES DE TRABALHO E AS DEMANDAS PROFISSIONAIS

3.1 O Serviço Social na Saúde Mental no Brasil

O assistente social é considerado um profissional da área da saúde, conforme expõem a resolução do CFESS nº 383/99, e também estabelece espaço no âmbito da saúde mental. Destarte,

[...] - Considerando que se atribui ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde;

- Art. 1º - Caracterizar o assistente social como profissional de saúde.
- Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções (CFESS, 1999, p. 02).

Para que possamos compreender o processo de intervenção e o saber profissional no campo da saúde mental, é necessário partir do princípio da sua origem na saúde mental. (APPEL, 2017). Influenciado pela doutrina social da Igreja e pelo Movimento de Higiene Mental, nos anos de 1940, o Serviço Social deu início em sua atuação no campo da saúde mental” (GUIMARÃES, apud APPEL, 2017, p. 03). Sendo,

[...] entre os anos de 1930 a 1945, período do surgimento da profissão de Serviço Social no Brasil com a influência Europeia, a área da saúde, apresenta-se, como a área de menor concentração no quantitativo de profissionais, apesar de algumas escolas terem surgido motivadas por demandas do setor. A formação profissional, também se pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à Saúde (BRAVO; MATOS, 2004, p. 02).

Esta realidade, apenas vai ser alterada, a partir de 1945, ao ocorrer a expansão do Serviço Social no país e as mudanças no panorama internacional, em função do fim da 2ª Guerra Mundial. Fazendo com que nesta década, a ação profissional na saúde, também fosse ampliada, transformando-se, no setor que mais vem absorvendo os assistentes sociais. A influência norte-americana na profissão substituiu a europeia, a qual marcou a conjuntura

anterior no nível da formação profissional, proveniente da alteração curricular, como nas instituições prestadoras de serviços. Em que,

[...] além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, o “novo” conceito de Saúde, elaborado em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social (BRAVO, MATOS, 2006, p. 28-29).

Com a consolidação desses preceitos no campo da saúde no país, o assistente social passou a ter uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida dos usuários, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da saúde. Além de atuar nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Utilizando-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Os assistentes sociais são orientados e norteados por direitos e deveres éticos constantes no primeiro Código de Ética Profissional do Assistente Social, elaborado pela ABAS – Associação Brasileira de Assistentes Sociais, em 1948, mediante os fundamentos norteadores de bases neotomistas e positivistas fortemente presentes na época (CFESS, s/a). Visto que,

[...] o Serviço Social foi uma das primeiras profissões da área social a ter aprovada sua lei de regulamentação profissional, a Lei 3252 de 27 de agosto de 1957, posteriormente regulamentada pelo Decreto 994 de 15 de maio de 1962. Foi esse decreto que determinou, em seu artigo 6º, que a disciplina e fiscalização do exercício profissional caberiam ao Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) e aos Conselhos Regionais de Assistentes Sociais (CRAS) (CFESS, s/a s/p).

Com a regulamentação do Decreto 994 de 15 de maio de 1962, há a criação do CFAS e dos CRAS, hoje, denominados CFESS e CRESS. A partir da criação do CFAS, um novo

Código é aprovado em 1965, passando a ter um caráter legal, assim como as reformulações posteriores em 1975, 1986 e 1993. Visando a negação da base filosófica tradicional conservadora, a qual norteava a "ética da neutralidade", surgindo então um novo papel profissional, competente teórica, técnica e politicamente, além do fortalecimento da classe por um novo projeto profissional. (CFESS, s/a).

Entretanto,

[...] no ano de 1964, inicia-se com a Ditadura Militar, “com as reformas da saúde e previdência promovidas – com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada – ocorreu um aumento do número de hospitais psiquiátricos” (GUIMARÃES, 2013, p. 4), a doença mental passou a favorecer lucros neste contexto histórico, favorecendo a atuação de Assistentes Sociais na área de Saúde Mental (GUIMARÃES, 2013, p. 03 apud APPEL, 2017, p. 3).

Com o advento da Reforma Psiquiátrica em 1978, o foco da saúde mental que antes eram os hospitais e asilos psiquiátricos, passou para “[...] a substituição por outros serviços psicossociais abertos e comunitários, atendendo as necessidades individuais dos usuários com transtorno mental com uma abordagem mais humanizada” (APPEL, 2017, p.03).

[...] o Serviço Social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento mais geral da sociedade. O trabalho profissional continuou orientado pela vertente “modernizadora”. As produções teóricas, apesar de restritas na área, também não romperam com essa direção (BRAVO; MATOS, 2004, p. 06).

Mediante a crise econômica, durante o período de ditadura militar no Brasil, há uma ampliação no movimento da saúde coletiva, com a instituição da Reforma Sanitária; assim como houve no Serviço Social, uma ampliação do debate teórico, voltadas a temáticas envolvendo o Estado e as políticas sociais fundadas no marxismo. Gradualmente, a profissão vai passando por um processo de negação do Serviço Social Tradicional, surgindo, assim uma intensa disputa pela nova direção emergente da profissão (BRAVO; MATOS, 2004). Destarte,

[...] esta década é fundamental para o entendimento da profissão hoje, pois significa o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria - intenção de ruptura - e, com isso, a interlocução real com a tradição

marxista. No entanto, os profissionais desta vertente se inserem, na sua maioria, nas Universidades, onde dentro do processo de renovação da profissão, pouco efetivamente intervêm nos serviços. Se o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças conseguem apresentar na intervenção. Sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 80. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde - o maior campo de trabalho (BRAVO; MATOS, 2004, p. 08).

Em 1988, com a implementação da Constituição Federal, “há a descentralização do Estado e o estabelecimento da Assistência Social no tripé da Seguridade Social, o qual assegura o direito às garantias fundamentais, incluindo a Saúde e a Previdência Social” (APPEL, 2017, p.04).

Os projetos políticos na área da saúde no Brasil, pertinentes nos anos de 1990, constroem para a profissão duas bases contraditórias de atuação: uma através do projeto privatista e outra pelo projeto sanitaria. O projeto privatista requisita uma “[...] 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 [...]” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 10). Em contrapartida, o projeto sanitaria requisita que o assistente social, utilize-se de algumas questões:

[...] busca de democratização do acesso as 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 a participação cidadã [...] (BRAVO; MATOS, 2004, p. 10).

Cabe considerar que os assistentes sociais, além das bases normativas que regem a profissão, se pautam, no seu exercício, do ordenamento das políticas sociais, dentre, elas: a Assistência Social, regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, onde foi definida em seu artigo 1º, como direito do cidadão e dever do Estado, dentro do campo da Política de Seguridade Social, de forma não contributiva, o qual provê os mínimos sociais através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, afim de garantir o atendimento às necessidades básicas (LOAS, 1993, art. 1º). Portanto,

[...] com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), são estabelecidos princípios doutrinários e organizativos, dentre eles, o de descentralização político-

administrativa, de democratização, de equidade e de complementaridade entre o poder público e a sociedade civil (SANTOS, 2010, p.46).

Com o advento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 1999, há a implementação de quatro funções básicas do novo paradigma da Assistência Social, a inserção, a prevenção, a promoção e a proteção, visando o enfrentamento da pobreza (SANTOS, 2010). Portanto, tais eixos são fixados na LOAS como os objetivos dos assistentes sociais, conforme aponta a alteração feita pela lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011, no artigo 2º:

- Art. 2º A assistência social tem por objetivos:
 - I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente
 - a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
 - b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
 - c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
 - d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
 - e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;
 - II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;
 - III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais (LEI Nº 12.435/11, art. 2º).

Destaca-se no art. 3º desta mesma lei, acerca da atuação dos assistentes sociais na defesa e garantia de direitos, o §3º que garante de forma continuada, permanente e planejada, a prestação de serviços e execução de programas e projetos voltados prioritariamente à defesa e efetivação dos direitos socioassistenciais, à construção de novos direitos, à promoção da cidadania, ao enfrentamento das desigualdades sociais e a articulação com órgãos públicos de defesa de direitos, afim de garantir um atendimento integral e de qualidade aos usuários (LEI Nº 12.435/11, art. 3º).

Além do trabalho profissional na área assistencial, é importante destacar a atuação do assistente social no campo sociojurídico, que engloba a inserção profissional no Poder Judiciário e o sistema penitenciário. É uma área relativamente recente para a história do Serviço Social brasileiro, pois só foi possível ampliar, articular e aprofundar o debate sobre o exercício do assistente social nesta área, a partir do 33º Encontro Nacional CFESS-CRESS

realizado em 2004 em Curitiba (PR), com o título de 1º Seminário Nacional do Serviço Social no Campo Sociojurídico (CFESS, 2014).

A dimensão jurídica ganhou bastante importância no cotidiano das práticas profissionais do assistente social, pois desde a origem da profissão, ela esteve presente no Juízo de Menores do Rio de Janeiro, então capital da República, com um caráter

[...] emergente, diante do agravamento dos problemas relacionados à ‘infância pobre’, à ‘infância delinquente’, à ‘infância abandonada’, manifestos publicamente no cotidiano da cidade, o serviço social é incorporado a essa instituição como uma das estratégias de tentar manter o controle almejado pelo Estado sobre esse grave problema, que se aprofundava no espaço urbano. Motivações similares provocaram a inserção de assistentes sociais em ações de comissariado de menores, de fiscalização do trabalho infantil, entre outras frentes que se relacionavam intrinsecamente com o universo ‘jurídico’, tanto no Rio de Janeiro como em São Paulo, ainda nas protoformas da profissão, alavancado pela aprovação do Código de Menores em 1927 (CFESS, 2014, p.14).

Portanto, provocou uma expansão da atuação do assistente social na área do sociojurídico, atuando de forma mais sistemática em suas intervenções profissionais, favorecendo sua consolidação e ampliação na área, por meio da inserção profissional nos tribunais, nos ministérios públicos, nas instituições de cumprimento de medidas socioeducativas, nas defensorias públicas, nas instituições de acolhimento institucional, entre outras (CFESS, 2014).

Outra área de bastante importância em seu processo histórico de construção profissional, é a área da saúde mental, nosso objeto de estudo, o qual trataremos das atribuições do assistente social neste âmbito. A instrumentalidade do Serviço Social brasileiro contemporâneo, calcado na racionalidade dialética - histórica, crítica e emancipatória -, segundo Bezerra e Silva (2020, p. 27):

[...] possibilitou a apreensão do exercício profissional do assistente social como totalidade constituída de múltiplas e inter-relacionais dimensões, a saber: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, articuladas à formação permanente e à mediação transversal da pesquisa social. Inscrito na civilização do capital e chamado a intervir diante das distintas expressões da questão social na vida brasileira, o Serviço Social é impelido a construir suas respostas profissionais mediante as demandas – socioinstitucionais/imediatas e sócio-históricas/mediatas – postas nos vários campos institucionais nos quais atua (BEZERRA; SILVA, 2020, p.28).

Esta perspectiva crítica da profissão proporcionou a construção de um Serviço Social investigativo e interventivo, capaz de responder às demandas do mercado de trabalho, exercendo uma mediação da cultura profissional baseada nas dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativa e ético-políticas; com a elaboração de respostas profissionais críticas e competentes (BEZERRA; SILVA, 2020).

Segundo o CFESS (2010, p. 34-35):

[...] o reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos.

Conforme previsto na Lei de Regulamentação da Profissão, compete ao assistente social:

[...] elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais; elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos; encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais [...]; *entre outros imprescindíveis*. [grifos nossos] (CFESS, 2010, p.36).

Como o Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho, a atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social, ao refletir nos diversos níveis de serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica (CFESS, 2010).

Com a utilização de ações socioeducativas, elas possibilitam orientações reflexivas e a socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas

ao usuário, à família e à população de determinada área programática. Sua finalidade é proporcionar uma visão reflexiva e participativa aos usuários de serviços de saúde. Os grupos de convivência podem ser: mães/acompanhantes de pacientes, gestantes, hipertensos, diabéticos, entre outros, proporcionando ao grupo a reflexão de suas condições de doenças e possibilidades de controle ou mesmo cura, bem como grupos que possam trabalhar com possíveis perdas. Deve ser o eixo central de atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde (CFESS, 2010).

Assim, os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos:

- **Atendimento direto aos usuários**- desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.

- **Mobilização, participação e controle social** - envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde.

- **Investigação, planejamento e gestão** - engloba um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.

-**Assessoria, qualificação e formação profissional** - visam o aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria, que será explicitada posteriormente (CFESS, 2010, p.41 – 63).

Há uma grande discussão sobre o chamado “Serviço Social clínico”, no qual não estamos de acordo, que parte de movimentos compostos por assistentes sociais que possuem especializações clínicas como: holística, terapia familiar sistêmica, transpessoal e etc, que

reivindicam da categoria o reconhecimento do “caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional” (CFESS, 2010, p.13).

Outra preocupação do profissional é não se orientar pelo atendimento psicoterapêutico a indivíduos e familiares, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. É importante ressaltar esta questão, pois alguns segmentos profissionais vêm se dedicando à terapia familiar e individual insistindo no reconhecimento do campo terapêutico enquanto ampliação do espaço ocupacional do assistente social, qualificando-o de Serviço Social Clínico. Esta abordagem é anunciada como uma ressignificação do Serviço Social de Casos, apoiada numa visão “holística do ser humano”. Ressalta-se que estas ações fogem ao âmbito da competência do assistente social, pois não está prevista na legislação profissional, seja referente ao ensino da graduação, expressa nas diretrizes curriculares aprovadas pelo MEC, seja na lei de regulamentação da profissão (IAMAMOTO, 2002 apud CFESS, 2010, p.21).

Com o objetivo de explicar referente à problemática supracitada, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicou um documento com a finalidade de concluir que,

[...] a dimensão subjetiva não é negada no trabalho do assistente social. Mas não é atribuição privativa, nem tampouco competência deste profissional, realizar um trabalho terapêutico, fazendo da “psi” e da clínica, a base da sua intervenção profissional, não encontrando respaldo no estatuto legal da profissão e no arcabouço teórico metodológico consolidado nas últimas décadas (CFESS, 2008, p.16).

Alguns dos direitos viabilizados pelos assistentes sociais no âmbito no SUS é o direito à um atendimento completo e humanizado, onde os usuários podem procurar assistência fora da cidade onde moram; receber o vale-transporte para se deslocar até o local de atendimento e acesso à medicamentos para tratar doenças raras, dentre outros (BRASIL, 2014).

