



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

FERNANDA KARLA DANTAS DE LIMA
THEREZA BRUNA SILVA CASSIANO

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO
TRABALHADOR E DA TRABALHADORA EM JOÃO PESSOA-PB

JOÃO PESSOA - PB
2023

**FERNANDA KARLA DANTAS DE LIMA
THEREZA BRUNA SILVA CASSIANO**

**A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO
TRABALHADOR E DA TRABALHADORA EM JOÃO PESSOA-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado junto ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba como pré-requisito parcial necessários para a obtenção do grau de Bacharel(a) em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, no semestre de 2023.1.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elisangela de Oliveira Inacio

JOÃO PESSOA - PB

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L732r Lima, Fernanda Karla Dantas de.

A rede de atenção psicossocial e a assistência à saúde do trabalhador e da trabalhadora em João Pessoa - PB. / Fernanda Karla Dantas de Lima. - João Pessoa, 2023.

96 f.

Orientadora : Elisangela de Oliveira Inácio.

TCC (Graduação) - Universidade Federal da Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, 2023.

1. Saúde mental - Trabalhador. 2. Rede de Atenção à Saúde. 3. CAPS. 4. CEREST. 5. . I. Cassiano, Thereza Bruna Silva. II. Inácio, Elisangela de Oliveira. III. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 364.622

**FERNANDA KARLA DANTAS DE LIMA
THEREZA BRUNA SILVA CASSIANO**

**A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO
TRABALHADOR E DA TRABALHADORA EM JOÃO PESSOA-PB**

APROVADA EM: __/ __/ 2023.

NOTA: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Elisangela de Oliveira Inácio

(Orientadora. Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal da Paraíba – DSS/ CCHL/ UFPB)

Assistente Social - Mestre Jaciara dos Santos Silva

(Examinadora Externa. Assistente Social do CEREST - Centro Regional de
Referência em Saúde do Trabalhador de João Pessoa/PB)

Assistente Social Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti

(Examinadora Interna. Professora do Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal da Paraíba – DSS/ CCHL/ UFPB)

JOÃO PESSOA - PB

2023

Persistir é ter a coragem de continuar, mesmo diante das dificuldades (Fernando Pessoa).

AGRADECIMENTOS

A Discente Fernanda Karla agradece,

Primeiramente à Deus, por sempre estar ao meu lado e me dar força, saúde e sabedoria para enfrentar e vencer todos os desafios que se colocam na minha vida e ao longo de toda minha jornada acadêmica, sem Ele nada seria possível.

À minha família, que esteve ao meu lado em cada etapa deste percurso, principalmente à minha mãe Edna Dantas e a minha irmã Kicia Kelly, por todo apoio e incentivo, que foram o alicerce que sustentou minha determinação para alcançar a conclusão desse curso.

À minha dupla Thereza Bruna, sua amizade, comprometimento, parceria, compreensão em meios as dificuldades, foram essenciais durante os anos de graduação e na construção desse trabalho. Agradeço à Deus por ter te conhecido, você foi um presente na minha vida, uma amizade que vai além dos muros da universidade.

Agradeço a todos os professores do Departamento de Serviço Social, em especial, a nossa orientadora Profa. Dra. Elisângela de Oliveira Inácio por não só ter compartilhado conhecimento, mas, ter contribuído com toda sua dedicação, disponibilidade e empatia, durante a minha jornada acadêmica e que vai se fazer presente sempre na minha futura atuação profissional enquanto exemplo de pessoa e profissional.

Também gostaria de agradecer a todos os profissionais do Centro de Regional de Referência em Saúde do Trabalhador João Pessoa/PB que me acolheram tão bem durante minha experiência de estágio supervisionado, principalmente a Assistente Social Maria do Carmo Dantas e a minha supervisora de estágio Jaciara dos Santos Silva, por todo apoio, pelo espaço de diálogo, por toda troca de conhecimento, que proporcionaram um campo de estágio extremamente enriquecedor, minha eterna gratidão por toda contribuição na minha formação acadêmica.

Por fim, agradeço as minhas amigas Nyl Ewelyn, Yasmin Clei, Maria Vitória e a todos os amigos/ as que fiz durante o curso que contribuíram de alguma forma para este trabalho e para minha jornada acadêmica como um todo.

Este TCC é o resultado de muito esforço, dedicação e apoio e sinto-me extremamente abençoada por ter tido tantas pessoas maravilhosas em minha vida. Obrigada a todos por fazerem parte desta conquista.

A Discente Thereza Bruna agradece,

Primeiramente, agradeço a Deus, por me conceder saúde, saúde mental, inteligência e força para enfrentar os desafios ao longo dessa jornada acadêmica. Dedico esta monografia à minha querida avó Eloysa Cadó e ao meu querido avô José Alves (in memoriam), cuja presença permanecerá em meu coração para sempre.

Agradeço também à minha família, em especial a minha adorável mãe Maria das Graças e minha querida irmã Heloysa Helena pelo amor incondicional, incentivo e apoio constante. Saibam que eu amo vocês.

Em sequência, agradeço a minha dupla Fernanda Karla, pois sou extremamente grata a nossa parceria neste TCC e durante o percurso do curso, e que mesmo com as nossas diferenças foi possível realizar de forma harmônica e com muita dedicação esse trabalho. Obrigada, amiga por ser essa pessoa tão maravilhosa, comprometida, responsável e que consegue se superar sempre em meio às dificuldades. Saiba que estarei sempre torcendo pelo seu sucesso.

Agradeço imensamente a querida Orientadora Prof. Dra. Elisangela de Oliveira Inácio por aceitar nos orientar nesse TCC. Saiba que sem as suas correções e contribuições dificilmente faríamos um trabalho tão bom. Gratidão por toda a parceria durante todo o Curso, sendo como professora da disciplina de Pesquisa em Serviço Social, ou como Coordenadora dos projetos de extensão e pela oportunidade de participar e atuar em diferentes espaços. Destaco a grande importância e contribuição para mim, e é um grande exemplo de profissional e ser humano.

Quero agradecer também às minhas queridas amigas: Daiana Soares, Débora Soares, Meirielly, Nyl Ewelyn, Yasmim Clei, Gleizielle Nayane, Maria Vitória, e Jaqueline por estarem ao meu lado durante todo esse processo. Obrigada pela paciência, compreensão e por me motivarem quando eu mais precisei. Vocês foram verdadeiros pilares de apoio e alegria nessa caminhada.

Não posso deixar de mencionar os(as) professores(as) do Departamento de Serviço Social da UFPB, em especial a professora Patrícia Barreto e o professor Rafael Nicolau e as Supervisoras de estágio Ingrid Jennifer e Mayara Duarte, que dedicaram seu tempo e conhecimento para me guiar e auxiliar durante meu processo de formação. Agradeço também a Jaciara dos Santos que aceitou compor a banca e aos profissionais do CAPS Caminhar em João Pessoa que me deram todo o apoio durante o meu processo de estágio obrigatório na instituição.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão deste trabalho. Seja através de palavras de incentivo, sugestões valiosas ou simplesmente pelo apoio moral. Vocês foram essenciais para o meu sucesso e sou imensamente grata por todo o suporte recebido.

Muito obrigada a todos/ todas!

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) constitui-se numa pesquisa social de cunho exploratória, do tipo bibliográfica e documental e com abordagens qualitativas, onde buscou-se analisar de forma histórico-crítica e apoiada no método histórico-dialético, a questão acerca da relação do Serviço Social e a Rede de Atenção em Saúde destacando a saúde mental e a saúde do (a) trabalhador (a). A escolha do tema justifica-se pelo fato das experiências empíricas e das observações realizadas durante o período de estágio supervisionado I e II desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS CAMINHAR e no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador de João Pessoa/Paraíba (CEREST-JP), no período de 14 de março a 17 de dezembro de 2022. Teve como objetivos analisar o Serviço Social na Política de Saúde e sua atuação na saúde mental e na saúde do (a) trabalhador (a), descrever sobre a inserção do Serviço social na área da saúde, indicar os impactos dos retrocessos vivenciados na saúde mental e na saúde do (a) trabalhador (a), avaliar a articulação em rede no Sistema Único de Saúde. Recorreu-se às abordagens qualitativas de pesquisa através de um mapeamento sobre saúde mental e saúde do (a) trabalhador (a) e da apreensão acerca do Serviço Social nos referidos campos com base no método dialético. O estudo sobre a temática apresenta um recorte temporal que compreende o período da Reforma Sanitária Brasileira que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que demarca o momento em que ocorre a redemocratização do país e com isso a reconfiguração da saúde como direito de todos e dever do Estado segundo a Constituição Federal de 1988. Os principais resultados a partir desse estudo demonstram a necessidade da discussão a respeito da Saúde Mental e da Saúde do (a) Trabalhador (a) dentro da Rede de Atenção à Saúde.

Palavras- Chaves: Saúde. Saúde do (a) Trabalhador (a). Rede de Atenção à Saúde. CAPS. CEREST.

ABSTRACT

The present Undergraduate Thesis (TCC) constitutes a social research of an exploratory nature, with a bibliographical and documentary approach, and qualitative methodologies. It aimed to analyze, in a historical-critical perspective supported by the historical-dialectical method, the issue regarding the relationship between Social Work and the Health care Network, with a focus on mental health and occupational health. The choice of this topic is justified by empirical experiences and observations made during the supervised internships I and II carried out at the Psychosocial Care Center III - CAPS CAMINHAR and at the Regional Reference Center for Occupational Health in João Pessoa/Paraíba (CEREST-JP), from March 14 to December 17, 2022. The objectives were to analyze the role of Social Work in Health Policy, particularly in the context of mental health and occupational health, describe the integration of Social Work in the healthcare field, identify the impacts of setbacks experienced in the realms of mental health and occupational health, and assess the network coordination within the Unified Health System. Qualitative research methods were employed through an exploration of mental health and occupational health and an understanding of the role of Social Work in these areas, guided by the dialectical method. This study has a temporal focus that encompasses the period of the Brazilian Sanitary Reform, which led to the creation of the Unified Health System (SUS), marking the moment when the country underwent a process of redemocratization, resulting in the reconfiguration of healthcare as a universal right and a state obligation, as established by the Federal Constitution of 1988. The primary outcomes of this study underscore the necessity for discussions regarding Mental Health and Occupational Health within the Health care Network.

Keywords: Health. Worker's Health. Health Care Network. CAPS. CEREST.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABRASCO** Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
- CAPS** Centro de Atenção Psicossocial
- CAT** Comunicação de Acidentes de Trabalho
- CEBES** Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CEREST** Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CF/88** Constituição Federal de 1988
- CFESS** Conselho Federal de Serviço Social
- CT** Comunidades Terapêuticas
- DINSAM** Divisão Nacional de Saúde Mental
- EBSERH** Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares
- EPIs** Equipamento de Proteção Individual
- ESF** Estratégia de Saúde da Família
- FGTS** Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
- FHC** Fernando Henrique Cardoso
- FNS** Fundação Nacional de Saúde
- LOS** Lei Orgânica da Saúde
- IBRAPSI** Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições
- INAMPS** Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** Instituto Nacional de Previdência Social
- LER/DORT** Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
- LDRT** Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho
- MTSM** Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- MS** Ministério da Saúde
- MOI** Movimento Operário Italiano
- NASF** Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NAAST** Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador
- NOB** Norma Operacional Básica
- NOST/SUS** Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde
- OMS** Organização Mundial da Saúde
- PACS** Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIR Perda Auditiva Induzida por Ruído

PL Projeto de Lei

PNASH Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNSM Política Nacional de Saúde Mental

PNSTT Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PSF Programa de Saúde da Família

RAS Redes de Atenção à Saúde

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RPB Reforma Psiquiátrica Brasileira

RS Reforma Sanitária

RSB Reforma Sanitária Brasileira

RENAST Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SRT's Serviços Residenciais Terapêuticos