Ao se retratar no âmbito das instituições de saúde mental, temos os CAPS, o qual é uma instituição de referência comunitária para pessoas que apresentam transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e quadros com gravidade e/ou “[...] persistência que justifique sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2017, p.03). De modo, que:

[...] o Serviço Social nos ambulatórios de Saúde Mental e nos CAPS tem como objetivo contribuir para a efetivação de um atendimento aos usuários da instituição de Saúde Mental e famílias durante o processo de tratamento, na perspectiva do acolhimento e da garantia de direitos,

trabalhando com a identificação de necessidades socioassistenciais através de ações e orientações referentes aos direitos sociais e benefícios sociais específicos, articulação com a rede de proteção social, identificando os serviços institucionais e comunitários para o atendimento das demandas (APPEL, 2017, p.09).

Conforme os dados de 2019, o SUS conta com 2.661 Centros de Atenção Psicossocial em todo o país (BRASIL, 2020). Nos CAPS, são realizadas diversas atividades direcionadas aos usuários onde cada um, deve ter um projeto terapêutico, planejado por uma equipe multidisciplinar, de acordo com as necessidades identificadas de cada usuário. Esses projetos devem abarcar assuntos como: tipo e padrão de uso de drogas, sua história pessoal, suas escolhas, inserção ou não no trabalho. Nos atendimentos em grupo, são abordadas atividades de suporte social, grupos de leituras, atividades esportivas, e desenvolvimento da leitura, enquanto nos atendimentos para a família/comunidade, inclui visitas domiciliares, festas comunitárias, assembleias, reuniões em serviço entre outras modalidades, e o máximo de interação que possa existir, entre os usuários, familiares e a instituição, afim também de resgatar muitas dessas relações que foram se perdendo com o passar do tempo (BRASIL, 2017).

Conforme portarias do Ministério da Saúde, os CAPS, se organizam conforme as formas abaixo: CAPS I – Em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 h, de segunda-feira a sexta-feira; CAPS II – Em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 h, de segunda-feira a sexta-feira e pode ter um terceiro período, funcionando até 21 h; CAPS III – Em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24h por dia, como também nos feriados e fins de semana; CAPS I para a infância e adolescente – Em municípios com população acima de 150.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 h, de segunda-feira a sexta-feira, e pode ter um terceiro período, funcionando até 21 h; CAPS AD – Em municípios com população acima de 70.000 habitantes. Funciona das 8 às 18h, de segunda-feira a sexta-feira, e pode ter um terceiro período, funcionando até 21 h (BRASIL, 2017).

Partimos para uma melhor compressão do que seria o CAPS-AD. De modo, que o Centro de Atenção Psicossocial especializado para usuários de álcool e outras drogas, tem como objetivo o atendimento diário à população que apresenta transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, no qual apresentam leitos de repouso, disponibilizando cuidado tais quais desintoxicações, alimentações, atendimentos com

psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, entre outros. Podem ser também do tipo III, caso no local não tenha disponibilidade de leitos para acolhimento integral (SANTOS, 2017).

O CAPS AD tem como objetivo recuperar os indivíduos que estão em situação de vulnerabilidade social devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas em públicos infanto-juvenil, adultos, homens e mulheres, que não tenham um relacionamento conjugal, caso o CAPS AD seja 24 horas, logo são de suma importância no tratamento aos acometidos de transtornos mentais (BRASIL, 2017).

Quando os usuários procuram o CAPS AD, normalmente são encaminhados por alguma outra instituição, ou porque ouviram falar, muitas vezes, de outros usuários acerca do serviço oferecido pela instituição. Os profissionais procuram entender acerca da situação social dos indivíduos, que só pode ser acolhido na instituição de forma voluntária, e que também podem se desligar da instituição quando assim preferirem. (BRASIL, 2017). Vale salientar que o CAPS-AD é responsável apenas por casos mais graves de dependência, comprometimento sócio familiar, e não por todo tipo de pessoas que tenham problemas com álcool e outras drogas (SANTOS, 2017).

Além dos CAPS, e CAPS AD supracitados, os usuários acometidos de sofrimentos mentais, também contam com o apoio de Serviços Residenciais Terapêuticos, conhecidos como Residências Terapêuticas (SRT), no qual são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas acometidas de transtornos mentais incluindo usuários de álcool e outras drogas, que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem (BRASIL, 2003). Além disso, os SRTs também podem acolher pacientes com transtornos mentais que estejam em situação de vulnerabilidade pessoal e social, como, por exemplo, moradores de rua. Atualmente, 686 Serviços Residenciais Terapêuticos prestam atendimentos no país (BRASIL, 2020).

Em suma, é de grande valia salientar a importância que o Serviço Social possui no que tange a saúde mental. Uma vez que o assistente social é caracterizado como um profissional da área da saúde, conforme apresenta a resolução do CFESS nº383/99. Mediante o exposto, fica notório o compromisso que o assistente social possui na viabilização dos direitos principalmente àqueles acometidos de transtornos mentais, durante sua intervenção profissional nos CAPS, por exemplo, que é uma instituição de referência comunitária para pessoas que apresentam sofrimentos mentais, psicoses, neuroses graves, dentre outros.

Toda essa trajetória do Serviço Social na saúde mental foi acompanhada de avanços e dificuldades, a exemplo do século XVIII, onde o trabalho do profissional era meramente burocrático, além de ser submisso e limitado ao profissional da medicina. (LISBÔA, 2016)

Além de terem que atuar em instituições precárias, muitas das vezes sem condições necessárias para intervir nas demandas que já chegam fragmentadas. De modo que,

[...] na saúde o objetivo do Serviço Social é a identificação os aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais que atravessam o processo saúde-doença para assim mobilizar recursos para o seu enfrentamento, articulado a uma prática educativa [...] (MATOS, 2020, p.03).

No ano de 1970, os assistentes sociais passaram a ter maior alcance profissional, no que tange seus direcionamentos, quanto ao distanciamento com o viés conservador, e sua aproximação com o marxismo e a defesa da classe trabalhadora, além da viabilização do direito ao atendimento em saúde mental, fazendo com que o profissional identifique os limites e a perspectiva de atuar no campo da saúde mental (LISBÔA, 2016).

Assim sendo, o assistente social se constitui em um profissional de suma importância para a efetivação da política de saúde mental brasileira. Posto que, um profissional comprometido com o projeto ético e político do serviço social, bem como com o código de ética da profissão, somados aos princípios da reforma sanitária, bem como da reforma psiquiátrica apreenderá a singularidade dos usuários e realizará uma intervenção capaz de transformar a realidade (LISBÔA, 2016, p.66).

Realizando um recorte aos tempos atuais, desde o início da pandemia proveniente do coronavírus em março de 2020, de acordo com o anunciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), muito se agravou a vulnerabilidade social no país e no mundo. As expressões da questão social, tornaram-se fortemente mais presente na sociedade, devido à crise estrutural econômica que assolou o país, com o desemprego; e outras problemáticas, foi demandado para os assistentes sociais novas frentes de trabalho, e muitas, eram respondidas de maneira virtual, por teletrabalho.

Nesta perspectiva,

[...] especificamente para esse novo cenário do COVID-19, sugerem que três fatores principais sejam considerados ao desenvolver estratégias: 1) equipes multidisciplinares de saúde mental (incluindo psiquiatras, enfermeiros psiquiátricos, psicólogos clínicos e outros profissionais de saúde mental); 2) comunicação clara envolvendo atualizações regulares e precisas sobre o surto de COVID-19; e 3) estabelecimento de serviços seguros de aconselhamento psicológico (por exemplo, via dispositivos ou aplicativos eletrônicos) (REIS; SILVA, s/a, p. 03).

A OMS e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC) publicaram recomendações psicossociais e de saúde mental, tais quais indicam:

[...] incentivar a participação de equipes multidisciplinares de saúde mental nos níveis nacional, estadual e municipal; Realizar treinamento em protocolos de gerenciamento de estresse, trauma, depressão e comportamento de risco; Padronizar medicamentos psicotrópicos e disponibilizá-los; Garantir recursos e infraestrutura adequados para os serviços de saúde mental; Garantir que os cuidados de saúde clínicos e mentais sejam acessíveis à população; Desenvolver materiais psicoeducacionais facilmente acessíveis à população; Fornecer canais oficiais para informações atualizadas ao público; Fornecer canais de serviço alternativos (aplicativos, sites, telefone); Incentivar continuamente a pesquisa científica; Considerar e respeitar fatores culturais na implementação de políticas públicas; Coletar dados epidemiológicos que possam apoiar futuras políticas de prevenção e assistência à saúde mental (REIS; SILVA, s/a, p. 03).

Durante a pandemia, o Ministério da Saúde orientou aos gestores das RAPS sobre os cuidados referentes ao coronavírus, além de recomendar a não interrupção dos atendimentos durante a pandemia. Os serviços e atendimentos de saúde mental compreendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) são em:

- 42 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- 144 Consultórios de Rua;
- 2.730 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 791 Serviços de Residência Terapêuticas
- 68 Unidades de Acolhimento (Adulto e Infantojuvenil);
- 1.785 Serviço Hospitalar de Referência (Leitos em Hospitais Gerais);
- 13.877 Leitos em Hospitais Psiquiátricos;
- 50 Equipes multiprofissionais de atenção especializada em Saúde Mental (BRASIL, 2020, s/p).

Enquanto em Maceió/AL, a RAPS é composta por:

09 equipes do NASF AB em implantação, 6 Consultórios na Rua, 01 Núcleo de Cultura de Reabilitação Psicossocial com projeto de incentivo a trabalho e renda, além de 01 CAPS III, 01 CAPSi e 03 CAPS II, 06 leitos integrais para internamento em Hospital Geral, 07 Serviços de Residenciais Terapêuticos do tipo II, Programa de Volta para Casa e 02 unidades de acolhimento em processo de implantação (CNES, 2018 apud ALMEIDA, 2019, p.15).

Porém, como muitos setores não houveram interrupções durante a pandemia, juntamente com o aumento crescente do número das demandas dos usuários, os profissionais se viram altamente sobrecarregados (a):

[...] nesse momento, ter conhecimento de como a rede está funcionando e os canais de comunicação, se fazem extremamente necessário, para que uma escuta alivie a angústia, um encaminhamento implicado seja resolutivo e uma maior possibilidade de articulação da rede e intersetorialidade ocorra de forma assertiva. Dessa forma, é preciso fortalecer o compromisso coletivo em articulação com a rede intersetorial como mecanismo de proteção e cuidado integral visando o reconhecimento do sujeito em sua totalidade (REIS; SILVA, s/a, p. 04).

Nesse contexto de sobrecarga dos profissionais de saúde, especialmente, nos referindo aos assistentes sociais, é notória a variedade das demandas colocadas ao profissional e, mesmo em uma situação de calamidade, não se deve adentrar na perspectiva de que todos/as devam fazer tudo, fugindo das suas atribuições. Mesmo diante de situações emergenciais provenientes da crise sanitária atual, o assistente social deve se ater a aquilo que, de fato, tem competência profissional. Resguardando, assim, a atuação profissional, por meio das normativas da profissão que contribui para o seu trabalho, indo contra a sua desprofissionalização (MATOS, 2020).

Visto a dura realidade da crise pandêmica da covid-19, MATOS (2020) lista algumas estratégias de ação interventiva do assistente social no seu seio profissional:

1. Precisamos nos reapropriar constantemente do acúmulo ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo da profissão. Sabemos que muitos de nós já conhecem as normativas e as produções intelectuais fundamentais de nossa profissão. Mas, vale reler com olhos livres de quem está vendo a pandemia no agora. Isso nos fortalece e revigora nossos argumentos.
 2. De posse dessa releitura, precisamos continuar agindo coletivamente – mesmo que as reuniões de equipe estejam suspensas – pois sempre se faz necessário lembrar que competência se constrói coletivamente, não se tratando de um mérito ou êxito individual.
 3. faz-se fundamental que nos articulemos com colegas de outras instituições, pois a chamada “rede” está com rotina e procedimento alterados. É importante saber como estão funcionando as outras instituições. A articulação, via redes sociais, também poderá contribuir para o diálogo coletivo sobre como encarar, nas diferentes dimensões da nossa sociabilidade as questões que envolvem a pandemia, como o medo, por exemplo.
- [...]

4. Surgirão requisições técnico-administrativas equivocadas para o Serviço Social, mas se tomarmos como referência o que propomos nos itens 1 e 2 teremos capacidade e tranquilidade para enfrentar tais requisições. Caso a situação persista, sabemos que podemos recorrer às entidades da categoria, a exemplo da atual normatização sobre óbito em caso de COVID-19 que faz uma referência equivocada ao Serviço Social e que o Conjunto CFESS-CRESS já realizou a devida notificação ao Ministério da Saúde, bem como se pronunciou (MATOS, 2020, p.05-06).

Em suma, fica evidente a importância do assistente social, enquanto profissional atuando na política de saúde mental, em articulação intersetorial e multidisciplinar, principalmente, diante do cenário atual em que vivenciamos. Pois, as novas situações sociais e econômicas vividas pelos usuários (trabalho, renda, família, saúde, moradia, transporte, etc.) exigem a construção de novas respostas profissionais e institucionais. E, mesmo com todas as dificuldades que se fizeram presentes, ambos se qualificaram, buscaram estar atualizados quanto à situação atual do cenário pandêmico, para que outras pessoas pudessem ter seus direitos viabilizados.

No item seguinte será abordado acerca das condições de trabalho e as demandas postas aos profissionais de Serviço Social, diante da pandemia da covid-19. Destacando de que forma a doença impactou nas demandas dos usuários, nas condições de trabalho do assistente social, assim como as dificuldades em manter o sigilo e o medo constante da contaminação do coronavírus durante o trabalho profissional.

3.2 As condições de trabalho e demandas para o Serviço Social no contexto da pandemia da COVID-19

O Serviço Social tem sido cada vez mais requisitado a intervir nas demandas por atendimento em saúde mental, uma vez que, ao modo que a sociedade vai se expandindo e se modificando, avança também, o número de acometidos com sofrimento mental, a exemplo da depressão, ansiedade entre outros (BARBOSA, 2006).

No entanto, o que seriam estas demandas? Para responder a tal indagação tomamos como base a afirmação de MOTA (1998, apud BARBOSA, 2006), que

[...] estas são requisições técnico-operativas que incorporam as exigências dos sujeitos demandantes através do mercado de trabalho, comportando uma verdadeira “teleologia” dos requisitantes a respeito

das modalidades de atendimento de suas necessidades. Por isso, a identificação das demandas não encerra o desvelamento das reais necessidades que as determinam (MOTA, 1998, apud BARBOSA, 2006, p.53).

Para Iamamoto (2000), as demandas são “o privilégio da história, por ser ela a fonte de nossos problemas e a chave de suas soluções. Destarte, para efetuar uma análise crítica das demandas profissionais, há que atribuir densidade histórica à nossa problemática” (IAMAMOTO, 2000, p.150).

No Brasil, o assistente social é considerado como executor de políticas sociais na saúde mental, de forma consolidada, em meados da década de 1970. Uma vez que, com a ditadura militar e seu cenário construído historicamente, é que foi possível enxergar o profissional dessa forma (PEREIRA, 2011).

Após o Golpe de Estado em 1964, onde o governado ditatorial implantou diversas reformas no sistema da saúde, implicando em mudanças no cenário hospitalocêntrico brasileiro, elevaram o quantitativo de novas implantações de hospícios no país. Portanto, com tais mudanças, o atendimento psiquiátrico foi transferido para a rede previdenciária, fazendo com que clínicas privadas fossem conveniadas, realizando os atendimentos e sendo pagas pelo INPS - Instituto Nacional de Previdência Social. Pluralizando assim, o número de oportunidades oferecidas aos assistentes sociais para atuarem nestas demandas (PEREIRA, 2011).

No contexto brasileiro, o atendimento psiquiátrico expressa o trabalho do assistente social designado particularmente ao atendimento das questões mais emergenciais, associado à enorme pobreza dos pacientes e a falta de uma rede de suporte familiar e comunitário (PEREIRA, 2011, p.65).

Um dos principais locais no qual o assistente pode intervir no que tange a política de saúde mental, é o CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Local este que permite o profissional abordar sobre demandas que perpassam a articulação junto a família, comunidade e instituições, acolhimentos, atividades em sociais, projetos de inserção de trabalho, alfabetização, encaminhamentos para obtenção de documentos, direitos civis, entre outros, que são de suma importância na relação profissional e usuário. Desse modo,

[...] é possível destacar que a inserção do Serviço Social na saúde mental não é marcada por especificidades dos saberes “psi”, já que carregam a marca “social” da profissão, possibilitando a construção de

ações que contribuam para viabilizar direitos dos usuários, sendo também parte do processo de reinserção social. Neste sentido, a atuação crítica do assistente social nesta política distancia-se das chamadas práticas terapêuticas ou do chamado Serviço Social Clínico (TRINDADE, *et al*, 2018, p.03).

Visto que, está previsto na Política de Saúde Mental brasileira a oferta do cuidado aos usuários de modo integral e universal, sem qualquer tipo de discriminação, através da Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do SUS. Mediante a realização de uma pesquisa que se traduziu, a partir de um relato de experiência, em um CAPS da capital de Maceió/AL²², com uma profissional, identificou-se, algumas demandas particulares a esta, tais quais:

Visitas domiciliares em abrigos, instituições e comunidades terapêuticas; visitas às famílias, grupos terapêuticos em alguns momentos; atendimentos individuais. Contatos com os abrigos, CRAS e etc (SUJEITO DA PESQUISA, 2021)

Quando foi questionado acerca da reestruturação das atividades do CAPS no contexto de pandemia da covid-19, se foi permitido o atendimento aos usuários, a assistente social relatou que “[...] logo no início da pandemia não, porém meses após foi permitido de forma reduzida” (SUJEITO DA PESQUISA, 2021).

Em relação a oferta das ações e serviços ofertados pela instituição e a quantidade de usuários que passaram a ser atendidos e acolhidos, a assistente social, discorreu, que

Ficaram internos apenas três usuários no acolhimento dentro da instituição. Posteriormente abriram quatro leitos masculinos, dois femininos e um infanto-juvenil. Porém os leitos não estão sendo todos preenchidos, por existir uma casa de passagem onde os usuários estão ficando mais que nos CAPS, uma vez que no CAPS, só pode passar 15 dias. Nessa Casa de Passagem, eles estão desde a pandemia, lá eles recebem toda a alimentação. Então no CAPS passou a ter três no leito masculino, um ou dois no feminino e não apareceu nenhum infanto-juvenil (SUJEITO DA PESQUISA, 2021).

²² A pesquisa foi fruto do processo de Supervisão de Estágio Supervisionado em Serviço Social, e que, por questão de preservação do anonimato do sujeito e da instituição, não haverá descrições do local de pesquisa, apenas, citações que foi realizada a pesquisa em um CAPS do município de Maceió/AL, com uma assistente social, sujeito da pesquisa.

Acerca dos repasses dos recursos financeiros ao CAPS, ao ser questionada se foi suficiente para as demandas do serviço, e que estratégias foram utilizadas para manter os serviços essenciais da instituição, a entrevistada relatou:

[...] não de forma suficiente, e existiram momentos que a gerência do serviço precisou desembolsar para a alimentação dos usuários mesmo com o número reduzido dos mesmos. E por isso, precisou interromper a alimentação dos usuários externos (SUJEITO DA PESQUISA, 2021).

Em relação às orientações da vigilância sanitária e do Ministério da Saúde em busca da redução dos riscos de contaminação da covid-19, ao ser questionada se houve orientação para reorganização dos serviços no CAPS pelo governo, ela relata que,

Sim, pois tentou seguir tudo que preconizava a respeito dos cuidados, portarias, distanciamento de cadeiras, número reduzido de usuário, nos grupos, usavam-se máscaras, então houve orientação. Algumas (orientações) não conseguiu seguir, como o oxímetro, que não havia para verificar o oxigênio do usuário; não havia termômetro digital (SUJEITO DA PESQUISA, 2021).

Identifica-se que as demandas postas à instituição tiveram modificações devido à crise sanitária atual, fazendo com que os profissionais tivessem que se readaptar a nova realidade social, como afirma abaixo a assistente social entrevistada.

Foi necessário reinventar as demandas que já existiam, e pôr em prática algumas que não estavam sendo feitas, diante das grandes demandas que existiam anteriormente, como por exemplo: já havia um planejamento de atividades de palestras nas comunidades, que antes não foi feito, mas agora na pandemia, com o número de usuários reduzido, a Enfermagem, o Serviço Social e outros setores, puderam realizar atividades nesse sentido, porém nos abrigos (SUJEITO DA PESQUISA, 2021).

Segundo um levantamento feito por PEREIRA (2020), acerca do tipo de demanda posta ao assistente social, há uma prevalência de usuários com baixa renda nos serviços públicos de saúde mental, constatando-se, nos trechos, a seguir que:

[...] os nossos usuários são pessoas com escolaridade de fundamental incompleto, de baixa renda, grande parte beneficiária da Loas, tem o BPC. (SUJEITO 1 DA PESQUISA, 2020, p. 11).

São pessoas de nível de escolaridade baixa, alguns sabem só assinar o nome, outros nem isso. Em sua maioria eles são desempregados, não têm trabalho fixo, até por conta do tratamento e angariando sempre um benefício socioassistencial para poder manter a família. (SUJEITO 2 DA PESQUISA, 2020, p. 11).

O nosso público é caracterizado pela baixa renda, é de pessoas com vulnerabilidade social. [...] São pessoas que, em geral, ganham um salário mínimo ou menos, com nível básico de instrução nível. Ensino médio aqui é coisa mesmo que a gente já fica espantada. (SUJEITO 4 DA PESQUISA, 2020, p. 11)

Desse modo, tais depoimentos revelam o cenário brasileiro das demandas dos usuários assegurados pela RAPS. Onde, destaca-se a prevalência generalizada das expressões da questão social, que penetra a vida dos usuários desses serviços de saúde, inerentes às desigualdades sociais reproduzidos pelo modelo capitalista (PEREIRA, 2020).

Na grande parte da população usuária da Política de Saúde Mental no país, há o predomínio de usuários de serviço que sofrerem da ausência de moradia digna, da violência, do abandono familiar, da falta de emprego e escolaridade, dentre outros. São expressões da questão social que demandam uma atenção integral, para além da assistência à saúde mental, envolvendo as diversas políticas sociais, intervindo na realidade do usuário em suas inúmeras faces, priorizando assim, a intervenção inter e multidisciplinar (PEREIRA, 2020).

É justamente na questão social que o Serviço Social encontra o seu objeto de trabalho, pois, conforme Iamamoto (2015), é ela que provoca a necessidade de intervenção desse profissional em suas múltiplas determinações, tal como vivenciadas pelos indivíduos sociais em suas relações cotidianas (IAMAMOTO, 2015 apud PEREIRA, 2020, p.12).

Porém, após o advento da globalização e do neoliberalismo, o mundo do trabalho e o emprego vêm sofrendo diversas inseguranças no mercado de trabalho contemporâneo, seja

[...] no emprego, com a redução da estabilidade e a subcontratação; na renda, com a flexibilização dos salários, a queda nos gastos sociais e fiscais das empresas, a deterioração da distribuição de renda, o crescimento da pobreza; na contratação do trabalho, com a expansão do dualismo no mercado e com o risco da ruptura jurídica do contrato; e na representação do trabalho, com “redução dos níveis e sindicalização” (SANTOS; MANFROI, 2015, p.06).

Tais mudanças negativas no mercado de trabalho, acaba impactando também nas condições de trabalho dos assistentes sociais, “[...] pois estes estão cada vez mais sendo

chamados a atuar no controle social da vida das populações pauperizadas. [...] Assim, a proteção social é substituída pela ação policial que atua de forma intrusiva “nas zonas inferiores do espaço social” (SANTOS; MANFROI, 2015, p.6).

De acordo com a assistente social de um dos CAPS de Maceió/AL, sobre nas condições de trabalho, esclarece que as condições das salas de atendimento:

[...] são precárias, pois não existia o uso do termômetro quando o usuário ia para a sala, não existia a limpeza das salas com álcool. Na recepção houveram avisos para manter o distanciamento, cadeiras foram isoladas. Mas nas salas de atendimento, os próprios profissionais tiveram que passar álcool, não havia acrílico de proteção na mesa, separando o usuário do profissional, então era necessário pedir ao usuário que se afastasse (SUJEITO DA PESQUISA, 2021).

Nota-se que há uma precarização dos meios de proteção contra a contaminação da covid-19, do mínimo previsto pelas orientações do Ministério da Saúde e da Vigilância Sanitária, estando todos desassistidos e vulneráveis à possíveis contaminações com o vírus.

De modo que, o assistente social atua em meio à um processo constante de precarização. E é nesse contexto de precarização, desigualdades e contradições sociais entre a classe burguesa, detentora do capital, e a classe trabalhadora, sofrem diretamente com as expressões da questão social; que o profissional de assistente social vai atuar por meio de políticas públicas focalistas e minimalistas.

Mesmo permeado por processos de precarização, a atuação profissional do assistente social deve se nortear nas referências indispensáveis impostas em seu Código de Ética/1993, assim como, nos seus parâmetros éticos, o qual estabelece os princípios fundamentais, direitos e deveres, além de outros aspectos importantes dessa profissão. Pois,

[...] é ela, ademais, que favorece a ultrapassagem das limitações reais que a ordem burguesa impõe ao desenvolvimento pleno da cidadania, dos direitos e garantias individuais e sociais e das tendências à autonomia e à autogestão social. Em segundo lugar, cuidou-se de precisar a normatização do exercício profissional de modo a permitir que aqueles valores sejam retraduzidos no relacionamento entre assistentes sociais, instituições/ organizações e população, preservando-se os direitos e deveres profissionais, a qualidade dos serviços e a responsabilidade diante do/a usuário/a (CFESS, 2019, p.15).

Em seu artigo 7º, constituem como direitos do assistente social, no que se refere as condições de trabalho nas instituições empregadoras,

- a** - dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional;
- b** - ter livre acesso à população usuária;
- c** - ter acesso a informações institucionais que se relacionem aos programas e políticas sociais e sejam necessárias ao pleno exercício das atribuições profissionais;
- d** - integrar comissões interdisciplinares de ética nos locais de trabalho do/a profissional, tanto no que se refere à avaliação da conduta profissional, como em relação às decisões quanto às políticas institucionais (CFESS, 2019, p.22).

Assim como, é previsto como um dever do assistente social, em seu artigo 8º, “[...] denunciar falhas nos regulamentos, normas e programas da instituição em que trabalha, quando os mesmos estiverem ferindo os princípios e diretrizes deste Código, mobilizando, inclusive, o Conselho Regional, caso se faça necessário” (CFESS, 2019, p.22).

Além do mais, com a sua Lei de Regulamentação Profissional nº 8.662/93, ela dispõe sobre “[...] as competências e atribuições privativas do assistente social, as quais requerem condições mínimas de estrutura e de infraestrutura para serem plena e eficazmente desenvolvidas, devendo ser disponibilizadas no espaço sócio-ocupacional onde a ação profissional se desenvolve” (CFESS, 1997 apud SANTOS; MANFROI, 2015, p.08).

Com o intuito de fortalecer tais direitos sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social, o CFESS, por meio da Resolução 493/2006, definiu em seu art. 1º, que “é condição essencial, portanto, obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência do espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer” (CFESS, 2006, p.01).

Também ressalta, em seu artigo 2º que “[...] o local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados “, além do atendimento com o usuário/grupo seja realizado com portas fechadas, afim de garantir o sigilo profissional, como versa o artigo 3º da referida Resolução (CFESS, 2006, p.02).

Porém, a realidade das condições de trabalho do assistente social no país, é outra. As condições efetivas para a atuação profissional ainda estão distantes dos padrões mínimos necessários, pois

[...] o que está em discussão é a categoria específica dos assistentes sociais, que são majoritariamente contratados pelo Estado, deve-se compreender a precarização em um sentido mais amplo, tanto com

relação às condições de acesso e inserção no mercado de trabalho protegido, quanto às condições de trabalho no espaço institucional propriamente dito. Assim, no caso do Serviço Social, uma mediação para que a precarização do trabalho seja entendida é a política social, na sua relação com o fundo público, pois o trabalho do assistente social está atravessado pelas determinações desta (SANTOS; MANFROI, 2015, p.09).

A precarização do trabalho do assistente social pode está expressa na presença de salários baixos, aos vínculos empregatícios precários, à políticas sociais focalizadas e seletivas, à falta de recursos financeiros e de infraestrutura nas instituições empregadoras, à ingerência política dos gestores no trabalho do assistente social, “[...] a falta de autonomia e de reconhecimento do trabalho, a fragmentação das políticas sociais, o adoecimento, o excesso de demanda, o remanejamento em função de perseguição política e a falta de espaço de trabalho adequado” (SANTOS; MANFROI, 2015, p.10-11).