ST Saúde do Trabalhador

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básicas de Saúde

UPAS Unidades de Pronto-Atendimento

USF Unidade de Saúde da Família

USP Universidade de São Paulo

VISAT Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I	21
1 A LUTA PELA REDEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL EM TEMPOS DE CRISE NAS RELAÇÕES CAPITALISTAS DE REPRODUÇÃO	21
1.1 Reforma Sanitária e Embates Políticos na Construção do SUS: entre o Projeto Privatista Versus o Projeto Democrático de Saúde no Brasil	24
1.2 A Saúde Não é Mercadoria: o espraiamento de uma agenda neodesenvolvimentista de cunho privatista e suas implicações para a consolidação do SUS	31
1.3 Crise Sanitária e o Negacionismo Político: o contexto da pandemia Covid-19 e principais retrocessos na saúde pública brasileira no Governo Bolsonaro	36
CAPÍTULO II	42
2 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE	42
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA ANTIMANICOMIAL: a interface do Serviço Social na atenção à Saúde Mental.....	49
2.2 Um Contexto de Contrarreformas na Saúde Mental no Cenário Brasileiro	55
2.3 A Rede de Atenção Psicossocial em João Pessoa: os principais serviços substitutivos e o estágio supervisionado em Serviço Social no CAPS CAMINHAR..	58
CAPÍTULO III	63
3 A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO BRASIL	63
3.1 Caminhos Trilhados no Fomento à Política Nacional de Atenção ao Trabalhador e à Trabalhadora.....	64
3.2 A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)	70
3.3 Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador(CEREST): a realidade em João Pessoa analisada a partir da vivência do estágio em Serviço Social	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	86

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) versa sobre “A Rede de Atenção Psicossocial e a Assistência à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em João Pessoa-PB”. Teve como finalidade analisar a inserção do Serviço Social na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir da relação entre dois espaços sócio ocupacionais, em destaque: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

O interesse em abordar esse tema se justifica pela vivência, leituras e observações realizadas durante o período de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, desenvolvidos em cenários de saúde como o Centro de Atenção Psicossocial III no CAPS – CAMINHAR a partir das experiências vivenciadas pela discente Thereza Bruna Silva Cassiano; e no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador de João Pessoa (CEREST) em João Pessoa – Paraíba, vivenciado pela discente Fernanda Karla Dantas de Lima, no período de 14 de março a 17 de dezembro de 2022.

A partir das experiências de estágio, as estagiárias se depararam com a necessidade de aprofundar o debate acerca da importância de conhecer mais amplamente a RAS e apreender o processo de inserção e atuação de assistentes sociais nessa rede de serviços que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS).

A escolha por desenvolver um TCC de forma coletiva pelas autoras compreende uma trajetória de partilhas construídas ao longo da formação, nos espaços de sala de aula, nas experiências como monitoras da disciplina de Pesquisa em Serviço Social e na construção de trabalhos desenvolvidos durante o cumprimento de componentes curriculares no curso de Serviço Social, turno vespertino na UFPB. Bem como deriva do vínculo de amizade e afetos construídos e fortalecidos durante essa caminhada e que trouxeram mais afinco, compromisso, discussão e leveza no processo de formação e de construção deste trabalho, inclusive, na escolha da docente para orientação e da composição da banca examinadora.

As principais categorias de análise escolhidas para a construção desse estudo agregam: a política de saúde, a política de saúde mental e o processo de Reforma Psiquiátrica, a política de atenção à saúde do (a) trabalhador (a) e o Serviço Social. Com recorte sobre a trajetória das políticas públicas e as principais conquistas sociais

e legislações importantes relacionadas ao direito à saúde que culminaram, principalmente, na consolidação do SUS no Brasil. E, a partir desses recortes, avaliar o papel do Serviço Social na viabilização do acesso aos direitos sociais e a inserção de assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais que prestam serviços de assistência à saúde em seus três níveis de complexidade, ainda assistência à saúde mental e à saúde do (a) trabalhador (a)

Historicamente, o Serviço Social se configura como uma profissão vinculada a área da saúde e que se apropria de estudos acerca em torno do contexto de luta dos movimentos sociais e de trabalhadores (as) que impulsionaram a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica no País, a Luta Antimanicomial e a criação RAPS e a partir dela a implantação dos serviços substitutivos visando o rompimento com a cultura manicomial e de aprisionamento de pessoas com transtornos mentais. E nessa linha tênue de adoecimento e sofrimento psíquico que atinge a população, sobretudo, a saúde do (a) trabalhador (a) brasileiro (a), a importância de se resgatar essa interface da profissão na viabilização de direitos e na promoção do acesso aos serviços voltados para a saúde mental do (a) trabalhador (a), dos sujeitos e das famílias nos levou a referendar estudos e análises nessa temática.

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2006 e 2022 foram registradas quase 18 mil notificações por transtornos mentais relacionados ao trabalho. As profissões mais acometidas por agravos na saúde mental neste período foram: técnico e auxiliar de enfermagem, agentes, assistentes e auxiliares administrativos, motoristas de ônibus, escriturários de serviços bancários e professores do ensino fundamental.

As pesquisas sobre as questões relacionadas à qualidade da saúde e da saúde mental no ambiente de trabalho e os impactos psicossociais do processo de exploração/ precarização do trabalho na vida social dos (as) trabalhadores (as) despertaram o nosso interesse em debruçar sobre as condições concretas de trabalho enfrentadas pelos sujeitos e investigar os principais mecanismos existentes de prevenção de acidentes e doenças sócio-ocupacionais e como se dá a atuação do Serviço Social no atendimento a essas demandas e que exigem a intervenção direta do/da assistente social, uma vez que foram percebidas durante a nossa formação e, em especial, através das vivências durante o estágio curricular.

O Serviço Social na saúde é uma profissão que atua na interface entre as políticas sociais e os direitos de saúde e de acesso ao SUS, busca a garantia e promoção do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, além de promover, orientar e pautar os direitos dos (as) usuários (as) e o respeito às diversidades, a atenção humanizada e integralizada, a construção de práticas colaborativas de trabalho e a promoção do bem-estar e a preocupação com a qualidade de vida dos sujeitos e das famílias.

A RAS é um conceito que envolve a articulação de diferentes níveis de atenção básica/ primária, de média e de alta complexidade, o acesso aos serviços de saúde (hospitais, unidades básicas de saúde, centros de referência, etc.) para garantir uma assistência integral e continuada aos (as) usuários (as).

Nesse contexto, o (a) assistente social desempenha um papel fundamental ao realizar o acolhimento e escuta qualificada junto aos (as) usuários (as), identificar as demandas e necessidades básicas dos sujeitos e das famílias, analisar os principais determinantes sociais de saúde e avaliação de indicadores que possibilitam eleger prioridades de atenção, propor intervenções de forma segura e atendimento regulado dentro do próprio sistema, assegurar a equidade dialogada com a universalidade e demais princípios do SUS, atender a comunidade e promover educação em saúde e educação para o trabalho em saúde na perspectiva de defesa de direitos.

A atuação histórica dos (as) assistentes sociais no SUS contribui para a humanização da assistência, efetivação das políticas de saúde e promoção da atenção com qualidade face ao contexto desafiador de desigualdades sociais e de disputas de projetos de promoção da saúde, a exemplo do SUS versus a ofensiva dos sistemas privativos de serviços de saúde no Brasil. Também as correlações de forças que perpassam o campo das diferentes áreas de conhecimento e das profissões que compõem a RAS e das crises cíclicas de governabilidade a partir dos Governos que assumem a direção política, econômica e social do Brasil.

Todavia, ao reconhecer o papel fundamental do Serviço Social na articulação com a RAS através do prisma de relevância estratégica para a implementação e consolidação do SUS, surgiram alguns questionamentos norteadores: como se efetiva o trabalho profissional de assistentes sociais no SUS, em especial na RAPS, a partir do atendimento realizado em CAPS e em um Centro de Referência de Saúde do (a) trabalhador (a)? Quais os principais desafios enfrentados pelo Serviço Social na

abordagem e promoção da assistência à saúde mental dos indivíduos e na atenção à saúde do (a) trabalhador (a)? Como ocorre a articulação do Serviço Social na RAS ao viabilizar direitos e garantir o acesso aos serviços presentes nessas redes socioassistenciais?

Na busca por respostas, construiu-se um levantamento bibliográfico e leituras pautadas em autores/autoras como Amarante (2012), Bravo (2006), Falleiros (2010), Fleury (2009), Iamamoto (2009), Lourenço (2015) Menicucci (2011), Netto (2012), Olivar (2016), Paim (2008), dentre outros.

As hipóteses iniciais de estudo concentravam-se na concepção que o Serviço Social ao desempenhar o papel fundante de viabilizador de direitos, assume a responsabilidade de promover e fiscalizar a garantia de equidade no acesso aos serviços de saúde. Todavia, tem sido cada vez mais desafiador diante a uma política de Estado alinhada à uma ofensiva neoliberal que efetua desmonte no sistema público de proteção social e que cotidianamente atende sujeitos em situação de pobreza alarmante e que vem adoecendo e apresentando transtornos mentais e formas adversas de sofrimento psíquico ao ter que enfrentar as disparidades sociais, o desemprego e formas diversas de adoecimento geradas a partir das relações de precarização/exploração do trabalho também atingem profissionais assistentes sociais. A precarização das condições de trabalho, a insegurança e os baixos salários têm adoecido o (a) trabalhador (a), além da extinção e redução de oferta de alguns serviços na rede e que não têm dado conta de atender às demandas e exigem ainda mais dos (as) assistente sociais na busca por novas estratégias e respostas profissionais na promoção da saúde e na garantia de direitos.

O objetivo principal da pesquisa foi analisar a atuação de assistentes sociais na atenção e promoção do acesso à saúde mental e na saúde do trabalhador. Os objetivos específicos buscaram resgatar o processo de inserção do Serviço Social na política de saúde, indicar os impactos dos retrocessos vivenciados na saúde mental e na saúde do trabalhador face à ofensiva neoliberal e diante de uma política de governo que se fez negacionista de direitos e avaliar a articulação do Serviço Social com a rede local de serviços no SUS.

Para a realização deste trabalho elegeu-se como recorte temporal, o pós período da Reforma Sanitária Brasileira que culminou na criação SUS, que demarca o momento em que ocorre a redemocratização das políticas de Seguridade Social no

país e com isso a reconfiguração da saúde como um direito de todos e dever do Estado que deve ser assegurado conforme preconiza a Constituição Federal brasileira de 1988 e os princípios do SUS declarados em 1993.

Metodologicamente, este é um estudo do tipo exploratório, de cunho bibliográfico e documental, com abordagens qualitativas de análise e que recorreu ao uso do método materialismo histórico-dialético. O levantamento bibliográfico, as leituras e fichamento sobre obras clássicas versaram sobre o debate do direito à saúde enquanto direito juridicamente reconhecido e que deve ser garantido pelo Estado brasileiro, de acesso público, democrático e universal; ainda, o campo da atenção à saúde mental e de promoção à saúde do (a) trabalhador (a) enquanto necessidades básicas fundamentais para garantia da própria reprodução social dos sujeitos. Portanto, recorreu-se a diversos artigos científicos, livros, periódicos, sites e textos que abordavam esses assuntos em questão. Também, utilizou-se da observação sistemática e participante e da análise de conteúdo.

Entre algumas dificuldades enfrentadas pelas discentes na construção deste trabalho, destacam-se as fragilidades do Serviço Social nas instituições que dialogam com o campo da saúde mental e com a saúde do (a) trabalhador (a) face às contradições presentes nas relações de trabalho entre assistentes sociais e demais categorias profissionais, e pelo fato deste estudo ocorrer em período de crise sanitária onde o mundo enfrentava graves impactos da Covid-19 e saíam de longo período de isolamento social ainda arraigado pelo medo, insegurança, adoecimento, perdas, crises estruturais e por uma crescente precarização do trabalho que vieram afetar diretamente a saúde de trabalhadores (as), entre eles (as) assistentes sociais com vínculos formais e provisórios com as políticas de proteção social. Também num contexto conturbado em que a própria educação em nível de formação profissional retomava as atividades presenciais de ensino, pesquisa e extensão nos espaços universitários.

Logo, iniciar um trabalho final que nos reporta a inúmeras dificuldades vivenciadas antes, durante e pós pandemia durante toda a trajetória da graduação configurou em um momento desafiador e que nos gerou um mix de sentimentos e emoções, como ansiedade, angústia, preocupação com prazos, responsabilidade e senso crítico.

O presente TCC está estruturado em (03) três capítulos, a seguir.

No **primeiro** capítulo o debate versará sobre a breve configuração da Política de Saúde no Brasil com análise sobre os desafios e avanços introduzidos pelo Movimento da Reforma Sanitária que possibilitou ao cenário brasileiro a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 e a institucionalização do SUS nos anos 1990. Corresponde a um período de ganhos no campo das políticas sociais, porém também de riscos que se apontavam com o crescimento do pensamento neoliberal e o acirramento das disputas entre o projeto privatista de saúde e o projeto de democratização do SUS. O Serviço Social enquanto categoria profissional circunscrita nas relações sociais e na defesa da democracia e universalidade de acesso para a população também vivenciava um período de reatualização e de ruptura trazendo para o campo de luta a construção de um projeto político e profissional que dialogasse mais diretamente com os (as) trabalhadores (as) e que exigia ainda uma revisão do arcabouço jurídico do próprio Código de Ética profissional.

O **segundo** capítulo referendará uma discussão mais específica sobre a Política de Saúde Mental, a partir dos avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira alinhada com o espraiamento da luta antimanicomial. Quando se impunha a crítica ao modelo hospitalocêntrico, fechado, dando abertura para um novo modelo de atenção psicossocial que hoje constitui parte da RAS, a chamada RAPS e que visa a promoção do cuidado centrado no indivíduo, nas suas necessidades e busca garantir a oferta de serviços substitutivos como o CAPS e o trabalho colaborativo em equipe e articulado com toda a rede socioassistencial. Ainda trará uma breve reflexão sobre a atuação do Serviço Social na atenção à Saúde Mental e a prática do estágio supervisionado vivenciado no espaço do CAPS Caminhar, localizado em João Pessoa. Evidencia também algumas análises sobre retomadas e ações neoconservadoras que produziram alguns retrocessos no campo político e operacional da saúde mental e os desafios postos a partir da retomada de um governo que defende o Estado democrático de direitos eleito em outubro de 2022. Trará, portanto, reflexões iniciais sobre o Governo Lula que volta a ocupar a Presidência da República e assumir no cenário brasileiro a reconstrução de medidas que fortalecem o SUS.

O **terceiro** capítulo compreenderá uma análise acerca da trajetória da Política de Saúde do (a) Trabalhador (a) e os caminhos percorridos até a construção da Rede Nacional de Atenção em Saúde do Trabalhador (RENAST). Ademais, avançara dialogando sobre os desafios e desmontes que perpassam a efetivação das ações em

saúde do (a) trabalhador (a) dentro da rede local, bem como o papel desempenhado pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de João Pessoa/PB. E estabelecerá o debate com o Serviço Social e a sua atuação nessas duas dimensões de promoção da saúde e com base nas vivências a partir das atividades de estágio desenvolvidas no CAPS Caminhar e no CEREST da Paraíba.

Por fim, seguem as considerações finais que não se esgotam com o fechamento deste trabalho, uma vez que os resultados a serem apresentados incentivam a realização de novos estudos a respeito da Saúde Mental e da Proteção à Trabalhadora e ao Trabalhador que busca acesso a RAS e a RAPS.

E serão apresentadas as principais referências utilizadas pelas autoras deste TCC e para a construção de todo o trabalho.

CAPÍTULO I

1 A LUTA PELA REDEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL EM TEMPOS DE CRISE NAS RELAÇÕES CAPITALISTAS DE REPRODUÇÃO

O presente capítulo compreenderá uma breve análise histórica sobre a Política de Saúde no Brasil destacando aspectos relevantes e que provocaram uma mudança de pensamento em relação ao conceito de saúde e o debate necessário acerca dos determinantes estruturais que conduzem decisões políticas no Brasil face ao processo de luta pela redemocratização do acesso à saúde de forma universal.

Esse debate trará um recorte temporal a partir das principais transformações econômicas, políticas e sociais vivenciadas no Brasil no decorrer do século XX, demarcado por um período significativo pela busca do rompimento com a noção restrita de saúde centrada na doença e na medicalização e no combate às epidemias. Pois, será destacado o processo de espraiamento da Reforma Sanitária caracterizado pela luta acirrada dos trabalhadores e das trabalhadoras juntamente com a efervescente mobilização dos movimentos sociais que se fortaleciam na luta por direitos sociais e na construção de uma Constituição cidadã com objetivo de reconhecer o direito à saúde como sendo um direito democrático e universal.

Durante essa agenda de construção, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde¹, que ocorreu na cidade de Brasília em 1986, e reuniu representantes de diversos segmentos sociais, veio inaugurar o fortalecimento da luta a partir do incentivo à participação popular de forma massiva, inclusive com a presença de usuários (as) e de outros setores. Teve com uma das principais lideranças, a presença do sanitarista Sérgio Arouca que se tornou uma das referências na construção do SUS no Brasil.

Uma das importantes contribuições a partir dos avanços introduzidos na política de saúde através do Movimento de Reforma Sanitária foi o tensionamento popular pela redemocratização no cenário político brasileiro e que culminou na promulgação

¹ Foi na 8ª Conferência que as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer e liberdade passaram a ser reconhecidos como condições preponderantes para a promoção da saúde, bem como a interlocução da política de saúde com outras políticas sociais. (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2019)

da Constituição Federal Brasileira de 1988 e na institucionalização do SUS, nos anos 1990.

Todavia a demarcação desses ganhos esbarra com a ofensiva do pensamento neoliberal no país e com ele o acirramento das disputas entre o projeto privatista de saúde que fortalece a venda de planos privados de saúde versus a implementação do projeto de democratização através da criação do SUS. Ao passo que a ofensiva neoliberal impunha a ideia de que o Estado deveria limitar o financiamento das políticas sociais, entre elas, a saúde, e possibilitar a ampliação da iniciativa privada através da livre oferta de planos de saúde.

Os movimentos sociais, a luta dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde ao exigir dos estados e municípios um posicionamento em defesa da redemocratização no País e a universalidade do acesso, bem como a exigência para a destinação de mais recursos da União para o fundo público para o financiamento de programas e serviços em saúde foram preponderantes no processo de construção do SUS.

O SUS foi regulamentado em 1990, através da Lei nº 8.080² num contexto em que as disputas de dois projetos distintos de saúde se fortaleciam no decorrer dos governos de Fernando Collor de Mello (1990), Itamar Franco (1992) e Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995 a 2002) e, portanto, ao ser implantado já esbarrava em sérios dilemas. Pois, o modelo de atenção à saúde pensado a partir da Constituição Federal ao inaugurar o capítulo da Seguridade Social contemplando o tripé saúde, previdência social e assistência social, e ao estabelecer através do SUS os princípios de universalidade, integralidade e equidade, se deparava com o desafio de garantir financiamento, cobertura, qualidade e uma gestão transparente na oferta dos serviços.

Logo, já nos períodos iniciais da gestão do SUS, o fantasma dos desmontes neoliberais se expandiam e confrontavam-se com a resistência e institucionalização da manifestação popular e a sua formalização em espaços importantes, a exemplo da Fundação Nacional de Saúde (FNS) criada em 1991. A implementação da política pública de saúde, e a oferta de forma gratuita no Brasil avança através do SUS e do desenvolvimento da atenção primária nos estados e municípios.

² A Lei Nº 8080, a Lei Orgânica da Saúde – LOS, criada em 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (Brasil, Ministério da Saúde. 1990).

Porém, diante da emergência de problemas quanto ao fundo público para a saúde somados ao crescimento das desigualdades sociais decorrentes de crises cíclicas no processo de acumulação capitalista e da exploração do trabalho, assegurar uma saúde com qualidade é um desafio histórico no Brasil.

Num contexto de embates políticos e econômicos, a população brasileira ainda se sentia insegura quanto às reais garantias de acesso ao se perceber no centro das “disputas entre o projeto democrático-popular do Movimento da Reforma Sanitária e o projeto liberal-conservador ao qual se vincula o setor privado na saúde” (Souza, *et al.*, 2019).

No campo dessas disputas, trabalhadores (as) e profissionais de saúde, a exemplo de assistentes sociais passavam a articular os projetos de classe e profissionais alinhados de forma ética e politicamente com as pautas defendidas na RS e pelo SUS, e exigiu da categoria, repensar sobre a direção social da profissão a partir da revisão do Código de Ética em 1993, do chamado currículo mínimo em 1996 e do próprio projeto ético-político e profissional do Serviço Social.

De acordo com Martinelli (2003, p.12), " o lugar do Serviço Social na área da saúde é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares". E, o (a) profissional alinhado ao projeto ético-político da profissão deve compreender o conceito de saúde, integralidade, intersetorialidade, a participação social e interdisciplinaridade que são extremamente importantes para a sua atuação na Saúde (Cfess, 2010).

Historicamente, o Serviço Social se apresenta como uma profissão circunscrita nas relações contraditórias do capital/ trabalho e na defesa do Estado democrático de direitos. Sobretudo, atua no campo das políticas de proteção social e historicamente passa a ser reconhecido no Brasil pela sua atuação política, social na defesa de uma política pública de saúde. O desenvolvimento do trabalho profissional e o compromisso de assistentes sociais na saúde estabelece uma articulação histórica com os movimentos de lutas sociais, a exemplo da participação na construção da RS e no enfrentamento às ofensivas privatistas no âmbito da saúde no Brasil, conforme será discutido a seguir.

1.1 Reforma Sanitária e Embates Políticos na Construção do SUS: entre o Projeto Privatista Versus o Projeto Democrático de Saúde no Brasil

Relembrar a fase inicial da Reforma Sanitária no Brasil implica resgatar – mesmo que de forma breve, o período da ditadura militar quando prevalecia o acesso à saúde a partir de uma perspectiva contributiva e com medidas pontuais mais abrangentes apenas diante de crises sanitárias que colocavam em risco a própria capacidade de garantia da reprodução social.

O período de regime militar (1964 - 1985) foi marcado pela centralidade do poder autoritário do Estado e as práticas de coerção social, onde o País se equilibrava entre a recessão econômica que afetava drasticamente o cenário político e social; e impunha a necessidade de organização dos (as) trabalhadores (as) e dos movimentos sociais. Também predominava um período de racionalização administrativa, inclusive, em 1966 teve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) cujos benefícios eram limitados ao contingente de trabalhadores (as) de carteira assinada.

Em face da “questão social” no período 1964/1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (Bravo, 2006, p.6).

Durante o período militar e em busca de se garantir o desenvolvimentismo no país nos anos 1970, o Brasil assinalava dois tipos de sistema de saúde, o primeiro era centrado na medicina previdenciária; e o outro, buscava ofertar uma saúde pública de viés filantrópico e assistencialista coordenada pelo Ministério da Saúde (MS) (Paiva, 2014; Teixeira, 2014).

A partir da década de 1980, conhecida como a “década perdida” sob a ótica do capital, mas que culminou num período de mudanças, o Brasil enfrentava os impactos da crise mundial de 1970 que atingia os países centrais e periféricos, a população convivia com a forte repressão política acompanhada do crescimento da precarização do trabalho e do aumento do desemprego e enfrentava sérias consequências como crescimento do adoecimento da população advindos das condições de desigualdades vidas pelos indivíduos e suas famílias.

O contexto de crise também afetava o sistema previdenciário que ofertava benefícios de saúde apenas a partir da contribuição extraída do próprio salário dos (as) trabalhadores (as) formais, ou seja, com carteira assinada e que tinham o desconto assertivo através do chamado Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (criado em 1974) e que beneficiava apenas trabalhadores (as) da economia formal e seus dependentes, e que ao final dos anos 1980 entrou em declínio, sendo totalmente extinto em 1993, com a Lei n. 8.689.

Então, além de um modelo contributivo de saúde existente durante a ditadura militar, o acesso aos chamados desprovidos sociais³ era assegurado através de práticas assistencialistas e filantrópicas destinadas às populações vulneráveis que estavam fora do mercado de trabalho. Portanto, compreendiam acesso a serviços de saúde de forma distinta da ótica de direito, mas sob a perspectiva da benesse por parte do Estado e segmentos da sociedade.