E, em meio aos ajustes macroeconômicos e a crise pandêmica da covid-19, as consequências na ordem social da classe trabalhadora, alcançavam níveis desumanos de vida, ocasionando em um aumento do nível das desigualdades sociais. No campo profissional do Serviço Social, constata-se de imediato a contradição entre as propostas de trabalho da profissão e as propostas de uma economia altamente racional, alinhada às transformações em curso, que promovem em primeira instância o ataque aos direitos sociais conquistados na Constituição Federal. “Nesse cenário, agudizam-se as expressões da questão social, manifestas pela vivência dos sujeitos-usuários que buscam os serviços nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, onde os assistentes sociais atuam” (FAERMANN, 2015, p.04). Outro impacto, refere-se à faixa salarial dos profissionais. De acordo com uma pesquisa realizada por Faermann (2015),

Apurou-se que a maioria dos profissionais (71%) recebe até seis salários mínimos (SM), com concentração na faixa que não ultrapassa os quatro salários mínimos (42%), ou seja, R\$ 2.896,00. Assim, constata-se que o salário médio dos profissionais é baixo. Tal indicativo também foi evidenciado no estudo realizado pelo CFESS, no ano de 2005, sobre o perfil dos assistentes sociais no Brasil. Em todas as regiões pesquisadas, o nível salarial prevaleceu entre quatro e seis SMs (FAERMANN, 2015, p.16).

Mediante os dados desta pesquisa, pode-se ter uma ideia generalizada da faixa salarial dos assistentes sociais estarem abaixo do nível, em todo o território brasileiro, o que acirra a precarização do trabalho, dado os impactos nos direitos trabalhistas, proveniente da

hegemonia do capital financeiro a qual está fundada, na objetivação da extração máxima do trabalho excedente da classe trabalhadora (FAERMANN, 2015).

De acordo com a pesquisa realizada em um dos CAPS em Maceió/AL, foi questionado à assistente social acerca da questão das horas de trabalho e salarial, se houve redução, e ela relata que “não foi reduzido, nem das pessoas que ficaram em trabalho remoto” (SUJEITO DA PESQUISA, 2021)

No que tange a carga horária dos profissionais de Serviço Social,

[...] a conquista das 30h semanais sem redução salarial foi uma vitória histórica no âmbito da categoria profissional, resultante de sua organização política representada pelo Conjunto CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO. Sabe-se que, no contexto do capitalismo, essa é uma das lutas mais importantes dos trabalhadores, na medida em que as relações estabelecidas primam pela lógica do lucro do capital e pela restrição dos direitos sociais (FAERMANN, 2015, p.16).

A instabilidade empregatícia no âmbito do Serviço Social pode dificultar a organização política dos assistentes sociais, causando insegurança em perder seus empregos, pois são marcados pela retração e erosão da regulamentação da contratação estável. Além de afetar a apreensão das situações que chegam ao profissional, devido à grande demanda populacional em busca de assistência, juntamente com os instrumentos de intervenção precarizados/nulos, causam a imediaticidade da intervenção, de modo paliativo. Desse modo,

[...] na análise das condições de trabalho do assistente social é importante ressaltar que, além da condição de trabalhador assalariado, este profissional está majoritariamente inserido no setor público. Portanto, na sua condição objetiva enquanto trabalhador, está imerso nos processos condicionantes das políticas sociais, na particularidade brasileira, ou seja, em um país periférico; assim, a forma de organização das políticas sociais neste momento do capitalismo afeta, de forma significativa, o exercício profissional do assistente social (SANTOS; MANFROI, 2015, p.10).

E, diante da complexidade vivenciada atualmente com a pandemia do novo coronavírus no país, os assistentes sociais tiveram que lidar, inclusive, com demandas não condizentes com suas atribuições profissionais. “Todavia, contraditoriamente, exercitaram sua relativa autonomia profissional com capacidade propositiva, a partir dos fundamentos do projeto ético-político profissional, na resistência em defesa da vida e dos direitos de todos (as)” (SOARES *et al*, 2021, p.2).

A princípio, podem ser elencadas duas grandes ordens de inflexão no trabalho de assistentes sociais na política de saúde nesse contexto: a primeira delas está relacionada diretamente à sua condição de trabalhador; a segunda diz respeito ao seu lugar na política de saúde e às demandas e atribuições requisitadas aos profissionais (SOARES, *et al*, 2021, p.07).

No que se refere à condição de trabalhador assalariado, o assistente social vivencia constantemente suas condições contratuais de trabalho cada vez mais precarizada, além da profunda privatização da política de saúde. No atual contexto pandêmico, as estratégias de intervenção e enfrentamento da covid-19 se deu, em sua maioria, via terceirização da gestão em saúde, com vistas para o aumento do número de profissionais da saúde que atuam na linha de frente do combate ao covid-19. Contam com contratos precários, inseguros e temporários de trabalho, além da histórica tendência de baixas remunerações. “Ademais, no momento da pandemia houve um aprofundamento da plantonização da organização do trabalho profissional — inclusive utilizada como estratégia de menor exposição e risco do (a) trabalhador (a)” (SOARES *et al*, 2021, p.07).

Contudo, contraditoriamente, em muitos serviços tal estratégia intensificou a precarização das condições de trabalho e de riscos e agravos à saúde. Isto porque tem sido relativamente frequente a realização de plantões com duração de 24 horas de trabalho, caracterizando-se como extenuantes e que põem em risco tanto a saúde de profissionais quanto a qualidade dos serviços prestados (SOARES, *et al*, 2021, p.07).

No manifesto publicado pelo CRESS-Alagoas (2020) em valorização ao trabalho da/o assistente social, o Conselho destaca que

Em tempos de calamidade pública, o Serviço Social tem papel de destaque na linha de frente das ações que possam diminuir o impacto da pandemia na vida da população, em especial das que estão em situação de vulnerabilidade social (CRESS-AL, 2020, s/p).

De acordo com a presidenta do Conselho Regional de Serviço Social, a atuação do profissional de Serviço Social possibilita a efetividade de ações essenciais para a manutenção da vida da população mais pobre. Assim,

As diversas estratégias interventivas que reduzem os impactos da política econômica e crise sanitária que estamos vivendo, contribuem diretamente para que a população tenha acesso aos serviços de saúde,

assistência e previdência social, fundamentais para a sobrevivência de inúmeros sujeitos em seus territórios (CRESS-AL, 2020, s/p).

Pelo fato da profissão no Brasil atender em uma variedade de espaços sócio-ocupacionais e trabalhar em contato direto com a população, nos equipamentos públicos, como na área da saúde, assistência social e previdência social, nesse momento de pandemia, muitos profissionais não tiveram autorização para se ausentar do trabalho (CFESS, 2020). Assim,

De acordo com a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/1993) e com o Código de Ética Profissional, não podemos negar atendimento à população, mesmo numa situação de calamidade pública, em que nossas vidas também correm riscos. No artigo 3º do nosso Código de Ética Profissional, consta que é dever do/a assistente social, na relação com a população usuária, “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidade”. É nosso dever ético continuar prestando auxílio à população brasileira. Isso não quer dizer que devemos pôr em perigo as nossas vidas, pelo contrário. Devemos nos resguardar de todas as formas possíveis, nos protegendo (CFESS, 2020, p. 02).

Especificamente, no CAPS em Maceió/AL, segundo o relato da assistente social, foi adotado medidas destinadas aos profissionais, com o objetivo de reorganizar os trabalhos, diante da pandemia:

[...] houve trabalho remoto para os profissionais com comorbidades e devido à idade. Mas o que mais houve foi um revezamento de profissionais, onde todos tinham que ir até 3 vezes por semana. Porém, o serviço remoto não houve (SUJEITO DA PESQUISA, 2021).

Acerca das competências e atribuições do assistente social, excepcionalmente durante a pandemia, o Ministério da Saúde criou um documento específico para o “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus covid-19” para os profissionais da saúde, e nele consta como competência do assistente social, realizar a comunicação de óbito a familiares, amigos e responsáveis durante a pandemia; e os demais procedimentos administrativos para tal (BRASIL, 2020).

Porém, essas requisições não são uma novidade para a categoria, pois, de acordo com SOARES, *et al* (2020),

[...] reiteram velhas práticas em saúde que concebem as ações da equipe multiprofissional de saúde não médica como mero subsídio ao “ato médico” ou por ele instrumentalizadas. Além disso, também se vinculam às práticas do Serviço Social tradicional ou conservador. Assim, em meio às contradições da política de saúde, com intensa precarização, desfinanciamento, privatização e fragmentação, sem articulação e coordenação de enfrentamento em nível federal, com expressões de uma política genocida ao mesmo tempo que extremamente privatista e ultraliberal, o Serviço Social é requisitado a reproduzir o perfil profissional tecnicista, voluntarista e conservador (SOARES, *et al*, 2021, p.9).

Entretanto, logo após da publicação desse documento sobre o “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus covid-19”, o conjunto CFESS/CRESS emitiu uma Orientação Normativa nº 03/2020, onde consta que “a comunicação de óbito não se constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social” (CFESS, 2020, p.1).

A comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa mortis dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes (CFESS, 2020, p.02).

A normativa ainda prevê que o assistente social deve se ater às suas atribuições e competências profissionais, com vistas a oferecer o melhor atendimento ao usuário nos serviços de saúde, preservando primordialmente a qualidade dos atendimentos prestados nesse momento delicado emergencial, e, portanto, não está obrigado a realizar atividades que sejam incompatíveis com a legislação profissional vigente (CFESS, 2020).

No entanto, sabe-se que, com a realidade posta com a pandemia da covid-19, muitos profissionais tiveram que ir além de suas condições e espaço, para que pudessem atender aos usuários. A exemplo de um dos CAPS do município de Maceió/AL, acerca dos atendimentos que acabam sobrecarregando os profissionais:

[...] sempre dando um jeito para que seja feito, estamos procurando ao máximo se desdobrar, para poder dar conta, mesmo com a redução de usuários dentro do serviço. Mas, temos um público fora da instituição que não está adentrando no serviço, mas que fazem parte do público atendido pelos assistentes sociais (SUJEITO DA PESQUISA, 2021).

Pela natureza essencial da atuação profissional e pelo reconhecimento de que o assistente social, é um profissional da saúde, assim, como médicos/as, enfermeiros/as, psicólogos/as, farmacêuticos/as, dentre outras categorias profissionais, reforça, ainda mais, a importância do trabalho do/a assistente social em situações de emergência como a atual. Implicando assim, uma preocupação e rigor maior no processo de higienização e na utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC) (CFESS, 2020).

Evidentemente que, em relação aos atendimentos reservados, de "portas fechadas" (como referido na Resolução) para a garantia de sigilo, caso venha a ocorrer nesse período, é possível haver flexibilização, de modo a garantir a proteção de profissional e usuário/a (CFESS, 2020, s/p).

Entretanto, diferentes conflitos e violações passaram a ser identificados, tendo em vista a excepcionalidade da situação, a limitação de insumos e recursos necessários para o profissional lidar com o vírus diariamente em seu local de trabalho (CFESS, 2020).

Assim, mediante o disposto pelo CFESS em abril de 2020, há “[...] uma ausência de fornecimento ou de fornecimento insuficiente de Equipamentos de Proteção Individual – EPI para assistentes sociais, especificamente no contexto de exercício profissional durante a pandemia causada pelo covid-19” (CFESS, 2020, p. 01). De modo que,

[...] a Comissão de Orientação e Fiscalização Profissional – COFI do CFESS efetuou levantamento junto aos Conselhos Regionais de Serviço Social – CRESS a fim de verificar as ações realizadas pelos Regionais e as questões recebidas dos/as profissionais no âmbito do trabalho em meio à referida pandemia. A constatação de lacunas no provimento de EPI aos/as assistentes sociais na maioria dos estados brasileiros fez com que o CFESS solicitasse estudo sobre as possibilidades de medidas jurídicas para tratar dessa questão. (CFESS, 2020, p. 01).

Em Maceió/AL, os EPIs viabilizados aos profissionais de um dos CAPS foram o “[...] capote, protetor facial, luvas e máscaras foram disponibilizados dentro da instituição”. (SUJEITO DA PESQUISA, 2021).

De acordo com o referido levantamento realizado pelo CFESS junto aos CRESS, as devolutivas indicaram, o seguinte panorama: “[...] i) dos 27 (vinte e sete) Regionais, 14 (quatorze) responderam informando situações de violações e 13 (treze) não enviaram resposta ou não apresentaram demandas referentes a fornecimento e/ou uso de EPI”.

A seguir, a tabela 3 abaixo, irá contribuir para uma melhor percepção da relação das demandas apresentadas pelos CRESS, explicitadas, anteriormente:

Tabela 3: Tabela regional dos tipos de demandas de violação do fornecimento dos EPIs

REGIÃO	UF	TIPO DE DEMANDA
Centro-Oeste	Mato Grosso	Demandas principalmente na assistência social e nos municípios do interior. Ausência de demandas por profissionais da saúde.
Norte	Amapá	Dúvidas sobre que EPI usar em que situação
	Rondônia	Sem formalização de demanda no Cress; relato de falta de EPI em CRAS e CREAS
	Tocantins	Limite ao uso de EPI, sendo restrito a uma máscara/dia em alguns hospitais
Nordeste	Alagoas	Um CAPSi (sem especificação do município, nem da unidade)
	Bahia	Ausência ou dificuldade de acesso nas políticas de saúde e de assistência social
	Ceará	Muitas denúncias recebidas pelo Cress, principalmente da saúde e da assistência social
	Maranhão	Poucas demandas. Cita uma unidade prisional, sem especificar qual, nem seu município
	Paraíba	Várias demandas, principalmente na saúde e assistência social. Cress criou canal de comunicação (no WhatsApp) para incidência junto à coordenação dos serviços
	Pernambuco	Demandas em municípios do interior (sem especificação de quais)
Sudeste	Minas Gerais	Ausência de EPI para residentes de saúde da família/AB
	São Paulo	Relata demanda em São José do Rio Preto (Cfess e Cress já acompanham; notificação extrajudicial do Cfess e retorno sobre EPI)
Sul	Paraná	Dúvidas sobre possibilidade de recusa de atendimento caso não seja assegurada as condições de proteção; CRESS já está incidindo junto a gestores conforme demanda dos/as profissionais
	Rio Grande do Sul	Ausência de tratamento igualitário em relação a outras profissões no que se refere à proteção no trabalho, em especial na assistência social (apenas psicólogo entendido como profissional da saúde). *Relatam que acionaram o MP sobre condições éticas e técnicas de trabalho na assistência social em Porto Alegre. Devolutiva: “MP concorda que esta é uma prerrogativa do CRESS e quer saber se persistem os problemas, mas não tem como responder porque agentes fiscais estão em trabalho remoto.”