Esses modelos demonstravam-se incapazes de suprir as necessidades da população, devido à falta de investimentos na saúde coletiva aliado a ampliação das endemias, epidemias e da mortalidade (Fleury, 2009). Inclusive, Bravo (2006), destacava que nos anos 1980, a participação de movimentos populares de mulheres, estudantes e sanitaristas se expandiam na busca pelo fortalecimento de serviços de atendimento às necessidades de saúde da população.

O Brasil ampliava o debate sobre a redemocratização do acesso à saúde e representantes populares defendiam a construção de sistemas de saúde com a garantia do acesso de forma universal, isto é, a saúde enquanto um direito para todos/todas e fortaleciam o conhecido movimento sanitário organizado pelo conjunto de trabalhadores (as) da saúde, profissionais, militantes de partidos políticos, e demais representantes da sociedade civil. Portanto, compreendia o período inicial da reforma sanitária que contou com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) ainda no final dos anos 1970, mais precisamente em 1976; e após três anos, em 1979 era criada a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO (Scorel *et al.*, 1999, *apud*, Paiva, 2014; Teixeira, 2014).

O Cebes foi criado por um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo (USP), e da mesma forma foi criado a ABRASCO através de um grupo de pós-

³ Desprovidos sociais – compreendia uma parcela da população que não estavam inseridas nas relações capitalistas de reprodução social, ou seja, excluídos do mercado formal de trabalho e, portanto, sem acesso ao sistema de previdência social.

graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva. Inclusive, organizaram o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, reunindo importantes líderes do movimento buscando reunir as ideias centrais das reivindicações do movimento sanitário (Paiva, 2014; Teixeira, 2014).

Entre os sujeitos históricos participantes do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil, destacam-se:

Os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (Bravo, 2006, p. 8-9).

O movimento da Reforma Sanitária também sofreu influências de experiências vivenciadas em outros países, como a Itália. Todavia, a participação popular no Brasil se destacava pois ocorria em plena conjuntura do combate à ditadura. Mais tarde, a sociedade civil também se tornaria fundamental na luta pela fundamentação das diretrizes do SUS e pela criação dos conselhos e conferências em saúde em nível federal, estadual e municipal (Falleiros *et al.*, 2010, p. 254) que se consolidariam enquanto entidades populares para fomentar, fiscalizar e acompanhar o debate acerca das políticas de saúde no País, o financiamento público e a responsabilização da União, dos estados e municípios.

O desenvolvimento da política brasileira de saúde permeia desde os anos 1970, as crises estruturais do capital que se espraiam no cenário mundial e afetam o ciclo de desenvolvimento econômico e político no contexto nacional. Assim como ocorre em outros países de capitalismo periférico, no Brasil essas crises cíclicas dão-se de forma contraditórias e na mediação dos processos de exploração e de concessão entre o Estado e o mercado. Com os impactos gerados por essas crises, a população sofre com a incidência de momentos de depressão econômica que denotam o aumento do desemprego, o cessamento da produção, a falência de pequenos e médio capitalistas, a inflação, cortes no fundo público, entre outros.

Nesse contexto, as alternativas comumente se manifestam por meio de novos

processos de reestruturação produtiva, ou conforme assinala Netto (2012, p.415) "mesmo em crise deixado a si mesmo, só resulta em mais capitalismo", o que de fato se materializa, pois as estratégias de saída das crises encontradas pelos capitalistas se constitui de incrementos de inovações tecnológicas apresentadas pela revolução produtiva na busca pela retomada do crescimento, mas que não inclui hegemonicamente os trabalhadores e trabalhadoras. Ao contrário, gera mais processos excludentes e a concentração de renda.

Com efeito, essas estratégias de saída da crise redesenham o capitalismo ocasionando transformações societárias que viabilizadas pela reorganização do mundo do trabalho e engendrado pelo projeto neoliberal estabelece uma nova dinâmica do capital, com o objetivo principal de ampliar o crescimento econômico, conforme expressa Netto (2012).

Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil, em 1988, em seu artigo 196, torna-se dever do Estado assegurar a saúde como direito de todos e de acesso universal igualitário dos indivíduos às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). A Constituição Federal de 1988 diferentemente das formulações anteriores, apresenta em seu corpo, o modelo da Seguridade Social definida como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Brasil, Art. 194 da CF, 1988). E tornou-se um instrumento jurídico primordial para a aprovação do SUS em 1990.

O SUS veio reafirmar o dever do Estado na promoção da saúde e assegurar o acesso à saúde como direito de cidadania, regulamentado pelas Leis Federais, n.º 8.080/90 a Lei Orgânica da Saúde (LOS) "que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes", e a Lei n.º 8.142/90 que determina a participação da comunidade na gestão do SUS (Brasil, 1988). Com a implantação do SUS, novos sistemas de saúde foram inaugurados, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é um modelo assistencial criado na atenção básica e que desenvolve ações voltadas para a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) oferece serviços aos indivíduos e famílias de uma área delimitada através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) conhecidas também como Unidades de Saúde da Família (USF) alinhadas aos

Programas de Saúde da Família (PSF). Nesta dinamicidade, o governo brasileiro aprovou o auxílio para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de viabilizar ações para atender as necessidades físicas, sociais e emocionais dos indivíduos na perspectiva da atenção integrada e visando a melhoria das condições de saúde nas comunidades.

As USF são compostas por uma equipe multiprofissional composta por médico(a), enfermeira(o), auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, ainda, por meio do Programa Saúde Bucal, incorporou-se o(a) dentista e auxiliar de consultório dentário (Brasil, 2011). Em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que também inclui uma equipe multiprofissional na atenção básica para atuar de forma complementar, matricial e integrada a Estratégia de Saúde da Família com intuito de oferecer suporte técnico e especializado para ampliar a capacidade de resolução das equipes de saúde da família. Essas equipes do NASF são compostas por profissionais de diferentes áreas, como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros, que contribuem para a integralidade do cuidado, promovendo o apoio matricial.

De acordo com Fleury (2009), apesar dos avanços introduzidos com o reconhecimento da saúde enquanto um bem público, o desenvolvimento do neoliberalismo⁴ gerou um impacto negativo ao impor – de outro lado, a ampliação do projeto privatista de saúde que corrobora para a precarização do SUS mediante os cortes públicos de investimento do Estado. No Brasil assiste-se, então, uma dissociação entre a população que pode desfrutar dos benefícios assegurados a partir de um sistema de seguros privados e um sistema público para a população pauperizada (Fleury, 2009).

Essa dissociação expressa entre os que tem ou não acesso ao sistema privado é um reflexo da complexa dinâmica entre o projeto privatista de saúde e a Política de Ajuste. As tendências evidenciadas dentro de projeto de saúde alinhado ao mercado têm impactos negativos, pois contribuem para a precarização do SUS por meio de cortes nos investimentos públicos.

⁴ Neoliberalismo – é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas, relacionadas ao Estado e ao Mercado marcadas pelas relações dialéticas entre si, que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio (Harvey, 2008).

O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (Costa, 1996; *apud*. Bravo, 2006. p.15).

Neste sentido, a saúde pública brasileira enquanto política social, incorpora essa ofensiva neoliberal que busca articular a saúde enquanto mercadoria e ferem os princípios e diretrizes estabelecidos no projeto democrático de saúde iniciado a partir das lutas e mobilizações sociais que impulsionam a RS desde a década de 1980. Portanto, a conexão entre as políticas de saúde, o neoliberalismo e a crescente privatização ilustra um desafio fundamental na oferta de cuidados de saúde no Brasil, isso evidencia a necessidade de um debate abrangente sobre a privatização do sistema de saúde e seus efeitos.

A agenda da saúde nos primeiros anos democráticos e no decorrer da gestão dos governos de Fernando Collor de Mello (1990 - 1992), Itamar Franco (1992 - 1994) e Fernando Henrique Cardoso (1995-1998/1999-2002), na contramão das perspectivas do SUS, legitimaram algumas medidas para atender interesses do mercado e a lógica neoliberal, as quais serão descritas – em linhas gerais, a seguir.

Com avanço da transição democrática nos anos de 1990, e a eleição do presidente Fernando Collor de Mello, a ofensiva neoliberal ganhou terreno propício no país legitimada com a inauguração da minimização do Estado brasileiro. Ou seja, medidas como a diminuição dos recursos para a política de saúde, a precarização das condições de trabalho, e ataques à Seguridade Social foram defendidos pelo governo. Nessa direção, o governo Collor aprovou a revinculação da Previdência Social ao Ministério do Trabalho e a inserção do Inamps ao Ministério da Saúde, disposto na Norma Operacional Básica n 01/1991 que afetou o financiamento e descentralização do SUS.

Também assegurou algumas conquistas como a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a terapia antirretroviral para pessoas com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (Machado *et al.*, 2017).

Porém, ao atacar os rendimentos da população e diante de medidas de congelamento econômico, além das graves denúncias de corrupção, Collor de Mello sofreu o impeachment em 1993, e assumiu a presidência o vice-presidente Itamar Franco. Na agenda da saúde no governo de Itamar houve a extinção do INAMPS, a implantação da NOB 1993 que definia a descentralização com ênfase nos municípios e o início do PSF. Na área econômica, o país vivenciou a continuidade de planos iniciados no governo anterior, como a abertura econômica do país e o processo de privatização das estatais e a inclusão do Plano Real em 1994, sob o comando do Ministro da Fazenda naquela época, Fernando Henrique Cardoso (FHC), conforme assinalam Pasche, 2006; Machado *et al.*, 2017, posteriormente, tornaria o novo presidente da república.

O plano de governo durante mandato de FHC buscava a estabilização econômica, então em seu primeiro momento promoveu a redução dos gastos públicos e gerou novos retraimentos para a consolidação do SUS, configurando segundo Pasche (2006), um período caracterizado pelo desfinanciamento do setor, com corte de recursos e a ausência de investimentos que ocasionaram o sucateamento da rede de atenção básica de saúde.

Durante os dois mandatos do governo de FHC, a direção política levou a implantação do Plano Diretor de Reforma do Estado em 1995, e foi além do ideário de resposta à crise econômica vivenciada no país, ao destacar enquanto princípio norteador a estabilidade econômica. FHC abriu espaço para um novo olhar sobre o público e o privado ao expandir em sua agenda do governo, incentivos à esfera pública não-estatal, isto é, a terceirização dos serviços públicos, com destaque para a área da saúde.

O Estado passou a ter uma nova concepção no que tange a sua intervenção direta no desenvolvimento econômico e social, e adotou uma postura de promoção e regulação transferindo suas responsabilidades para o setor privado (Lima, 2010; Menezes, 2011). Entretanto, cabe ressaltar que em meio a reforma do Estado, o governo FHC trouxe avanços importantes como a expansão do PSF, a assistência farmacêutica através da oferta de medicamentos genéricos e a continuidade da política de prevenção e combate à AIDS.

Diante do contexto de reformas ou contrarreformas de Estado fortalecidas nos anos 1990, o repasse de recursos para as políticas públicas esbarrou na agenda de

cortes, na ampliação das privatizações de serviços públicos e na desresponsabilização do Estado social para possibilitar o largo desenvolvimento do ideário neoliberal. Inclusive com incentivo aos planos privados de saúde visando a desmotivação da população com relação à defesa do SUS e fortalecendo a parceria público e privado, com a injeção de recursos públicos na iniciativa privada, e sob a falsa e ilusória argumentação de a iniciativa privada garantir a qualidade na prestação de serviços e maior agilidade no atendimento. Corroborando, portanto, para o ideário de oferta da saúde como mercadoria conforme será discutido no item a seguir.

1.2 A Saúde Não é Mercadoria: o espraiamento de uma agenda neodesenvolvimentista de cunho privatista e suas implicações para a consolidação do SUS

Ao abordar sobre o avanço da mercantilização das políticas sociais no Brasil, em especial o discurso valorativo da privatização da saúde é necessário assinalar os interesses contraditórios entre mercado e Estado para implementar três projetos antagônicos: o projeto da reforma sanitária, o projeto privatista e o projeto de reforma sanitária flexibilizada e que permite a relação público/privado.

Em tempos de crise e mediante às estratégias de restauração do sistema capitalista defende-se a redução da intervenção do Estado, que a partir da década 2000 assume uma perspectiva ultraliberal, que diante das novas exigências do capital buscam remover a regulamentação do Estado sobre o mercado, com base na trípticas: flexibilização, desregulamentação e privatização (Netto, 2012).

As intenções de superação dos ciclos de crise a partir da ideologia ultraliberal impõe o redimensionamento da ação reguladora do Estado, sobretudo no sentido de flexibilizar direitos trabalhistas, promover reformas administrativas e gerar o enxugamento dos gastos sociais. Portanto, remete a perda cada vez maior de direitos sociais através dos ataques aos sistemas públicos de seguridade social, da redução dos postos de trabalho e, conseqüentemente, do aumento do exército de reserva no mercado, além do crescimento da informalidade, da cultura de um falso empreendedorismo, sem garantias trabalhistas e com reduções salariais que legitimam a precarização das relações capitalistas de produção e o aumento da exploração do trabalho para a favorecer os interesses do capital.

Essas implicações também afetam as condições de trabalho no campo da saúde pública, reduz o financiamento de projetos, programas e serviços e diminui a valorização do trabalho, gerando o congelamento salarial e dividindo a assistência à saúde da população através da ampliação de três pilares: o projeto da reforma sanitária, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária flexibilizada.

O projeto de reforma sanitária quando iniciado veio reafirmar a defesa da saúde enquanto política pública, dever do Estado e direito universal assegurado aos indivíduos. Se apoia no desafio de fortalecer o SUS e dialogar de forma intersetorial com as demais políticas públicas.

O projeto privatista se fundamenta pela lógica do mercado, e prioriza a saúde como mercadoria visando o lucro e a garantia do acúmulo de capital. Estabelece o mínimo de interferência do Estado na regulação dos planos privados de saúde. Ainda estabelece um sistema de coparticipação do indivíduo.

A reforma sanitária flexibilizada ainda defende a privatização e a implementação de novos modelos de gestão através do sistema de parcerias entre o mercado e o poder público mediante a sua participação no financiamento e/ ou cobertura de exames e serviços especializados nos sistemas privados de saúde. (Bravo, 2013 *apud* Bravo; Pelaez; Menezes, 2020).

Ou seja, a proposta de saúde ampliada e integralizada iniciada em 1980 vem sendo desconstruída a partir de um projeto político defendido pelo Estado brasileiro desde 1990 ao vincular a política pública de saúde ao mercado e responsabilizar a sociedade civil pelos efeitos da crise, conforme assevera Bravo (2006, p.100).

Ao mesmo tempo que era garantido legalmente um sistema de saúde público e para todos no final da década de 1980, também se instalava um novo sistema econômico, porém com características contrárias. Se instalava um sistema de política social universal e um sistema político econômico regressivo (Ferreira, 2019, p.8).

Embora algumas conquistas foram fundamentais durante os governos de esquerda, pois no primeiro mandato do governo Lula (2003-2006) houve a implementação do Programa Brasil Sorridente que veio inovar a Política de Saúde Bucal e expandir o cuidado odontológico para a população em todo o país. Também se destacou a criação do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) para o atendimento pré-hospitalar móvel assegurando uma Política de Atenção às Urgências

e Emergências e o Programa Farmácia Popular formado por um ramo de drogarias privadas tendo permissão para vendas de medicamentos com descontos de até 90% em relação ao valor de comércio, através de financiamento do governo (Menicucci, 2011).

Ainda em seu primeiro mandato de governo, o presidente Lula aprovou a expansão do PSF enquanto principal estratégia de mudança na atenção básica. E, posteriormente, em seu segundo mandato de gestão (2007-2010) aprovou recursos destinados para o aperfeiçoamento de pesquisas e tecnologia para a produção de insumos como: vacinas, medicamentos e equipamentos, com a intenção de fortalecer a produção nacional de matéria-prima para o SUS (Menicucci, 2011) e reconheceu a questão do combate a fome como um dos principais desafios para promover saúde de forma integral.

Neste sentido, o governo Lula foi considerado inovador ao inaugurar medidas de combate à fome através da implantação de condicionantes sociais na perspectiva de melhorar problemas como a fome, saneamento básico e promover melhorias nas condições de vida das pessoas em situação de miséria, pobreza e excluídas das relações de produção. Ampliando, portanto, o Programa Bolsa Família e assegurando acesso das famílias articulado com o acompanhamento nos serviços de saúde e nas escolas.

O governo de Dilma Rousseff (2011- 2016) além de dar continuidade às políticas de combate à pobreza e de promoção à saúde implementadas no governo Lula (como o Brasil Sorridente, SAMU e Farmácia Popular), assumiu o compromisso de expandir as UPAS (Unidades de Pronto-Atendimento) e o Programa Mais Médicos, tendo como finalidade a contratação de médicos formados no exterior podendo ser brasileiros (as) ou estrangeiros (as), que teriam a validação de seus diplomas para atuar-principalmente, nos municípios interioranos, com destaque para a vinda dos médicos Cubanos para promover cuidados médicos a lugares remotos, e aumentar as vagas de graduação e residências médicas, sugerindo mudanças curricular (Machado, 2017; Lima, 2017; Baptista, 2017). Porém sem uma imposição política incisiva contra a política de financiamento e regulação do setor privado.

Ainda durante o governo Dilma, no final de 2014 houve maior flexibilização do mercado para o capital financeiro internacional investir no setor da saúde no Brasil e prestar serviços nesta área. Também no campo da saúde mental, com a nomeação

para coordenar a política nacional, um ex-diretor de hospital psiquiátrico que tem um pensamento conservador e privatista que contradiz a luta antimanicomial, novos retrocessos ocorrem na direção de apoiar ações de internação que visam a privação de liberdade dos (as) usuários (as).

Em 2015 o cenário epidemiológico enfrentava novas crises sanitárias a partir da expansão de doenças causadas por vírus com transmissão através de mosquitos, que veio dar início a epidemia do Zika vírus e a identificação do mesmo com a microcefalia, representando uma emergência para a saúde (Machado, 2017; Lima, 2017; Baptista, 2017). Além dos problemas de saúde através da proliferação da dengue no Brasil.

Na verdade, o Brasil assistia a um redesenho do projeto de reforma sanitária que se flexibilizava a partir da defesa de um modelo de Estado neodesenvolvimentista hoje presente em todo território nacional e com uma pauta acirrada de reconfiguração para o SUS, desde os anos 1990 e que convive com as ofensivas privatistas desde os anos 2000 evidenciando disparidades entre a defesa do SUS no campo legal, regido pela universalização, integralidade e equidade, e a efetivação do SUS no campo real que encara uma disputa severa entre o público versus privado.

A partir da necessidade de fortalecimento da luta em defesa do SUS surgiram os fóruns da saúde nos estados e municípios e foi criada a Frente Nacional Privatização da Saúde para combater a ideia da saúde enquanto mercadoria à mercê dos interesses das relações produtivas do capital e discutir a defesa do caráter público e estatal da saúde (Bravo; Correia, 2012).

Esses fóruns e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde têm como caminho estratégico conduzir uma ruptura com as bases privadas do setor saúde vigente, que é o mesmo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1980, pressupostos que se opõem à regulação da saúde pelo mercado e a defesa da saúde pública e estatal (Bravo; Correia, 2012, p. 140).

E compreendem diversas entidades sociais, movimentos sociais e sindicais, partidos políticos e universidades que coletivamente desempenham papéis de organização e mobilização social, e constituem novos espaços de controle democrático e de denúncia sobre os impactos trazidos pelos modelos de gestão da saúde que defendem os interesses privados dentro dos sistemas públicos como no próprio SUS. Um exemplo concreto dessa invasão privatista do público, porém

privado, remete à criação das Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares – EBSEHRS.

A EBSEHRS foi criada a partir da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com o intuito de fornecer serviços de forma gratuita de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população, ademais prestar serviços às instituições públicas federais de ensino de modo que ao próprio ensino, à pesquisa e à extensão, considerando a autonomia universitária (Brasil, Lei nº 12.550/2011, art. 3º). Desde então, as EBSEHRS passam a administrar os Hospitais Universitários, através da terceirização dos hospitais universitários e do ensino superior federal.

Há ainda alguns pactos estabelecidos com organismos internacionais, como é o caso do Banco Mundial e seu desempenho junto à política de saúde no Brasil. Há três aspectos que demonstram a ligação do Banco Mundial com a saúde brasileira: a) garantia de direito universal à saúde; b) a forma de gerenciamento da política pública; c) o grande potencial do setor para a acumulação de capital, e é através dessas características que vai ser possível observar a intencionalidade do Banco e a sua intervenção. (Rizzotto, 2016; Campos, 2016).

Fica evidente que os princípios constitutivos do SUS juridicamente contidos nos artigos da Constituição Federal de 1988 não faz parte do ideário do Banco Central, tendo em vista que o pensamento neo e/ou ultraliberal prevalece e com ele a concepção da saúde enquanto uma mercadoria, onde a oferta de serviços para a população que pode pagar deve ficar ao encargo do mercado, e o Estado intervir de forma mínima, complementar e priorizando atenção junto aos cidadãos que não podem pagar por serviços de saúde.

O avanço da privatização das políticas sociais e de saúde assinalam períodos que antecedem o governo Temer (2016-2018), mas conta com retrocessos ainda mais acirrados a partir de seu próprio governo. Pois, com a investida ultraliberal e o aprofundamento das contrarreformas e o crescimento dos desmontes das políticas sociais, o governo Temer submeteu uma medida de redução de gastos, através da PEC 95/2016 (Brasil, 2016), que instituiu o congelamento em vinte anos dos gastos públicos para as políticas sociais, assegurando a política de cortes no orçamento para política de saúde.

Dessa forma com a narrativa neoconservadora e ultraliberal de redução necessária do SUS e a afirmação de que o país não conseguirá manter os direitos contidos na Constituição de 1988 no que se refere à garantia da oferta de saúde, o Ministro da Saúde Ricardo Barros em sua gestão defende a possibilidade de criar o plano de saúde popular para aliviar gastos com o SUS (Bravo, 2020; Pelaez, 2020; Menezes, 2020).

Dando continuidade ao chamado ultraliberalismo evidencia-se a radicalização e a investida contra os direitos sociais, os ataques ao Estado Democrático e a expansão do ultraconservadorismo a partir de 2019 quando se evidenciou mais uma nova agenda de retrocessos apresentado durante o governo Bolsonaro e acentuado com a pandemia da Covid-19 que será aprofundada no próximo item do nosso TCC.

1.3 Crise Sanitária e o Negacionismo Político: o contexto da pandemia Covid-19 e principais retrocessos na saúde pública brasileira no Governo Bolsonaro

O período de pandemia no Brasil causada pelo Coronavírus revelou sérias implicações da crise sanitária em todo País. A crise sanitária brasileira engloba uma crise conjuntural que foi expressa a partir de fatores políticos, econômicos e sociais que afetaram drasticamente as classes trabalhadoras e as pessoas mais vulneráveis, evidenciando privilégios para poucos e aumentando as desigualdades sociais no país. A crise sanitária evidenciou também a desresponsabilização do Estado brasileiro com relação a promoção de políticas públicas para a população, bem como uma retomada de práticas autoritárias que deslegitimam a democracia e desconsideram os direitos de cidadania, além de uma cultura negacionista liderada pelo Presidente da República na época, Jair Messias Bolsonaro.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a pandemia compreende um período de disseminação de uma doença infecciosa que afeta um grande número de pessoas em vários continentes ou em nível mundial. A OMS declarou a Covid-19 como pandemia mundial causada pelo novo Coronavírus em março de 2020. Essa doença é causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e espalhou-se rapidamente pelo mundo ocasionando milhões de casos e mortes, além de causar impactos negativos na economia, nos sistemas de saúde e nas condições de vida e trabalho dos indivíduos.