Fonte: respostas dos CRESS à consulta do CFESS.

Atender aos usuários dentro de espaços como o CAPS de Maceió/AL, no qual é de suma importância o uso de EPI, também, por parte dos usuários, é um grande desafio, como expõe a assistente social:

O atendimento era de forma humanizada, mas eles eram muito resistentes ao uso de máscara. A higiene dos usuários sempre foi muito precária, então era o risco muito grande para a gente (profissionais) lidar com eles, e essa resistência ao uso das máscaras. (SUJEITO DA PESQUISA, 2021).

Acontecimentos como estes, implicam também nas demandas, visto que sem o uso da máscara de forma correta pelos usuários, os profissionais se viam sem alternativas, como declara a assistente social:

No que se refere ao serviço do Assistente Social, muitos dos usuários ficaram alojados em abrigos, então houve visita e realizações de grupos dinâmicos, dentro dos abrigos. Porém, depois foi necessário parar um pouco com os grupos dentro da instituição, devido aos usuários serem muito resistentes ao uso das máscaras. Então foi necessário parar por um tempo com os grupos, mas as visitas continuaram com frequências. Foi importante que conheci instituições e comunidades que antes não conhecia, e isso foi muito bom (SUJEITO DA PESQUISA, 2021).

Além desta problemática da violação do fornecimento dos EPIs indispensáveis ao profissional diante de um árduo cenário atual, como não sobrecarregar o assistente social com atribuições que não lhe compete? Para isso, órgãos competentes evidenciaram ainda mais a importância em seguir as atribuições privativas e competências profissionais, baseados na orientação normativa e do CRESS.

Em relação especificamente ao trabalho do Serviço Social, as/os profissionais devem decidir com autonomia sobre a forma de atendimento mais adequada em cada situação. Neste momento de pandemia, cabe ressaltar o disposto na Orientação Normativa do CFESS, nº 03/2020, na qual é reafirmada que “a comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa mortis dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação”. Ressaltamos também que as condições de trabalho, independentemente da situação atual, devem ser exigidas, conforme preconiza a Resolução CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social (CRESS-ES, 2020, s/p).

Essa forma de trabalho ocasiona uma sobrecarga, visto que agora com um grande número de profissionais trabalhando em suas residências, o chamado *home office* trouxe consigo uma extensão da jornada de trabalho, uma vez que, as demandas acadêmicas, de usuários, entre outros, vão chegando, e se fundem com as obrigações de muitos pais e mães que agora trabalham em casa.

Essa situação supracitada, incide na suspensão de atividades presenciais de suma importância para os usuários, como visita domiciliar, atividades em grupos, entrevistas, acolhimentos nos CAPS entre outras instituições. Logo, o trabalho remoto²³ teve que ser

²³ O trabalho remoto é um termo que expressa toda prestação de serviços que é feita à distância. Ou seja, quando o colaborador não está trabalhando nas dependências da instituição. Para o Serviço Social em meio à pandemia, o trabalho remoto facilitou para a não descontinuidade dos serviços essenciais à população usuária, porém, nem

preparado e adaptado para atender ao público que diante da pandemia se viu sem esses serviços essenciais, e muitos, sem confiança em expor suas necessidades e dúvidas ao profissional que estaria do outro lado da tela, com receio de que essas informações não estivessem sendo sigilosas, como consta no Código de Ética Profissional/1993 tendo em vista que, manter sigilo usando a tecnologia, sendo que, muitas das vezes, o violador reside com a vítima- nos casos de demandas de violência doméstica- e outra parte está em vulnerabilidade social, sem ter acesso as condições de moradia, alimentação, acesso tecnológico, conhecimento para uso de equipamentos, entre outros.

Tais ocorrências implicam em dificuldades na permanência do sigilo profissional, principalmente em tempos de pandemia da covid-19. Logo, relata a dificuldade enfrentada:

Muito complicado, pois como a grande maioria dos usuários não podiam entrar na instituição, e no momento em que foi liberado a entrada, as salas estavam ocupadas, então era necessário procurar um local reservado, mas aberto, arejado. Então foi feito o possível para o sigilo. Mas foi difícil, devido a estrutura do local, que antes já era precário, e agora na pandemia, foi pior (SUJEITO DA PESQUISA, 2021).

Um dos desafios enfrentados pelo assistente social, no âmbito da saúde mental, é a capacidade em atender a realidade dos usuários, dado os processos de desmonte que essa política vem passando, de tal maneira, a construir estratégias voltadas aos direitos dos mesmos, usando mecanismos que possam chegar à concretização desses direitos. Na área da saúde mental, a efetivação dos direitos parte da premissa das relações das redes e do envolvimento da equipe multidisciplinar (APPEL, 2017). Atrelado a isso, na esfera do controle social,

[...] no nível dos CAPS temos por desafio problematizar a natureza da atividade denominada assembleia, para além de sua função terapêutica, para alçá-la à participação na gestão. Com intuito de instigar a participação dos usuários e seus familiares nas organizações da instituição, o assistente social com a sua imensa importância “deve programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente” (CFESS, Art. N° 8, alínea ‘a’, 1993, p .31) fazendo uma articulação promovendo a participação popular (APPEL, 2017, p. 11).

todas as ações profissionais tinham a possibilidade de ser realizada à distância, como a avaliação social, estudo social e parecer social não devem entrar no rol dos procedimentos que podem ser executados à distância. “Isso, porque a avaliação resultante dessas atividades depende da análise de elementos e circunstâncias concretas da realidade social, que não podem ser inferidos por meio da análise documental, dependendo também de outros procedimentos técnicos que devem ser operacionalizados” (CFESS, 2020, p.4).

Segundo Mota; Rodrigues (2016), ao citar Robaina (2010), afirma existir duas matrizes de atuação do assistente social na saúde mental, onde a primeira é voltada para o Serviço Social na atividade “clínica”, na qual este, torna-se, subordinado devido a força hegemônica dos saberes “psi”, logo, ludibria o mandato social da profissão. De modo, que,

Essa matriz é pautada na atuação que prioriza a identidade profissional e a autonomia técnica do Serviço Social, a qual possibilita contribuir na identificação das determinações sociais que estruturam as expressões da questão social na saúde mental, sem negar a interdisciplinaridade (ROBAINA, 2010 apud MOTA; RODRIGUES, 2016, p. 659).

A segunda é do Projeto Ético Político Profissional que busca oferecer, na perspectiva de fortalecimento dos sujeitos, uma maior qualidade no serviço, e na promoção de direitos aos usuários (ROBAINA, 2010 apud MOTA; RODRIGUES, 2016).

Além das explicações supracitadas, o assistente social ao atuar na saúde mental, mais precisamente no CAPS, se depara com mais um agravante, visto que “[...] existe uma disputa político-ideológica entre os diversos saberes que repercutem na operacionalização das ações desenvolvidas na instituição [...]”, isso acaba por dificultar o fazer profissional do assistente social, além dos desvios de funções principalmente na área da saúde onde em alguns casos, o assistente social é destinado a formular e entregar atestados médicos aos usuários (MOTA;RODRIGUES, 2016, p.661).

Outro fator em relação as dificuldades dos assistentes sociais, verificadas especificamente, é a falta de recursos para o desempenho do exercício profissional, tais como: veículos disponíveis para que os profissionais possam realizar as visitas domiciliares; a falta de profissionais de segurança na instituição; falta de materiais que possam servir para atividades educativas com os usuários, entre outros. Todas essas situações implicam no desempenho dos profissionais, que por muitas vezes, precisam comprar materiais usando seu próprio recurso financeiro; ou afim de realizar atividades externas com os usuários, utilizam seus próprios veículos, no intuito de proporcionar uma vida mais social aos acometidos com transtornos mentais e/ou usuários de álcool e outras drogas.

Desde a década de 1960, que os assistentes sociais têm sido solicitados a atuarem na área de saúde mental em Alagoas/AL. No entanto, as décadas de 1970 e 1990 foram o período em que tiveram maior absorção de assistentes sociais nas instituições de saúde mental em Alagoas (BARBOSA, 2006). O assistente social se depara com algumas insuficiências de âmbito financeiro e de infraestrutura das instituições empregadoras, como por exemplo, no

CAPS, a profissional já começa tendo que lidar com a falta de segurança na instituição, falta de recursos para poder realizar visitas domiciliares com mais frequências, realizar grupos psicoterapêuticos com os usuários e/ou com suas famílias, com equipamentos tecnológicos da própria instituição, dentre outros.

Além destas, supracitadas, os assistentes sociais de forma geral, se deparam com demandas que os desafiam a terem conhecimentos definidos no que tange suas competências e atribuições, dotadas de um projeto ético-político e olhar crítico da realidade, para que o profissional possa atuar de modo a romper com o conservadorismo, e intervir ao que lhe compete.

Mediante o exposto, nota-se, a partir do relato de experiência realizado em um CAP de Maceió/AL, que a realidade vivenciada pelos assistentes sociais no cenário pandêmico trouxe a ampliação das péssimas condições de trabalho, tanto de infraestrutura do serviço em que atua, como dos meios de proteção contra a contaminação da covid-19 entre profissionais e usuários. Além da ampliação das demandas postas ao profissional, onde ficou claro que houve um número maior de pessoas com transtornos mentais durante a pandemia, assim como houve um crescente nível de pessoas que tiveram seus direitos fundamentais violados, seus laços familiares fragilizados/rompidos, com o aumento da extrema pobreza em que a crise estrutural pandêmica ocasionou na vida da população, a partir dos decretos governamentais em prol da diminuição dos casos de contaminação no Estado, onde algumas instituições tiveram que fechar e/ou reduzir o quadro de funcionários, favorecendo ao aumento do nível do desemprego estrutural, que já havia antes da pandemia do covid-19.

E com esta realidade, que afetou todos os níveis da vida em sociedade, estando mais visível ainda as expressões da questão social com os níveis alarmantes da pauperização e desemprego na população. O assistente social também sofreu com os impactos da crise sanitária no seu âmbito profissional, tendo que se desdobrar para haver um atendimento digno e de qualidade, àqueles que necessitam da sua intervenção profissional e a garantia dos seus direitos fundamentais em meio à realidade excepcional vivida desde 2020, com a pandemia da covid-19. Onde este, precisou se qualificar mais ainda sobre a situação em que estava intervindo, em busca de diversos meios para garantir a não interrupção do tratamento com os usuários da RAPS, procurando haver uma comunicação entre as redes, como afirma o relato de experiência da assistente social, assim como teve que ampliar os seus horizontes de possibilidades interventivas, para manter uma relação de intervenção e garantia de direitos com os usuários, em um cenário de crise estrutural política-econômica-social no país e no Estado de Alagoas.

CONCLUSÕES

Ao longo do trabalho, discutiu-se sobre a atuação do Serviço Social no contexto pandêmico, em que procurou investigar as condições de trabalho, demandas profissionais, tendo em vista o número expressivo de usuários acometidos de sofrimento mental no Brasil, que alavancou, ainda mais, com a pandemia oriunda da covid-19. Diante da trajetória histórica da política de saúde mental no Brasil, buscamos, compreender a evolução dessa política nos governos presidenciais brasileiro, a fim de apreender como se deu o processo de desospitalização gradativa no tratamento psíquico, visando possibilitar melhores condições no cuidado com o paciente psiquiátrico.

Mediante muitas lutas e descobertas científicas, influenciadas pelas transformações mundiais, a partir dos anos de 1970, dá-se início, ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, com a proposta de extinção dos manicômios e a defesa por serviços abertos, comunitários e públicos, sendo o Centro de Atenção Psicossocial um dos produtos desse movimento. Nesse viés da luta em busca de direitos sociais, em 1986, houve a 8ª Conferência de Saúde, onde a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) foi explanada para o país.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde, possibilitou-se, o fortalecimento de subsídios necessários para atender as demandas oriundas da parcela da sociedade que sofre de doença mental no país. Neste contexto de avanços legais, houve também, muitas regressões no campo dos direitos, já conquistados. Conforme os avanços históricos na política de saúde mental no Brasil, citados no decorrer deste trabalho, com o novo sentido dado à assistência mais humanizada e integral dos acometidos com sofrimentos mentais, houve, também, um retrocesso gigantesco no que cerne os avanços legais históricos de uma longa caminhada de luta e conquistas nesta área.

Vimos que, no que tange ao investimento do atual governo federal nos serviços que integram a Rede de Cuidados em Saúde Mental brasileira, afim de garantir a desinstitucionalização, os investimentos federais foram extremamente inferiores às reais necessidades da complexa rede de cuidados, tornando os serviços bastante limitados, principalmente, no período da pandemia da covid-19. Além da nomeação para a Coordenação Nacional de Saúde Mental de um ex-dirigente de hospital psiquiátrico do país, defensor de posições contrárias à luta antimanicomial; e a instabilidade da política de saúde no Brasil, ainda houve a implementação da Emenda Constitucional nº 95, a qual congelou por vinte anos

os investimentos na Seguridade Social, durante o mandato presidencial de Michel Temer, sendo um verdadeiro desmonte dos pilares de um modelo de saúde mental mais humanizado no país.

Atualmente, com o presidente Jair Bolsonaro, na presidência, a hospitalização em manicômio teve centralidade no Ministério da Saúde, onde este reorientou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e promoveu mudanças drásticas e polêmicas no tratamento da saúde mental no país, com a compra de aparelhos de eletrochoque para o Sistema Único de Saúde (SUS), a abstinência como tratamento de pessoas dependentes de álcool e outras drogas, dentre outras ações que revelam a dimensão do retrocesso da política de saúde mental.

Com isso, diante da pesquisa bibliográfica realizada, pôde-se ter uma melhor compreensão acerca do sistema de proteção social brasileiro, suas reais necessidades e possibilidades, como também sua regressão e violação que perpassa sua trajetória histórica até os dias atuais. Pois, segundo Faermann (2015, p. 12), “[...] no Brasil, o sistema de proteção social caracteriza-se por sua incipiência, sendo incapaz de enfrentar as vulnerabilidades que atingem parcelas significativas da população”.

Um exemplo claro acerca desta problemática histórica na política de saúde no país, é o caos instalado na saúde pública brasileira, que atinge diversos estados e municípios a bastante tempo, mesmo sendo amplamente divulgado e comentado, como a falta de atendimento à população, as constantes mortes nos hospitais, a precarização das condições de trabalho dos profissionais, da falta de insumos e/ou equipamentos, a falta de humanização no atendimento e a privatização generalizada desse setor.