No Brasil, a crise sanitária encontra a partir do governo de Bolsonaro um terreno propício para sua expansão, principalmente por tratar-se de um governo que retoma o negacionismo científico. E teve como agravante o surgimento da pandemia de Covid-19 causada pelo novo coronavírus que atingiu o mundo e representou um agravo fatal à saúde pública no Brasil, principalmente diante da demora pela compra de imunizantes para proteger a população.

O Governo de Bolsonaro (2020-2023) reforçou as propostas de contrarreformas iniciadas nos governos anteriores e evidenciou de forma mais incisiva, o forte desmonte do Estado brasileiro e revelou a sua incapacidade em gerir a crise sanitária no Brasil e o seu forte perfil de ingovernabilidade.

A pandemia da Covid-19 afetou de forma severa as condições de vida e trabalho da população e gerou um número assustador de mortes à medida que o descaso do governo brasileiro com a pandemia era legitimado pelas relações políticas autoritárias estabelecidas pelo governo Bolsonaro, pela ausência de um plano eficaz voltado para atender às demandas de reprodução social dos indivíduos e para enfrentar a disseminação dos casos de Covid-19 no Brasil e administrar os impactos da crise na vida da população.

Durante o auge da pandemia, nos confrontamos com as manifestações mais cruas das desigualdades sociais e as diversas violações de direitos. O governo de Bolsonaro, caracterizado por seu discurso de ódio e seu alinhamento com os interesses do mercado e grandes empresários, acentuou fortemente a "questão social". Vimos o racismo, a LGBTFobia, o feminicídio, a criminalização da pobreza e outras expressões da injustiça social amplamente evidenciadas. Além disso, o desrespeito e a falta de preparo do presidente e dos Ministros no enfrentamento da crise sanitária criaram um ambiente de medo, incerteza e angústia e sentimento de abandono de parcelas significativas da população pelo Estado brasileiro, principalmente dos excluídos das relações formais de trabalho, que contribuíram para tornar o contexto desse período sombrio e desafiador.

O comportamento negacionista adotado por Jair Bolsonaro, o desrespeito e a falta de incentivo à ciência favoreceram o agravamento da condição de calamidade pública por induzir a população a descumprir as medidas sanitárias, em especial, ao negar a importância do uso de máscara, do isolamento e do distanciamento social e a própria imunização através da aplicação da vacina, enquanto medidas necessárias

que foram recomendadas pela OMS. Bem como, a demora em criar um plano sistemático e mais eficaz de enfrentamento a pandemia causada pelo coronavírus, além da demora para a compra das vacinas de imunização contra a Covid-19 em 2022, foram aspectos que demonstraram o descaso do poder público com a saúde da população e que acarretou na morte⁵ de centenas de pessoas e deflagrava que a promoção da saúde não era prioridade para aquele governo.

A pandemia do novo Coronavírus reforçou a necessidade e a importância de fortalecer o Sistema Único de Saúde em todas as suas áreas: de vigilância em saúde, de cuidado em todos os níveis, promoção, prevenção e pesquisa. Um SUS público, com acesso universal, 100% estatal, de qualidade, com financiamento efetivo, de forma a produzir as melhores respostas possíveis no enfrentamento da atual crise sanitária (Bravo, 2021, p.149; Menezes, 2021, p.149).

Com a pandemia veio também o adoecimento e sofrimento psíquico da população e novos ataques no campo da saúde mental no Brasil. É importante ressaltar que a agenda da política de saúde mental durante o governo de Bolsonaro também vivenciou graves retrocessos que afetaram diretamente o processo de luta antimanicomial, sobretudo, ao desrespeitar as pactuações estabelecidas a partir da última configuração da RAPS que buscavam alinhar-se às exigências e conquistas alcançadas a partir do processo de Reforma Psiquiátrica no País. Grosso modo, o Governo Bolsonaro foi considerado um governo avesso às lutas sociais, pois na política de saúde mental apresentou a defesa para a ampliação dos leitos em hospitais psiquiátricos numa direção oposta às diretrizes da RAPS e do SUS (Bravo, 2021; Menezes, 2021). Sobre essas questões, o debate será retomado e aprofundado no próximo Capítulo deste TCC.

É importante ressaltar as implicações nocivas do referido governo também no que diz respeito a atenção a saúde do (a) trabalhador (a) ao se deparar com medidas adotada na contramão aos direitos alcançados através da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e legislações trabalhistas. À exemplo da Vigilância em Saúde do/da trabalhador/a que sofreu modificações estabelecidas durante o período da pandemia de Covid-19 com relação às normas que

⁵ De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass, 2023), até o dia 03/10/2023, o Brasil já acusa a notificação de 37.827.912 casos confirmados e 705.962 mortes pela Covid 19.

regulamentam a segurança no trabalho em detrimento aos interesses das empresas privadas (Barroso *et al.*, 2020).

Além de uma série de outros desmontes vivenciados no mundo do trabalho que reforçou formas de precarização e flexibilização das relações capitalistas de produção no Brasil, em especial a partir da aprovação da Reforma Trabalhista e a Reforma da Previdência Social que ampliam as dificuldades concretas de reprodução social na vida de trabalhadores e trabalhadoras em todo território nacional.

A Reforma Trabalhista, sancionada na Lei nº 13.467/2017, que entrou em vigor em 11 de novembro de 2017, introduziu mudanças significativas no ordenamento jurídico que regula as relações trabalhistas, desde a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943. Sob o ideário de ampliar o número de empregos e de formalização do trabalho no país, por meio das alterações realizadas buscou-se reduzir os custos dos empresários com os (as) trabalhadores (as) sem levar em conta as implicações na saúde, higiene e segurança dos mesmos (Krein *et al.*, 2019).

Em síntese, a Reforma Trabalhista inclui modificações no que se refere a flexibilização dos contratos de trabalho com a criação do trabalho intermitente, que oferece mais flexibilidade nas relações de emprego. A reforma fortaleceu a negociação coletiva, permitindo que acordos entre empregadores e empregados prevalecessem sobre a legislação em certos casos. Ainda, ampliou as regras para o uso do banco de horas, permitindo que empregadores e funcionários negociassem acordos de compensação de horas de trabalho, flexibilizou a jornada de trabalho, permitindo a adoção de jornadas de 12 horas com descanso de 36 horas, como também afetou a contribuição sindical, tornando-a facultativa (Carvalho, 2017).

Com a Reforma Previdenciária, mediante a Emenda Constitucional (EC) nº 103, de 12 de novembro de 2019, estabelece-se novas medidas no sistema previdenciário brasileiro. Tais medidas, tinham como justificativa do governo vigente a redução do déficit previdenciário. Essa reforma foi composta por alterações nas regras de aposentadoria, com a elevação da idade mínima para aposentadoria, a modificação do cálculo dos benefícios, e a unificação das regras entre os regimes de previdência dos setores público e privado. Além disso, a EC 103 estabeleceu regras de transição para aqueles que já estavam próximos da aposentadoria.

Esse processo de reformas acirra-se ainda a desregulamentação do trabalho formal e a uberização. Conseqüentemente, ao reduzir gastos públicos e recursos para

o fundo público, o desmonte nas políticas sociais e no financiamento da saúde só aumenta e favorece cada vez mais a privatização da saúde no Brasil, sobretudo a partir do chamado Golpe de Estado alavancado com o governo Temer.

O último golpe de estado brasileiro resultou no Impeachment da Dilma Rousseff em 2016, embora meses mais tarde, a sua inocência foi reafirmada pelo Senado. Recentemente, em agosto de 2023 novamente foi avaliada e mantida a anulação contra a acusação de crime de improbidade administrativa e, portanto, declarado que não houve pedaladas fiscais por parte de Dilma Rousseff. O golpe também orquestrou a prisão de Lula mediante uma farsa jurídica e uma perseguição acirrada pelo seu opositor, o então juiz Sérgio Moro.

E sobre as acusações levantadas por Moro, posteriormente contou-se com a retaliação do judiciário brasileiro quando o Supremo Tribunal federal (STF) anulou as condenações de Lula em 2021, ao inocentá-lo dos supostos crimes da Lava Jato e que o possibilitou a concorrer às últimas eleições em 2022 e ganhar nas urnas e de forma democrática para um novo mandato como Presidente da República, em vigência, e que seguirá até 2026.

Em 2023 pós vitória nas eleições em 2022, Luís Inácio Lula da Silva tornou-se o primeiro líder político a assumir um terceiro mandato de Presidente da República no Brasil e cuja vitória veio selar um pacto social de retomada de compromissos do Estado brasileiro com as reformas de redemocratização indicadas desde a Constituição Federal aprovada em 1988. Sobretudo, veio com o propósito de fortalecer o Estado Democrático de Direitos, embora sem romper com pressupostos que favorecem o capital mediados pela ideologia neoliberal.

Ao assumir a presidência, Lula se depara com ataques antidemocráticos e teve que lidar de imediato com sérias consequências deixadas pelo Governo anterior. É inegável que a sua vitória reascendeu as esperanças de segmentos políticos e populares para a retomada do processo de desenvolvimento do SUS com relação ao compromisso de assegurar o acesso universal à saúde e promover uma assistência integral e equânime a toda a população. Além de retomar o incentivo à ciência e programas de saúde que favoreçam a população, a exemplo do Mais Médico e da Farmácia Popular e repensar uma agenda democrática, inclusiva e de liberdade e reconhecimento dos direitos de cidadania, já no primeiro semestre de seu governo.

Também passou a garantir novos recursos aos órgãos de fomento de pesquisa e da ciência no Brasil, romper com o pensamento negacionista e de anulação sobre a importância das vacinas, inclusive, reativa a figura simbólica do 'Zé Gotinha' nas campanhas de vacinação, entre outras medidas e programas de saúde retomados pelos novos Ministérios e coordenadorias criadas.

O Governo Federal retoma o Farmácia Popular do Brasil com a expansão da oferta de medicamentos gratuitos e o credenciamento de novas unidades em municípios de maior vulnerabilidade. Em uma ação inédita, todos os beneficiários do Bolsa Família poderão retirar os 40 medicamentos disponíveis no programa gratuitamente. A iniciativa amplia o acesso à assistência farmacêutica a 55 milhões de brasileiros. O lançamento do novo Farmácia Popular do Brasil foi feito no dia 7/6/2023, em Recife-PE. (...) A saúde da mulher terá prioridade e acesso gratuito aos medicamentos indicados para o tratamento de osteoporose e contraceptivos, junto com tratamentos para hipertensão, diabetes e asma. Mais de 5 milhões de mulheres que antes pagavam a metade do valor devem ser beneficiadas com a retirada dos produtos de graça (Cf. Brasil, 2023).

Ainda reside a espera por uma maior destinação de financiamento do fundo público nacional para a política de saúde nos estados e municípios, o pagamento de pisos salariais aos profissionais de saúde de diversas áreas e a promoção de uma atenção mais cuidadosa quanto aos benefícios de Seguridade Social e as políticas de combate à fome, além do investimento em insumos, equipamentos e espaços, e condições de trabalho e de incentivo salarial para trabalhadores (as) e profissionais de saúde pautadas numa agenda de fortalecimento do SUS.

CAPÍTULO II

2 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

O presente capítulo trará um breve resgate sobre o surgimento do Serviço Social no Brasil no auge dos anos de 1930 atrelado às iniciativas da Igreja Católica sob o viés da caridade e da filantropia; e engendrado pelas relações contraditórias entre o Capital e o Trabalho num campo de disputas de interesses de classe - a classe burguesa versus as classes trabalhadoras.

Com o objetivo de atuar na mediação da atenção do Estado que ao reconhecer a “questão social” enquanto uma questão política passa a ter maior exigência para intervir diretamente na oferta de políticas sociais, passa, portanto, a recrutar assistentes sociais para atuar no atendimento aos indivíduos e suas famílias. Grosso modo, o desenvolvimento do Serviço Social enquanto profissão ocorre, portanto, concomitante ao processo de industrialização e urbanização do País através do desenvolvimento das relações capitalistas de produção e enfrentamento das múltiplas expressões da “questão social” pelo Estado.

Ao surgir no Brasil nas décadas de 1930 a 1945, o reconhecimento do Serviço Social enquanto profissão deu-se mediante fortes heranças do Serviço Social Europeu e norte-americano. No contexto dos anos 1940, diante da implementação de um modelo de saúde no país, focado no modelo hospitalocêntrico, a figura do/da assistente social é reconhecida na saúde como sendo um/uma “auxiliar do médico” (Martinelli, 2003).

Embora a profissão surja atrelada às incursões do desenvolvimento das relações capitalistas de produção, a forte influência da Igreja Católica também se evidencia mediante a incorporação do pensamento neotomista que se espraiava sob o discurso da caridade e da filantropia, e sob um viés biologizante e ações fragmentadas no campo da saúde assumindo um caráter conservador, punitivo e coercitiva ditada pelo Estado e por seus empregadores.

Em 1936 foi registrada a primeira Escola de Serviço Social, conhecido como Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) integrada com a PUC de São Paulo. E, posteriormente, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O Serviço Social, à priori, se reconhece enquanto uma profissão técnica e que vive do trabalho, e teve

em suas origens uma relação intrínseca aos interesses da classe dominante e patronal, com ações imediatistas e de interesse do Estado na apaziguação dos conflitos entre as classes trabalhadoras e os empregadores.

Era predominante nos primórdios da profissão, as ações de cunho preventivo, higienistas e centradas em campanhas para o combate às doenças endêmicas e pandemias. Também se configurava o atendimento junto a trabalhadores (as) urbanos assegurados pelos benefícios aplicados a partir das chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), através da Lei Elói Chaves (1923)⁶ que previa assistência médica e aposentadoria.

Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio-funeral (Bravo, 2006, p. 90).

A partir do levantamento bibliográfico verificou-se que em 1943, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi o primeiro a contratar profissionais de Serviço Social. Com o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde no Brasil, assistentes sociais passam a atuar nos hospitais, com a intenção de proporcionar o acesso dos (as) usuários (as) aos serviços e benefícios previdenciários. E no pós guerra teve-se o desenvolvimento do Serviço Social brasileiro e o crescimento do recrutamento de profissionais assistentes sociais, em 1945, para atuar na saúde e, portanto, caracterizando-se como o setor que mais absorve assistentes sociais (Bravo, 2006; Matos, 2006).

Sob uma maior influência norte-americana, ressalta-se que na formação profissional, a profissão passava de um modelo de caráter moral para assumir um caráter mais psicologizante (Bravo, 2006; Matos, 2006). Em 1948 com a incorporação de um novo conceito de saúde e face ao recrutamento de mais assistentes sociais para trabalhar na promoção da saúde, o Estado brasileiro passou a requisitar a formação de equipes multiprofissionais agregando várias profissões que buscavam se especializar no atendimento à saúde, entre elas, o Serviço Social.

⁶ A Lei Eloy Chaves é considerada a origem da Previdência Social. A lei obrigava cada companhia ferroviária do país a criar uma caixa de aposentadorias e pensões (CAP), departamento incumbido de recolher a contribuição do patrão e dos funcionários e pagar o benefício aos aposentados e pensionistas (Brasil, 2019).

Outro fator importante refere-se à consolidação da Política Nacional de Saúde no país com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social. Esta assistência, por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (Bravo, 2006; Matos, 2006 p.199).

A partir dos anos 1950 houve uma ampliação dos espaços sócio-ocupacionais para o trabalho de assistentes sociais em hospitais e ambulatórios de saúde e com o desenvolvimento de práticas de prevenção e ações educativas na prestação do atendimento integral e comunitário em saúde, porém ainda sob o forte viés conservador e com ações de caráter mais pontuais e curativo, que priorizava o diagnóstico social com base na responsabilização dos indivíduos em uma perspectiva biologizante. A partir dos anos 1960, o Serviço Social na América Latina assumia a perspectiva modernizadora e de reatualização conservadora, que se manteve ao longo do período da ditadura militar e que se espalhava no Serviço Social brasileiro. O perfil de executor de tarefas e papéis subalternizados ainda se confundia com a psicologia e estava presente na atuação de assistentes sociais na saúde.

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios (Bravo, 2006; Matos, 2006, p. 202 *apud* Bravo, 1996).

Em 1966 com a criação do INPS resultante da unificação dos IAPs foram mantidas as práticas de controle do Estado sobre a sociedade e a oferta de benefícios atendiam apenas trabalhadores (as) de carteira assinada e que contribuíssem pelo trabalho formal. O acesso à saúde pública era restrito e a oferta de serviços dava-se em condições ainda precárias. Compreendia um período demarcado pelo incentivo às iniciativas privadas e pelo deslocamento de financiamento público que era destinado à construção de hospitais particulares. Com a expansão dessas unidades hospitalares, assistentes sociais eram requisitados/as para trabalharem nesses hospitais.

Bravo e Matos (2006) destacam que no decorrer dos anos 1960 a 1970 a profissão vivenciava o período de reatualização do Serviço Social e assumia o papel de atuar na prevenção das doenças, com maior concentração de profissionais em hospitais e ambulatórios. Já na década de 1980, a profissão ao iniciar uma tentativa de ruptura com seu conservadorismo, passou a incorporar um enfoque mais crítico e a participar de movimentos sociais e da luta pela Reforma Sanitária no Brasil.

No auge dos anos 1988, quando a população brasileira vivenciava o processo de redemocratização e de superação de um período ditatorial, e contava com o aprofundamento do movimento da Reforma Sanitária iniciado desde 1970, observou-se um maior envolvimento de assistentes sociais nos movimentos de base e a adesão ao pensamento crítico, sob influência do marxismo e da aproximação ao Método BH.

Com a promulgação da Constituição Federal brasileira em 1988 e a incorporação do capítulo da Seguridade Social foi inaugurada também a função jurídica na profissão, expressa pela criação de outras leis, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, da Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990, da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993, entre outras. Também surgiram novas exigências de um maior envolvimento da categoria com o projeto da reforma sanitária brasileira.

Embora o Serviço Social passava a adotar uma visão mais crítica da realidade, o trabalho profissional na saúde ainda estabelecia uma relação de subalternidade face a outras profissões numa correlação de poder mais direta com a medicina e a enfermagem, mais restrita ao caráter de execução de tarefas preestabelecidas pela direção, como prestar informações aos (as) usuários (as) sobre o cumprimento das normas institucionais durante a sua admissão e permanência, e contribuir para a manutenção da ordem às rotinas institucionais.

O Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulada do movimento de reforma sanitária e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (Bravo e Matos, 2006, p.205).

Ainda nos anos 1990 o Serviço Social permanecia como uma categoria pouco vinculada ao Movimento de Reforma Sanitária (Bravo, 1996 *apud* Cfess, 2010) e, portanto, tornava-se necessário estabelecer essa maior vinculação que veio ser

reforçada diante a construção do projeto ético-político profissional do Serviço Social no sentido de fortalecer a defesa ao SUS.

Nesse cenário de mudanças, em decorrência do crescimento de assistentes sociais no campo da saúde e a demanda de dúvidas postas ao conjunto CFESS/CRESS acerca da real intervenção do assistente social no campo da saúde, a criação dos Parâmetros para Atuação do Assistente Social pelo CFESS em 2008 objetivou nortear as ações do profissional no âmbito da saúde, regulamentado pela Lei de Regulamentação da Profissão 8662/93. Segundo o CFESS (2010), o documento visa orientar a categoria no sentido de dar respostas pertinentes ao cotidiano de trabalho e na identificação das demandas dos usuários (Castro e Andrade, 2014, p.115).

Todavia, o projeto neoliberal reforçava no Brasil uma arena de disputas entre o projeto privatista e o da reforma sanitária e apresentava requisições diferentes para o Serviço Social. O projeto privatista passava a requisitar um (a) profissional com uma intervenção assistencialista centrada nas práticas de caráter seletivo, fiscalizador, punitiva, burocrático e/ou de favorecimento. Já o projeto da reforma sanitária requer um trabalho de aproximação do/da profissional com a realidade, de forma humanizada, trabalhando de forma interdisciplinar, em forma de grupos, com a necessidade da participação popular entre outros (Cfess, 2010).

Diante de uma maior requisição de assistentes sociais para atuar nas políticas de saúde e atender às diretrizes do SUS e ao projeto ético-político e profissional do Serviço Social, a categoria sente a necessidade de sistematizar as atribuições e competências profissionais para o trabalho na saúde. Nesta direção, através da organização política e da sistematização de propostas pelo conjunto CFESS/ CRESS, foram elaborados os parâmetros de atuação profissional na saúde para reafirmar o conjunto de competências e atribuições privativas do/ da assistente social alinhados com a Lei que regulamenta a profissão, o Código de Ética e o Projeto ético-político da profissão. Pois, apesar de empiricamente haver uma certa dificuldade quanto ao entendimento sobre a atuação dos (das) Assistentes Sociais em romper com o conservadorismo ainda legitimado nas práticas em saúde, compreende-se que,

Cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (Matos, 2003). Considera-se que o nosso código de ética apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde (Bravo e Matos, 2006, p.17 -18).

O trabalho de assistentes sociais na saúde (Cfess, 2010) requer uma atuação profissional que deve estar pautada pelos princípios que compõem o Código de Ética da profissão de 1993, que reafirmam a mudança que se configura tanto no nível teórico, quanto na prática a partir da década de 1990, e deve estar em consonância com o Movimento da Reforma Sanitária (Netto, 2011 *apud*. Castro e Andrade, 2014). Bem da verdade é reafirmada a defesa intransigente dos direitos humanos, a liberdade enquanto valor ético central, a aproximação com as classes trabalhadoras, a defesa da democracia, e ainda, a ampliação e consolidação da cidadania e a postura em favor da justiça e da equidade social, a garantia do pluralismo e o combate a todas formas de discriminação e preconceito (Cfess, 2012).

Ao se inserir nos diversos espaços sócio-ocupacionais, o (a) assistente social necessita pautar em seu trabalho, a defesa ao Estado democrático de direitos, a viabilização do acesso às políticas públicas enquanto direitos dos cidadãos. Na saúde é imprescindível a garantia do acesso dos (as) usuários (as) ao SUS e o direito a um atendimento integral, qualificado, humanizado e que proporcione ao mesmo a assistência à saúde e o acolhimento às demais demandas e das famílias.

Atuar na promoção da equidade e da justiça social, promover o acolhimento e escuta aos indivíduos, garantir acesso à informação, colaborar com a informação e a comunicação na rede socioassistencial e junto às famílias, orientar acerca dos direitos e benefícios sociais, notificar os casos de violação de direitos e de violência, desenvolver estudos e pesquisas, integrar o trabalho junto às equipes de saúde são alguns dos pilares basilares demandados para o trabalho de assistentes sociais, em especial, no âmbito da saúde. Os espaços sócio-ocupacionais que os/as profissionais de Serviço Social ocupam na saúde compreendem a atenção à saúde em nível primário, de médio e de alta complexidade na RAS e nos serviços de intersectorialidade e nas unidades de Estratégia de Saúde da Família, nos centros de saúde, policlínicas,

institutos, maternidades, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), na RAPS, hospitais gerais, hospitais universitários, de emergência e especializados.

Ao desvelar a saúde como direito e promover condições que possibilitem o acesso dos usuários, o/a assistente social contribui com o processo de construção e sensibilização destes usuários enquanto sujeitos de direitos, o que revela a atuação a partir de um direcionamento social que, além de impulsionar a emancipação dos sujeitos sociais, estimula e fortalece a universalização do acesso à saúde (Castro e Andrade, 2014, p.118).

Para Castro e Andrade (2014), o (a) assistente social atua no enfrentamento das contradições existentes nas relações estabelecidas pelo modo de produção capitalista e na democratização do acesso ao SUS. Com a sua inserção na divisão sociotécnica do trabalho, o (a) assistente social exerce junto às políticas de saúde, um papel fundamental no enfrentamento dessas contradições no âmbito da política da saúde e do SUS. No seu campo de atuação, o Serviço Social busca contribuir com o processo de implementação das políticas públicas, entre elas, política de saúde, viabilizar o acesso do (a) usuário (a) aos serviços de saúde e assegurar o exercício dos seus direitos. Compreender o processo saúde-doença a partir dos determinantes sociais que afetam as condições de vida e trabalho da população.