Como resultado desta dura realidade brasileira, há um acelerado processo do desemprego estrutural, a erosão dos direitos sociais e a “desresponsabilização” do Estado no enfrentamento da questão social. E é nesse cenário que o trabalho do assistente social está inserido, sua intervenção no âmbito das políticas sociais sofre rebatimentos das condições postas pelo capitalismo vigente, além de sofrer as consequências da precarização do ambiente e ferramentas institucionais para intervir com qualidade na realidade social dos usuários.

Juntamente com a crise sanitária, a pandemia da covid-19 trouxe rebatimentos também em toda a estrutura societária, abrangendo todo o aparato econômico, político, social e psicossocial, onde a sociedade vê-se insegura com a sua saúde, afetando sua vida em todos os níveis, e por conseguinte, aumenta também, os níveis de adoecimentos mentais no país.

Outros pontos ficaram ainda mais evidentes, diante da situação supracitada. Uma delas, a desigualdade social presente no Brasil, a qual exacerba a vulnerabilidade e risco social da classe trabalhadora, dentre outros fatores, que agravaram ainda mais a situação

relacionada ao fato de triplicar o número de usuários que necessitam de auxílio para uma vida digna, pois as bases fundamentais de subsistência - alimentação, de saúde, financeiro - e funerário, sofreram um ataque drasticamente, devido à crise estrutural proveniente da pandemia no país.

Ao modo que tais fatos estão ocorrendo, o posicionamento que o presidente Jair Bolsonaro tomava frente a realidade crítica em que assolava o país em sua totalidade, era cada vez mais preocupante, visto suas atitudes diante da calamidade vivenciava, e mais uma vez, nos deparamos com um retrocesso dos direitos, desde a revogação de 99 portarias que regulamentavam o tratamento mental e de dependentes químicos, reduzindo, assim, os investimentos nos CAPS, ao passo que aumenta a verba destinada a hospitais psiquiátricos.

Pensar sobre a atuação do Serviço Social, na Política de Saúde mental, apreendendo a atuação profissional, as demandas e as condições de trabalho no contexto da pandemia da covid-19, é desafiador, visto que, essa realidade vem se desdobrando.

Ao considerar o Serviço Social como um profissional da área da saúde, conforme apresenta a resolução do CFESS nº 383/99, durante esse período pandêmico, o assistente social teve uma maior requisição profissional, pois, muito se agravou a vulnerabilidade social no país e no mundo. As expressões da questão social, tornaram-se, fortemente presente na sociedade, devido à crise estrutural econômica, com o desemprego, a pauperização, dentre outros.

Com o aumento crescente do número das demandas dos usuários, os profissionais se viram altamente sobrecarregados. E mesmo em uma situação de calamidade, não se deve adentrar na perspectiva se devam fazer tudo o que chega, sem identificar, o que de fato, constitui atribuição e competência. Diante das inúmeras situações emergenciais, provenientes da crise sanitária atual, que requer uma resposta profissional imediata, o assistente social é resguardado legalmente a responder o que consta na lei que regulamenta a profissão e, em outras legislações que estabelecem as prerrogativas.

Um exemplo acerca de requisições técnico-administrativas equivocadas para o Serviço Social e que houve uma normatização atual durante a pandemia, foi a criação pelo Ministério da Saúde de um documento específico para o “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus covid-19” para os profissionais da saúde, e nele consta como competência do assistente social, realizar a comunicação de óbito a familiares, amigos e responsáveis durante a pandemia; e os demais procedimentos administrativos para tal.

Entretanto, logo após da publicação desse documento sobre o “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus covid-19”, o conjunto CFESS/CRESS emitiu uma Orientação

Normativa nº 03/2020, onde consta que “a comunicação de óbito não se constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social” (CFESS, 2020, p.01). Devendo, portanto, ser realizada por profissionais que tenham conhecimentos específicos da causa da morte, sendo um trabalho em equipe, entre médico, enfermeiro, psicólogo e/ou outros profissionais.

Sendo o/a assistente social, de acordo com o CFESS (2020), responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes.

Com base nas informações obtidas pelo relato de experiência da assistente social de um dos CAPS de Maceió/AL, ficou evidente que, no início do ano de 2020, quando houve o surto do coronavírus no país, todo o serviço da instituição foi afetado, pois não haviam atendimentos aos usuários externos, só aos que já estavam internos, acolhidos no serviço. Apenas no mês de março de 2021 que voltou o atendimento a essa parcela usuária externa, porém de forma bem reduzida.

Visto que, pelo fato do serviço de acolhimento no CAPS ter a duração de apenas 15 dias, houve uma redução do número de ocupação dos leitos da instituição, por existir uma Casa de Passagem onde os usuários estavam ficando mais que nos CAPS, desde o início da pandemia, pois, lá eles recebem toda a alimentação necessária, o que atualmente não estava acontecendo no serviço, tornando, assim um desafio para os assistentes sociais e os demais profissionais em continuar mantendo o tratamento a distância com eles.

No que se refere ao fornecimento de alimentos destinados aos usuários externos da instituição, este foi cancelado, enquanto que o fornecimento aos usuários internos, que estavam acolhidos, por muitas vezes, teve que haver o financiamento dos insumos alimentícios por parte da gerência, por não haver verba federal suficiente. Situação essa de precarização extrema e desassistência ao CAPS, assim como, possivelmente outras instituições da RAPS. Visto que esta seria uma responsabilidade do governo do Estado em manter em pleno funcionamento, sem interrupção das atividades essenciais da instituição, já que, os usuários dependem da instituição para manter o mínimo de subsistência.

Em virtude de grande parte da população usuária da Política de Saúde Mental no país, ser predominantemente de usuários que sofrem de ausência de moradia digna, da violência, do abandono familiar, da falta de emprego e escolaridade, dentre outros, demandam uma atenção integral, para além da assistência à saúde mental, envolvendo as diversas políticas sociais,

intervindo na realidade do usuário em suas inúmeras faces, priorizando assim, a intervenção inter e multidisciplinar.

Como explanamos no decorrer do resultado da pesquisa, grande parte dos usuários do CAPS ficaram alojados em abrigos, e por isso houve uma maior demanda de visitas domiciliares nos abrigos, visitas aos seus familiares, a realização de grupos terapêuticos dentro dos abrigos, dentre outras ações interventivas. As visitas domiciliares continuaram com frequência, possibilitando ao profissional conhecer as mais diversas instituições e comunidades que antes não conhecia, como ela relata.

De acordo com o relato de experiência, foi destacado algumas atribuições do Serviço Social na instituição, tais como: providenciar documentos de registro civil do usuário e/ou outras documentações, entrar em contato com outras instituições da RAPS, assim como os abrigos, fazer encaminhamentos para estes, realizar atendimentos individuais de forma humanizada em locais abertos respeitando o distanciamento social e a preservação da garantia do sigilo profissional, mesmo sendo algo difícil de se manter devido a estrutura do local, que antes já era precário e agora com a pandemia ficou pior.

Como vimos nos relatos da assistente social, faltava insumos necessários para garantir a proteção dentro da instituição, como a ausência de termômetros, oxímetros, acrílico de proteção nas mesas para separar o usuário do profissional e a limpeza das salas com álcool, os próprios profissionais tiveram que realizar a limpeza e a pedir que o usuário se afastasse, afim de manter o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde. Assim como, suporte financeiro para garantir a alimentação dos usuários acolhidos no CAPS, percebe-se um descaso total com a RAPS, representando assim, uma das dificuldades enfrentadas pelos profissionais, sem falar nas condições de trabalho, totalmente precárias, implicando na dificuldade de realização do trabalho e, em particular, manter o sigilo profissional.

Outros fatores que impossibilitam a realização do trabalho, desde antes da pandemia são: veículos disponíveis para que os profissionais possam realizar as visitas domiciliares; a falta de profissionais de segurança na instituição; falta de materiais que possam servir para atividades educativas com os usuários, entre outros. Todas essas situações implicam no desempenho dos profissionais, que por muitas vezes, precisam comprar materiais; ou afim de realizar atividades externas com os usuários, utilizam seus próprios veículos.

Neste contexto pandêmico, como em muitas instituições, houve a adesão ao trabalho remoto afim de diminuir os casos de contaminação da covid-19 no Estado, e, especificamente, no CAPS, foi um pouco diferente, pois a flexibilização do quadro de funcionários foi somente para aqueles que possuíam algum tipo de comorbidade e/ou uma idade mais avançada, que se

encaixasse no grupo de risco, sendo então, liberados a trabalhar de forma remota. O restante dos profissionais atuou por meio de revezamento durante a semana, mas isso não chegou a afetar os serviços prestados da instituição, de acordo com a pesquisa realizada.

De forma que, esta forma de trabalho, também ocasiona, uma sobrecarga, visto que agora com um grande número de profissionais trabalhando em suas residências, o chamado *home office* trouxe consigo uma extensão da jornada de trabalho, uma vez que, as demandas acadêmicas, de usuários, entre outros, vão chegando, e se fundem com as obrigações de muitos pais e mães que agora trabalham em casa.

Além dos fatores, já mencionados, nota-se que as condições efetivas para a atuação do assistente social, ainda estão distantes dos padrões mínimos necessários, como podemos destacar a presença de salários inferiores da categoria, os vínculos empregatícios precários, as políticas sociais focalizadas e seletivas, a falta de recursos financeiros e de infraestrutura nas instituições empregadoras, a falta de autonomia e de reconhecimento do trabalho, e dentre outras precarizações que afetam diretamente o assistente social.

Contudo, podemos concluir que a crise sanitária proveniente da pandemia confirmou ainda mais, o papel extremamente imprescindível do assistente social na política de saúde e de saúde mental, pois a atual situação da pandemia de coronavírus trouxe desafios sem precedentes em níveis coletivos e individuais, onde a saúde mental da população ficou totalmente vulnerável, tornando um enorme desafio para os serviços especializados nesse âmbito, intervir nesta demanda.

Cabe considerar que o assistente social necessita de uma maior valorização do seu papel profissional, em que seja garantida condições físicas e técnicas de exercer sua intervenção profissional com dignidade e qualidade, como preza as normativas legais da profissão, melhores condições contratuais empregatícias e conseqüentemente, uma faixa salarial que seja compatível com a categoria profissional, além do respeito pelas suas atribuições e competências.

REFERÊNCIAS

ABRASCO/Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Nota contra a proposta de desmonte da Rede de Atenção Psicossocial apresentada pelo Ministério da Saúde**. 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-contra-a-proposta-de-desmonte-da-rede-de-atencao-psicossocial-apresentada-pelo-ministerio-da-saude/54848/>>. Acesso em 12/03/21.

ACCARINI, Andre. **Programas de saúde mental correm risco de serem destruídos por Bolsonaro**, 2020. Disponível em: <<https://www.cut.org.br/noticias/programas-de-saude-mental-correm-risco-de-serem-destruidos-por-bolsonaro-02e8>>. Acesso em 13/03/21.

ALMEIDA, Daiane Leite de. **Saúde Mental na Atenção Primária: atuação das equipes de estratégia de saúde da família do município de Maceió, Alagoas**. Centro Universitário Tiradentes. Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas. Maceió/AL, 2019, p.110. Disponível em: <http://sotepp.unit.br/wp-content/uploads/2019/08/2019_Saude-mental-na-atencao-primaria-atuacao-das-equipes-de-estrategia-de-saude-da-fami%CC%81lia-do-municipio-de-Maceio-Alagoas.pdf>. Acesso em 10/06/21.

AMARAL, Osvaldo Lopes do. **Transtornos Mentais**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.inef.com.br/Transtornos.html>>. Acesso em 22/04/21.

ANTONIO, Gisele Damian. **SUS e a Saúde no Brasil**. Portal Educação. 2008. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/idiomas/sus-e-a-saude-no-brasil/6830#>>. Acesso em 02/12/20.

APPEL, Nicolle Montardo. **O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção**. VIII Jornada Internacional Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. Centro de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em políticas Públicas. 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaudementalesuasestrategiasdeintervencao.pdf>>. Acesso em 20/03/21.

BADDINI, Bruna; FERNANDES, Daniel. **Primeira pessoa é vacinada contra Covid-19 no Brasil**. CNN Brasil. São Paulo. 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2021/01/17/primeira-pessoa-e-vacinada-contra-covid-19-no-brasil>>. Acesso em 13/03/21.

BARBOSA, T. K. G. B. de M. **Saúde Mental e demandas profissionais para o Serviço Social**. Universidade Federal de Alagoas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado. Maceió/AL, p. 145. 2006. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/789/1/Dissertacao_ThaisKarinaGuedesBarbosa_Completa_2006.pdf>. Acesso em 12/04/21.

BATISTA, Roberta. **Aumento na demanda por leitos de UTI demonstra agravamento da pandemia em Alagoas, aponta pesquisa**. TV Gazeta de Alagoas. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2021/01/19/alagoas-volta-a-registrar-aumento-na-demanda-por-leitos-de-uti-para-covid-19-aponta-pesquisa.ghtml>>. Acesso em 11/03/21.

BBC News. **As mudanças anunciadas pelo governo Bolsonaro em dia de 'dança das cadeiras' nos ministérios**. 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56572044>>. Acesso em 08/04/21.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, v.30, n.3, dez. 1996, p.380-98. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04>>. Acesso em 19/03/21.

BEZERRA, Juliana. **Estado de Bem-Estar Social**. Toda Matéria. 2018. Disponível em: <<https://www.todamateria.com.br/estado-de-bem-estar-social/>>. Acesso em 10/11/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus - Sintomas**. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/sintomas>>. Acesso em 10/03/21.

_____. Ministério da Saúde. **Mais de R\$ 90 milhões investidos em Saúde Mental**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2020. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/6816>>. Acesso em 10/03/21.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Perguntas e respostas. O que é o novo coronavírus?**. Minas Gerais. 2021. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.mg.gov.br/perguntaserespostas>>. Acesso em 10/03/21.

_____. Ministério da Saúde. **25/7 – Aniversário de criação do Ministério da Saúde**. 2020. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3252-25-7-aniversario-de-criacao-do-ministerio-da-saude-2>>. Acesso em 10/12/20.

_____. Governo do Brasil. **Acompanhar solicitação do Auxílio Emergencial (Coronavírus - COVID 19)**. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/acompanhar-solicitacao-auxilio-emergencial-de-r-600-covid-19>>. Acesso em 12/03/21.

_____. Ministério da Saúde. **Assistente social humaniza o atendimento aos usuários do SUS**. 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/servicos/32337-assistente-social-humaniza-o-atendimento-aos-usuarios-do-sus>>. Acesso em 25/06/19.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 01/02/21.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>. Acesso em 27/01/21.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. COE/SVS/MS. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/files/banner_coronavirus/GuiaMS-Recomendacoesdeprotecaotrabalhadore-COVID-19.pdf>. Acesso em 22/04/21.

_____. Ministério da Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno. Saúde Mental**. 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad7.pdf>. Acesso em 22/04/21.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância e controle da peste**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2008, p. 92.

_____. Ministério da Saúde. **Controle de endemias**. Secretaria Executiva. Brasília. 2001, p. 36.

_____. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro. 1941. Disponível em:

<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf>. Acesso em 07/03/21.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos.** Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em 21/03/21.

_____. Ministério da Saúde. **Memória da Loucura: Apostila de Monitoria.** Secretaria Executiva. Brasília. 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf>. Acesso em: 26/06/19.

_____. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** s/a. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-de-atencao-psicossocial-raps>>. Acesso em: 26/06/19.

_____. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS.** s/a. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 16/07/19.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o Controle Social na Saúde.** Brasília/DF. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf>. Acesso em 17/07/19.

_____. Ministério da Saúde. **Dia Nacional de Luta Antimanicomial é comemorado no País.** 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/18_mai_luta_antimanicomial.html>. Acesso em 21/07/19.

_____. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Saúde Mental.** s/a. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>>. Acesso em 17/07/19.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas.** 2018. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-449-de-25-de-outubro-de-2018-48228176>>. Acesso em 17/07/19.

_____. **Portaria** n° **336/02.** Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 14/12/20.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 3088/11. Rede de Atenção Psicossocial.** Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 14/12/20.

_____. Ministério da Saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19.** Brasília/DF, 2020. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/manejo_corpos_coronavirus_versao1_25_mar20_rev3.pdf. Acesso em 13/04/21.

_____. Caixa Econômica Federal. **Auxílio Emergencial.** s/a. Disponível em: <https://www.caixa.gov.br/auxilio/PAGINAS/DEFAULT2.ASPX>. Acesso em 30/03/21

_____. Governo Federal. **Ministério da Saúde investe mais de R\$ 65 milhões na ampliação da rede de saúde mental,** 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-investe-mais-de-r-65-milhoes-na-ampliacao-da-rede-de-saude-mental>. Acesso em 21/03/21.

_____. **Lei Orgânica da Saúde. Lei n° 8080/90.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 23/07/19.

_____. **Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em 22/07/19.

_____. **Lei Orgânica 8.142/90 e o Controle Social.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em 17/07/19.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social n° 8.742/93.** LOAS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em 17/07/20.

_____. **Lei n° 12.435/11.** Alteração Lei Orgânica da Assistência Social n° 8.742/93. LOAS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm. Acesso em 17/07/20.

_____. Ministério da Justiça e Cidadania. **Modalidades de tratamento e encaminhamento**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. SUPERA. Módulo 6. 11ª edição. Brasília, p. 142, 2017. Disponível em: <https://www.supera.org.br/@/material/mtd/pdf/SUP/SUP_Mod6.pdf>. Acesso em 17/07/20.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: Elementos para o debate. Rio de Janeiro, p. 22. 2004.

BRUM, Eliane. **Pesquisa revela que Bolsonaro executou uma “estratégia institucional de propagação do coronavírus”**. El País. 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-21/pesquisa-revela-que-bolsonaro-executou-uma-estrategia-institucional-de-propagacao-do-virus.html>>. Acesso em 02/03/21.

CARDOSO, Bruno. **O que é teletrabalho, quais suas vantagens e as novidades trazidas pela Reforma?** Jusbrasil. 2018. Disponível em: <<https://brunonc.jusbrasil.com.br/artigos/603033170/o-que-e-teletrabalho-quais-suas-vantagens-e-as-novidades-trazidas-pela-reforma>>. Acesso em 10/05/21.

CARVALHO, Severino. **Mais de 87 mil doses da vacina contra a Covid-19 chegam a AL**. Agência Alagoas. 2021. Disponível em: <<http://www.agenciaalagoas.al.gov.br/noticia/item/34838-mais-de-87-mil-doses-da-vacina-contr-a-covid-19-chegam-a-al>>. Acesso em 14/03/21.

CASAZZA, Ingrid Fonseca. **O acesso à água e os excluídos da prevenção à Covid-19**. Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde (Depes) da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <<http://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1789-o-acesso-a-agua-e-os-excluidos-da-prevencao-a-covid-19.html#.YEVrvmhKjIU>>. Acesso em 12/03/21.

CASTANHO, Fábio. MILITÃO, Eduardo. **Bolsonaro mente 5 vezes sobre covid e diz que mortes 'interessam a alguns'**. UOL. Brasília e São Paulo. 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/01/bolsonaro-covid-mortes-interessam-a-alguns.htm>>. Acesso em 02/03/21.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA. CEPAL. **Pandemia de COVID-19 levará à maior contração da atividade econômica na história da região: cairá -5,3% em 2020**. 2020. Disponível em: <<https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/pandemia-covid-19-levara-maior-contracao-atividade-economica-historia-regiao-caira-53>>. Acesso em 26/01/21.

_____. **CEPAL e OIT alertam que o mercado de trabalho na América Latina e no Caribe terá uma lenta recuperação após a pandemia da COVID-19.** 2020. Disponível em: <<https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/cepal-oit-alertam-que-o-mercado-trabalho-america-latina-caribe-tera-lenta-recuperacao>>. Acesso em 23/01/21.

CERQUEIRA, Sofia, *et al.* **Covid-19: o drama nos hospitais públicos e as saídas para mitigar a crise.** Revista Veja. 2020. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/saude/covid-19-o-drama-nos-hospitais-publicos-e-as-saidas-para-mitigar-a-crise/>>. Acesso em 04/03/21.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. **Resolução CFESS n.º 383/99 de 29/03/1999.** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em 15/03/21.

_____. **Resolução CFESS n.º 493/2006 de 21 de agosto de 2006.** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf>. Acesso em 15/03/21.

_____. **O CFESS.** s/a. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/o-cfess>>. Acesso em 16/03/21.

_____. **Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social.** CFESS Manifesta. Brasília, p. 4. 2020. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>>. Acesso em 29/04/20.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília, p. 42. 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf>. Acesso em 16/03/21.

_____. **Práticas terapêuticas no âmbito do Serviço Social: subsídios para aprofundamento do estudo.** Brasília, p. 16. 2008. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/praticasterapeuticas.pdf>>. Acesso em 16/03/21.

_____. **CFESS divulga nota sobre o exercício profissional diante da pandemia do Coronavírus.** Brasília. 2020. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1679>>. Acesso em 12/04/21.

_____. **Orientação Normativa n. 3/2020.** Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>>. Acesso em 13/04/21.

_____. **Atuação de assistentes sociais no Sociojurídico:** subsídios para reflexão. Brasília, p. 110. 2014. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESSsubsidijs_sociojuridico2014.pdf>. Acesso em 13/04/21.

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/1993 de Regulamentação Profissional.** 10ª Edição Revista e Atualizada. 2019.

_____. **Parecer Jurídico nº 05/2020-E:** ausência de Equipamentos de Proteção Individual – EPI para assistentes sociais e as medidas jurídicas cabíveis. Brasília, p. 23. 2020.

_____. **Relatório de fiscalização aponta graves problemas na inserção de assistentes sociais nas Comunidades Terapêuticas (CTs).** 2018. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1494>>. Acesso em 10/02/21.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. CNS. Ministério da Saúde. **Recomendação nº 036, de 11 de maio de 2020.** 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>>. Acesso em 11/03/21.

_____. **Nota Pública: CNS defende Política Nacional de Saúde Mental desinstitucionalizadora, antimanicomial e com participação social.** 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1505-nota-publica-cns-defende-politica-nacional-de-saude-mental-desinstitucionalizadora-antimanicomial-e-com-participacao-social>>. Acesso em 13/03/21.

COLLUCCI, Cláudia. **Governo Bolsonaro quer revogar portarias que sustentam política de Saúde Mental.** 2020. Folha de São Paulo. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/governo-bolsonaro-quer-revogar-portarias-que-sustentam-politica-de-saude-mental.shtml>>. Acesso em 31/01/21.

CORTEZ, Elaine Antunes; TOCANTINS, Florence Romijn. **Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2006 nov-dez; 59(6): 800-4. Rio de Janeiro, p. 5. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a15.pdf>>. Acesso em 21/03/21.

COSTA, Luciana Santos. **Entendendo um pouco mais o que é Alienação Mental.** Jusbrasil, 2019. Disponível em: <<https://lusantos2.jusbrasil.com.br/artigos/657079634/entendendo-um-pouco-mais-o-que-e-alienacao-mental>>. Acesso em 22/04/21.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - 16ª REGIÃO. CRESS-AL. **Em tempos de pandemia, dia do profissional assistente social marca agenda de valorização da categoria.** 2020. Disponível em: <<http://www.cress16.org.br/noticias/em-tempos-de-pandemia-dia-do-profissional-assistente-social-marca-agenda-de-valorizacao-da-categoria>>.

Acesso em 30/11/20.

_____. **Em Nota Pública, CRESS Alagoas defende vacinação para toda a população.** Alagoas. 2021. Disponível em: <<http://www.cress16.org.br/noticias/em-nota-publica-cress-alagoas-defende-vacinacao-para-toda-a-populacao>>. Acesso em 13/04/21.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - 17ª REGIÃO. CRESS-ES. **Valorização do Serviço Social em tempo de pandemia,** 2020. Disponível em: <<http://www.cress-es.org.br/valorizacao-do-servico-social-em-tempo-de-pandemia/>>.

Acesso em 19/11/20.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. **Retrocesso da Reforma Psiquiátrica:** o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020. e00285117. Rio de Janeiro, p. 20. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

DSM-5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [*et al.*]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

ESTADÃO CONTEÚDO. **Com superlotação por covid-19, hospitais do Alagoas já recusam pacientes.** Exame. 2020. Disponível em: <<https://exame.com/brasil/com-superlotacao-por-covid-19-hospitais-do-alagoas-ja-recusam-pacientes/>>. Acesso em 11/03/21.

ESTÂNCIA BELA VISTA. **Qual a diferença entre síndrome, transtorno e distúrbio?.** 2019. Disponível em: <<https://estanciabelavista.org.br/qual-a-diferenca-entre-sindrome-transtorno-e-disturbio/>>. Acesso em 22/04/21.

FAERMANN, Lindamar Alves. **O trabalho do assistente social no contexto da crise do capital:** problematizações necessárias. Revista em Pauta, Rio de Janeiro _ 2o Semestre de 2015- n. 36, v. 13, p. 123 – 154.

FERREIRA, Isabela Zane; NABOZNY, Lucimara. **Serviço Social e Saúde: a profissão entre a década de 1970 até a crise sanitária pandêmica.** Revista Hydra, volume 4, número 8, p. 26, 2020.

FERNANDES, Suzana Cesar Gouveia. **Saúde no Governo Vargas (1930- 1945) – Dualidade institucional de um bem público.** Rio de Janeiro, Editorial Fiocruz, p. 5. 2007. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/chci/v3n1/v3n1a10.pdf>>. Acesso em 05/03/21.

FIGUEIREDO, Cecília. **Governo Bolsonaro incentiva eletrochoques e propõe a volta dos manicômios.** Brasil de Fato. 2019. Disponível em:<<https://www.brasildefato.com.br/2019/02/08/governo-bolsonaro-incentiva-eletrochoques-e-propoe-a-volta-dos-manicomios>>. Acesso em 13/12/20.

GIUNTINI, Mariana; SANTOS, Priscilla Vilella dos. **História e razões por trás do desmonte da Saúde Mental.** Outras Palavras - Jornalismo de profundidade e pós-capitalismo, 2020. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/crise-brasileira/historia-e-razoes-por-tras-do-desmonte-da-saude-mental/#sdfootnote1sym>>. Acesso em 28/01/21.

GLOBO. **China anuncia doação de cilindros de oxigênio ao Amazonas.** 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2021/01/22/china-anuncia-doacao-de-cilindros-de-oxigenio-ao-amazonas.ghtml>>. Acesso em 07/03/21.

GLOBO. **Começa a funcionar o hospital de campanha instalado no Ginásio do Sesi, em Maceió.** 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2020/04/14/comeca-a-funcionar-o-hospital-de-campanha-instalado-no-ginasio-do-sesi-em-maceio.ghtml>>. Acesso em 11/03/21.

GLOBO. **IBGE: Brasil tem quase 52 milhões de pessoas na pobreza e 13 milhões na extrema pobreza.** Jornal Nacional. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/11/12/ibge-brasil-tem-quase-52-milhoes-de-pessoas-na-pobreza-e-13-milhoes-na-extrema-pobreza.ghtml>>. Acesso em 12/03/21.

GLOBO. **Assistente social é a primeira pessoa a receber a vacina contra a Covid-19 em Alagoas: 'Momento de muita emoção'.** TV Gazeta de Alagoas, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2021/01/19/assistente-social-e-a-primeira-pessoa-a-receber-a-vacina-contra-a-covid-19-em-alagoas-momento-de-muita-emocao.ghtml>>. Acesso em 14/03/21.

GLOBO. **Bolsonaro oficializa reforma ministerial com seis mudanças; saiba quem entra e quem sai.** 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/03/29/bolsonaro-oficializa-reforma-ministerial-com-seis-mudancas.ghtml>>. Acesso em 14/03/21.

HARDT, Caroline. **2020: o ano da Covid-19: Relembre os principais fatos sobre o vírus que parou o mundo.** Jovem Pan. 2020. Disponível em: <<https://jovempan.com.br/noticias/mundo/coronavirus-o-virus-que-parou-o-mundo.html>>. Acesso em 10/03/21.

HOSPITAL SANTA MÔNICA. **Tudo o que você precisa saber sobre transtorno mental.** 2018. Disponível em: <<https://hospitalsantamonica.com.br/tudo-o-que-voce-precisa-saber-sobre-transtorno-mental/>>. Acesso em 21/03/21.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação Profissional.** - 3. ed. - São Paulo, Cortez, p. 353. 2000. Disponível em: <<https://wandersoncmagalhaes.files.wordpress.com/2013/07/livro-o-servico-social-na-contemporaneidade-marilda-iamamoto.pdf>>. Acesso em 13/04/21.

IG SAÚDE. **Falta oxigênio: profissionais narram situação dramática em hospitais de Manaus.** 2021. Disponível em: <<https://saude.ig.com.br/coronavirus/2021-01-14/falta-oxigenio-profissionais-narram-situacao-dramatica-em-hospitais-de-manaus.html>>. Acesso em 07/03/21.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. INSS. **Benefício assistencial à pessoa com deficiência (BPC).** Ministério da Economia. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-a-pessoa-com-deficiencia-bpc#:~:text=Para%20a%20pessoa%20com%20defici%C3%A4ncia,de%20condi%C3%A7%C3%B5es%20com%20as%20demais>>. Acesso em 22/04/21.

JÚNIA, Raquel. **Crise sanitária atinge pessoas em todo o mundo.** EPSJV/Fiocruz. 2012. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/crise-sanitaria-atinge-pessoas-em-todo-o-mundo>>. Acesso em 22/04/21.

KOKAY, Erika. **Projeto de Decreto Legislativo nº _____, de 2019.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=9DD56DAC6A7856CAE9166A6BF444D539.proposicoesWebExterno1?codteor=1736753&filename=PDL+208/2019>. Acesso em 28/01/21.

LIMA, Camila Ávila de. **O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do lugar de cuidado na saúde mental**: contribuições e perspectivas para o serviço social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. PUC-SP. Mestrado em Serviço Social. São Paulo, p.132. 2015.

LISBÔA, Anna Flávia Montenegro. **Serviço Social e Saúde Mental**: limites e possibilidades da atuação do Assistente Social no CAPS III Leste – Natal/RN. Natal/RN, p. 79. 2016. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/4670/1/AnnaFML_Monografia.pdf>. Acesso em 31/03/21.

LUCENA, Rodolfo. LUCENA, Eleonora de. **O fim do capitão está mais próximo, avalia José Luís Fiori**. Brasil de Fato. 2021. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2021/03/31/o-fim-do-capitao-esta-mais-proximo-avalia-jose-luis-fiori>>. Acesso em 08/04/21.

MACHADO, Cristiani Vieira. *et al.* **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios**: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 19. 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2017.v33suppl2/e00129616/pt>>. Acesso em 21/07/19.

MARI, Jair de Jesus. **Quais os principais efeitos da pandemia na saúde mental?**. São Paulo. UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. 2020. Disponível em: <<https://www.unifesp.br/reitoria/dci/noticias-antiores-dci/item/4395-quais-os-principais-efeitos-da-pandemia-na-saude-mental>>. Acesso em 07/03/21.

MELLO, Heloisa C. **Entenda como funciona um hospital de campanha**. Blog Medicalway. 2020. Disponível em: <<https://blog.medicalway.com.br/como-funciona-um-hospital-de-campanha/>>. Acesso em 05/03/21.

MERELES, Carla. **Conheça a história da saúde pública no Brasil**. Guia do Estudante. 2018. Disponível em: <<https://guiadoestudante.abril.com.br/blog/atualidades-vestibular/conheca-a-historia-da-saude-publica-no-brasil/>>. Acesso em 16/07/19.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental**. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 19. 2008.

MIRANDA, Eduardo. **Alvo de denúncias, comunidades terapêuticas crescem com apoio de Bolsonaro.** Brasil de Fato. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/11/13/alvo-de-denuncias-comunidades-terapeuticas-crescem-com-apoio-do-governo-federal>>. Acesso em 13/03/21.

MOTA, Alessivânia. TEIXEIRA, Carmen. **O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental em tempos de pandemia.** Bahia. 2020. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/debatesepensamentos-saudementalnepandemia/>>. Acesso em 13/03/21.

MOTA, M. de L. RODRIGUES, C. M. B. **Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional.** SER Social, Brasília, v. 18, n. 39, p. 652-671, jul.-dez./2016.

MOURA, Joviane A. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial.** Psicólogo. Edição 06/2011. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em 05/07/19.

MOURA, Elisângela Santos de. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988.** Âmbito Jurídico. 2013. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988/>>. Acesso em 06/07/19.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde.** Rio de Janeiro, 2020.

PORFÍRIO, Francisco. **Neoliberalismo.** Mundo Educação. s/a. Disponível em: <<https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/neoliberalismo-1.htm>>. Acesso em 30/11/2020.

NETTO, José Paulo. **Crise do capital e consequências societárias.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 111, jul./set. 2012, p. 413-429.

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. **Gastos da Política de Saúde Mental e os rumos da Reforma Psiquiátrica.** Programa de Pós-Graduação em Política Social. Doutorado em Política Social. Universidade Federal do Espírito Santo, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/8776/1/tese_11140_Edineia%20F.%20A.%20Oliveira.pdf>. Acesso em 21/03/21.

OLIVEIRA, Thais Reis. **Governo Bolsonaro ameaça (de novo) desmanchar política de saúde mental.** 2020. Carta Capital. Disponível em:

<<https://www.cartacapital.com.br/politica/governo-bolsonaro-ameaca-de-novo-desmanchar-politica-de-saude-mental/>>. Acesso em 01/02/21.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Declaração do Diretor-Geral da OMS sobre a reunião do Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional sobre o novo coronavírus (2019-nCoV)**. 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))>. Acesso em 10/03/21.

_____. **Discurso de abertura do Diretor-Geral da OMS na conferência de imprensa sobre COVID-19 realizada em 11 de março de 2020**. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>. Acesso em 10/03/21.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812>. Acesso em 10/03/21.

PACIEVITCH, Thais. **Declaração de Salamanca**, 2009. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/educacao/declaracao-de-salamanca/>>. Acesso em 21/07/19.

PEREIRA, J. A. C. **O Serviço Social na Saúde Mental: um estudo acerca das demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à luz da reforma psiquiátrica**. Universidade Federal de Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado Acadêmico. João Pessoa/PB. 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/11217/1/Arquivototal.pdf>>. Acesso em 13/04/21.

PEREIRA, S. L. B. **Saúde mental e intersetorialidade**: reflexões a partir de demandas aos assistentes sociais. Ser Social. Estado, Democracia e Saúde. Brasília, v. 22, n. 46, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/24947/25139>. Acesso em 13/04/21.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. SMS. **Enfrentamento à pandemia é destaque em mostra de conselho**. Maceió/AL. 2020. Disponível em: <<http://www.maceio.al.gov.br/2020/10/acoes-de-enfrentamento-da-pandemia-sao-destaque-em-mostra-de-conselho/>>. Acesso em 13/04/21.

REIS, Diana C. R. dos. SILVA, Natália G. da. **Atuação do assistente social na saúde mental: desafios e possibilidades em tempos de pandemia.** Universidade Potiguar. Rio Grande do Norte, p. 5. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/congresse-me-assets-host/articles/archives/6313/original/ATUA%C3%87%C3%83O_DO_ASSISTENTE_SOCIAL_NA_SA%C3%9ADE_MENTAL_DESAFIOS_E_POSSIBILIDADES_EM_TEMPOS_DE_PANDEMIA.pdf?1604966511>. Acesso em 07/04/21.

RESENDE, Marília Ruiz e. **A Constituição Federal de 1988: entenda o que diz a Constituição Cidadã!. Politize!. 2018.** Disponível em: <<https://www.politize.com.br/constituicao-de-1988/>>. Acesso em 30/11/2020.

RIBEIRO, Paulo Silvino. **Diferentes tipos de desemprego.** Brasil Escola. UOL. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/diferentes-tipos-desemprego.htm>>. Acesso em 19/03/21.

RODRIGUES, Mariana, *et al.* **Você sabe o que são os hospitais de campanha?** Coronavírus - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/86-hospital-de-campanha>>. Acesso em 05/03/21.

SANTOS, Clariza. **O Hospital de Campanha em Maceió, localizado no Centro Cultural e de Exposições Ruth Cardoso, no bairro Jaraguá, já recebeu 180 pacientes.** Gazeta de Alagoas, 2020. Disponível em: <<https://d.gazetadealagoas.com.br/cidades/277577/hospital-de-campanha-ja-atendeu-180-pacientes-clariza-santos-reporter-o-hospital-de-campanha-em-maceio-localizado-no-centro-cultural-e-de-exposico>>. Acesso em 11/03/21.

SANT'ANA, Jéssica. **Como o governo Bolsonaro começou a transformar o Estado por meio da economia.** Gazeta do Povo. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/republica/o-que-bolsonaro-fez-na-economia-2019/>>. Acesso em 23/03/21.

SANTOS, M. T.; MANFROI, V. M. **Condições de trabalho das/dos assistentes sociais: precarização ética e técnica do exercício profissional.** Revista em pauta. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. n. 36, v. 13, DOI: 10.12957/rep.2015.21057, 2015, p. 178 – 196.

SANTOS, Maria Betânia Jales dos. **A interiorização e a expansão dos espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social no Rio Grande do Norte (2004-2008): um estudo das competências profissionais.** Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Recife/PE. 2010, p.174.

SÉRGIO, Paulo. **A história da Saúde Pública no Brasil**. Politize!. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=yuDpa-nU3t8&t=263s>>. Acesso em 17/07/19.

SILVA, Renato da. **Malária e desenvolvimento: a saúde pública no Governo JK (1956-1961)**. Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Rio de Janeiro, p. 290. 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3984/2/000015.pdf>>. Acesso em 07/03/21.

SIMÕES, Flávia. **Relembre as mudanças nos ministérios de Bolsonaro**: Saúde, cultura e educação concentraram as maiores quantidades de trocas. Correio do Povo, 2020. Disponível em: <<https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/pol%C3%ADtica/relembre-as-mudan%C3%A7as-nos-minist%C3%A9rios-de-bolsonaro-1.546001>>. Acesso em 01/03/21.

SIQUEIRA, Egberto. **“É um retrocesso de 30 anos na saúde mental”**: crítica presidente do CNDH. 2019. Disponível em: <<http://www.isc.ufba.br/e-um-retrocesso-de-30-anos-na-saude-mental-critica-presidente-do-conselho-nacional-de-direitos-humanos/>>. Acesso em 22/07/19.

SOARES, Raquel Cavalcante, *et al.* **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19**. Serv. Soc., São Paulo, n. 140, jan./abr. 2021, p. 118-133. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.241>>. Acesso em 13/04/21.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Recife: A Autora, p. 209, 2010.

SOUZA, Naiara Prato Cardoso de. **A Saúde no governo João Goulart: aspectos da planificação no campo das políticas sociais**. XXVIII Simpósio Nacional de História. Florianópolis, p. 15. 2015.

SOUSA, Edilma Moreira de. ROCHA, Antônia Lindalene Fernandes. **Da (in) visibilidade histórica da loucura a visibilidade política**: aspectos sociais e legais no Mundo e no Brasil. Universidade Potiguar – UNP. Curso de Graduação em Serviço Social. Mossoró/RN, p. 67. 2015.

TEIXEIRA, CF; and SOLLA, JP. **A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS**: desatando nós, criando laços. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Sala de aula series, n.º3. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-03.pdf>>. Acesso em 19/03/21.

TORRES, Josenildo. **Pandemia da Covid-19 desacelera e Hospital de Campanha de Maceió suspende atendimentos**. Secretaria de Estado da Saúde. Alagoas. 2020. Disponível

em: <<https://www.saude.al.gov.br/pandemia-da-covid-19-desacelera-e-hospital-de-campanha-de-maceio-suspende-atendimentos/>>. Acesso em 14/03/21.

TRINDADE, R. L. P, *et al.* **O Serviço Social na Política de Saúde Mental e na Política sobre drogas na atualidade.** Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória/ES, p. 16. 2018.

UOL. **Primeiro lote da CoronaVac chega ao Brasil.** São Paulo. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/11/19/doses-da-coronavac-chegam-ao-brasil.htm>>. Acesso em 11/03/21.

UOL. **'País de maricas': 9 frases de Bolsonaro sobre pandemia que matou 162 mil pessoas no Brasil.** 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2020/11/11/pais-de-maricas-9-frases-de-bolsonaro-sobre-pandemia-que-matou-162-mil-pessoas-no-brasil.htm>>. Acesso em 01/03/21.

VALERY, Gabriel. **2020: país desgovernado torna pandemia pesadelo pior para os brasileiros.** Rede Brasil Atual. 2020. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/politica/2020/12/2020-pais-desgovernado-pandemia-pesadelo-pior-brasileiros/>>. Acesso em 02/03/21.

VERDÉLIO, Andreia. **Marcelo Queiroga é nomeado ministro da Saúde.** Agência Brasil. Brasília. 2021. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-03/marcelo-queiroga-e-nomeado-ministro-da-saude#:~:text=Publicado%20em%2023%2F03%2F2021,privada%20no%20Pal%C3%A1cio%20do%20Planalto.>>. Acesso em 26/03/21.

VIEIRA, Nathan. **Falta de leitos acelerou a COVID-19 no Brasil, segundo estudo.** Canal Tech. 2020. Disponível em: <<https://canaltech.com.br/ciencia/falta-de-leitos-acelerou-a-covid-19-no-brasil-segundo-estudo-172415/>>. Acesso em 04/03/21.

VILELA, Pedro Rafael. **Após SP, Goiás, Piauí e Santa Catarina iniciam vacinação.** Agência Brasil. Brasília. 2021. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/apos-sp-goias-piaui-e-santa-catarina-iniciam-vacinacao>>. Acesso em 13/03/21.

VIRGENS, João Henrique Araújo. **Análise de conjuntura e o desmonte do direito à saúde.** s/a. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/analise-de-conjuntura-e-o-desmonte-do-direito-a-saude-joao-henrique-araujo-virgens/>. Acesso em 21/07/19.

VIRUS DA ARTE & CIA. **A loucura na Idade Média.** s/a. Disponível em: <https://virusdaarte.net/a-loucura-na-idade-media/>. Acesso em 19/07/19.

APÊNDICE

RELATO

I-CONDIÇÕES DE TRABALHO:

- 1) Em relação a reestruturação da instituição, como ficou a oferta dos serviços?
- 2) A reestruturação permitiu o atendimento?
- 3) Como foi instituído o protocolo de segurança? Houve equipamentos de segurança para todos os profissionais?
- 4) Como foi estruturado as atividades entre os profissionais?
- 5) E os recursos financeiros, como chegaram à instituição? Foi suficiente? Se não, que estratégias usaram?
- 6) Houve atendimento remoto? Se sim, como foi a experiência?
- 7) Em relação as salas de atendimento, como foram organizadas dado o protocolo de distanciamento social?
- 8) Como ocorriam os atendimentos com os usuários?
- 9) E o sigilo profissional, como foi possível garantir?
- 10) Sobre a questão das horas de trabalho e salarial, houve redução?

II- DEMANDAS PROFISSIONAIS:

- 11) Quais as principais demandas para o Serviço Social no contexto da pandemia da covid-19?
- 12) Como o Serviço Social procurou responder às demandas?