O crescimento dos sistemas de saúde no Brasil exige hoje o desenvolvimento de práticas em saúde pautadas na visão multidisciplinar e interprofissional para atenção às demandas e produção do cuidado em saúde e resolução dos problemas, em busca de resultados efetivos e que possam dar conta do manejo das situações de adoecimento e de ações de promoção e prevenção.

Nesse contexto, cada vez mais o (a) assistente social vem sendo demandado para atuar nas políticas de saúde. A atuação profissional não se limita à execução de serviços, ao contrário, estende-se à gestão do trabalho em saúde. Para tanto, também se exige o fomento sobre o financiamento público na saúde e defesa dos direitos trabalhistas da categoria, em especial no cumprimento das horas de trabalho e da valorização salarial. Em linhas gerais, a atuação profissional na saúde compreenderá quatro (04) grandes eixos que devem ser compreendidos em sua totalidade, que são: atendimento direto aos (as) usuários (as); mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (Cfess, 2010).

É fundamental garantir a construção do trabalho profissional articulado com a agenda das lutas sociais e a defesa intransigente de direitos de cidadania, fundamentado nos referenciais ético-políticos do Serviço Social e na direção social crítica, que valorize as dimensões criativa, propositiva e emancipatória. Sobretudo, que reconheça a prática do serviço social na saúde desvencilhada do cariz assistencialista e que não se resuma ao cumprimento do plantão e realização de encaminhamentos. Pois, o (a) assistente social é um/uma profissional qualificado (a) para atuar junto ao SUS e na defesa da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, de forma coletiva e junto a outras profissões.

O trabalho na atenção e promoção da saúde mental é cada vez mais demandado às/ao profissional de Serviço Social, inclusive, se configura um dos campos de estágio ofertados no curso de Serviço Social da UFPB e confere a um componente curricular também estudado por discentes na graduação. O debate sobre Política de Saúde Mental e as experiências de estágio vivenciadas por uma das discentes, autora deste TCC, que ocorreu em um CAPS em João Pessoa e serão contextualizados no capítulo a seguir.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA ANTIMANICOMIAL: a interface do Serviço Social na atenção à Saúde Mental

Aqui a abordagem histórica perpassará pela compreensão da Reforma Psiquiátrica brasileira e as nuances da luta antimanicomial no Brasil, e o debate sobre os motivos que impulsionaram os movimentos sociais, trabalhadores e trabalhadoras da saúde e outros agentes a reivindicarem por melhorias na atenção, no cuidado e no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico e no desejo coletivo pelo fim do isolamento e aprisionamento de pessoas que vivem com transtornos mentais e/ou que vivenciam algum tipo de sofrimento psíquico.

Parte-se, portanto, da crítica ao modelo hospitalocêntrico que deu início ao pensamento voltado para o cuidado e a atenção à saúde mental dos sujeitos em espaços abertos, coletivos e democráticos e na construção de novos ordenamentos voltados para a promoção da atenção psicossocial e do entendimento sobre a importância do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil e de fortalecimento da luta antimanicomial.

A RAPS que surge no Brasil nesse processo de consolidação da reforma psiquiátrica e com o objetivo de promover, articular e integrar os modelos substitutivos ao pensamento hospitalocêntrico e na perspectiva de garantia do cuidado humanizado e integral. E a partir da contextualização da RAPS, apresentar o debate sobre os CAPS que se apresentam como estratégias apontadas a partir da proposta da Reforma Psiquiátrica no Brasil e que comporta uma estrutura terapêutica que tem por objetivo a substituição dos antigos modelos de tratamentos que visavam isolar, excluir, punir e marginalizar os sujeitos. Mas que diante das iniciativas de mudanças, se apresenta como espaços de diálogo, acolhida, acompanhamento e emancipação e que visa atender o indivíduo como sujeito de direito, respeitando as suas particularidades e dialogando com as diversidades nesse processo terapêutico e de inclusão.

Ainda neste segundo capítulo, haverá um recorte para contextualizar o cenário de prática de estágio supervisionado que se deu no CAPS Caminhar, no bairro dos Bancários, em João Pessoa-PB e compartilhar relatos sobre essa experiência e sobre as ações de intervenção e estudos desenvolvidos durante a nossa inserção na qualidade de estagiária de Serviço Social na referida instituição.

O debate se iniciará com uma breve análise sobre os percalços do processo da contrarreforma na Política de Saúde Mental no cenário brasileiro, com maior ênfase à conjuntura dos últimos governos neoliberais, de Michel Temer e Jair Bolsonaro, e as suas implicações ao delinear ataques e retrocessos à Reforma Psiquiátrica no Brasil e ao retraimento da oferta de serviços na RAPS.

A saúde mental é um tema complexo e que esbarra em perspectivas distintas, conservadoras e progressistas e cujo debate ainda ocupa um lugar de invisibilidade e se insiste no silenciamento. Para a sociedade, os sujeitos em condição de sofrimento psíquico e que convivem com transtornos mentais ainda são vistos como indivíduos “loucos” e que lidam cotidianamente com o descaso e a discriminação.

O percurso histórico que antecede a reforma psiquiátrica guarda uma realidade da incidência de hospitais psiquiátricos que tinham a função social de abrigar as pessoas que eram excluídas e marginalizadas pela sociedade e, portanto, colocados em hospícios e hospitais psiquiátricos que ofertavam uma atenção de riscos e considerado desumano, à base de tratamento de choque, lobotomia, dentre outras práticas já extintas.

Resgatar a trajetória da Política de Saúde Mental nos exige delimitar o conceito de loucura e de adoecimento mental. No Brasil, nos anos de 1920 à 1930 houve a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, seguido pela oferta do Serviço Social aos considerados “doentes mentais” do Distrito Federal, onde o Governo de Washington Luís inseriu no Ministério de Educação e Saúde, as obrigações dos serviços psiquiátricos do Brasil.

No ano de 1934 foi promulgada a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, decreto Nº 25.559 de 3 de julho (Alencar; Oliveira; Teixeira, 2010 *apud* Costa, 1980) que resultou no aumento de pessoas internadas em hospital psiquiátrico para tratamento. Nos anos seguintes houve a expansão de hospitais estatais e federais nas grandes capitais brasileiras e que se configurava, em sua maior parte - em serviços de ordem filantrópica. Durante os anos de 1960, 1970 e 1980, os hospitais financiados pelo INPS transformaram-se em celeiros rentáveis voltados para o que consideraram “o comércio da loucura”. Esse movimento marcou por décadas a assistência psiquiátrica no Brasil e foi marcado pela falta de qualidade nos serviços e no cuidado dos sujeitos, onde os ambientes psiquiátricos eram lotados e precários, e reforçava o tratamento baseado no modelo hospitalocêntrico (Campos *et al*, 2009).

O modelo hospitalocêntrico predominante nessa época priorizava práticas de tortura, sofrimento e desumanização, caracterizado pela violação de direitos das pessoas que estavam em sofrimento psíquico e que eram excluídas. Em fins da década de 1970, face à pressão de movimentos sociais, familiares e de trabalhadores e trabalhadoras da saúde, dava-se origem à Reforma Psiquiátrica no País atrelado à luta pela redemocratização. No início de 1978, o estado do Rio de Janeiro recebia uma série de críticas por partes de alguns médicos que atuavam e observavam o que acontecia nos hospitais psiquiátricos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde, que acumulavam denúncias de maus tratos, violência e violação de direitos humanos. Após as denúncias recebidas, o Ministério da Saúde de forma coercitiva demitiu diversos profissionais que fizeram as respectivas denúncias e corroborou para a conhecida “crise da Dinsam” (Amarante, 2012).

Face à repercussão nacional da demissão em massa de profissionais da saúde por parte do Ministério da Saúde surgiu o primeiro movimento social organizado na área de saúde mental no país, liderado por trabalhadores (as) e que recebeu o nome de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Amarante, 2012). Com

esse movimento, amplia-se um processo de novas formas de pensar criticamente a natureza do saber psiquiátrico, pois o pensamento que se tinha até então era centrado nas práticas repressivas e punitivas dos sujeitos.

Em 1978 ocorreram dois eventos importantes e que contaram com a participação de representantes do MTSM se fez presente, sendo eles essenciais para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. O primeiro evento foi o V Congresso de Psiquiatria, que aconteceu em Camboriú (SC) entre o período de 27 de outubro a 1 de novembro, onde o MTSM promoveu um debate político sobre o modelo assistencial psiquiátrico brasileiro e ficou conhecido como “Congresso da Abertura”. E, o segundo, foi o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, promovido pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI), ocorrendo no Rio de Janeiro no período de 19 a 22 de outubro de 1978 (Amarante, 2012).

Logo no ano seguinte, ocorreram outros eventos muito importantes para o processo de reforma psiquiátrica: o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, o I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. O Congresso do MTSM aconteceu em janeiro de 1979, no Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo. Neste, depende-se que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde está vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade, através de fortalecimento dos sindicatos e demais associações representativas articuladas com os movimentos sociais (Amarante, 2012, p. 740).

A atuação do MTSM foi preponderante no processo de reforma psiquiátrica por trazer consigo o pensamento crítico acerca de como o modelo assistencial psiquiátrico era tratado no Brasil e que precisava ser rompido/ superado. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) era considerado uma mobilização plural, pois era formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Assumiu o papel protagonista de denúncias dos hospitais psiquiátricos com atendimento centrado na comercialização da loucura e de uma supremacia de uma rede privada de assistência. Desse modo elaborou a crítica ao modelo hospitalocêntrico reforçando a importância de fortalecer uma luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica.

O surgimento da Reforma Psiquiátrica⁷ brasileira veio priorizar o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico em locais abertos, coletivos e democráticos, e para promover um novo modelo de atenção psicossocial. O processo de realização de eventos que foram importantes para o movimento de reforma psiquiátrica possibilitou uma reorganização dos agentes participativos que, em princípio, era mais restrito a profissionais de saúde e mantinha usuários (as) dos serviços ainda mais distantes. Outra mudança significativa foi a mudança de pensamento na sociedade, e não apenas no modelo de assistência psiquiátrica (Amarante, 2012).

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na perspectiva do uso de mecanismos de gestão para sua implantação e avanço, pode ser compreendido em três períodos: o primeiro, de 1992 a 2001, em que houve a implementação de estratégias de desinstitucionalização, por meio das primeiras normas que possibilitavam experiências de humanização e controle da hospitalização, ampliação da rede ambulatorial em saúde mental e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos; o segundo, de 2000 a 2002, marcado pela aprovação da Lei 10.216 de 2001 e pela expansão da rede de atenção psicossocial, com financiamento para implantação de dispositivos de desinstitucionalização e início da expansão da agenda política para novos problemas a serem enfrentados, como a questão das crianças e adolescentes e o abuso de drogas; e o terceiro, de 2003 até a atualidade, marcado pela consolidação da hegemonia reformista, com projetos específicos para situações específicas, como o Programa de Volta para Casa e maior articulação de políticas intersetoriais (Barros; Salles, 2011, p. 1781).

A busca pela unificação da Reforma Sanitária com a Reforma Psiquiátrica brasileira resultou no fortalecimento da luta pela promoção da saúde humanizada e integralizada e no reconhecimento de direitos à saúde para a população assegurados através da Constituição Federal de 1988. Mais tarde, interligada a Reforma Psiquiátrica e incorporados na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) apoiada e regulada pela Lei de nº 10.216/2001⁸, a promoção do cuidado na saúde mental buscava priorizar ações de assistência à saúde distantes dos modelos antigos hospitalocêntricos manicomial que buscavam “prender” em hospitais psiquiátricos as

⁷ De acordo com o Ministério da Saúde, “o processo de Reforma Psiquiátrica é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do louco e da loucura, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto por atores, instituições e forças de diferentes origens” (Barros; Salles, 2011).

⁸ Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, normatizando as internações psiquiátricas classificadas como voluntária, involuntárias e compulsórias” (Brasil, 2001).

peças com sofrimento psíquico, e assim buscar políticas com propostas que proporcionem o cuidado (Brasil, 2001).

Em 1989 foi elaborada uma lei que estabelece um novo modelo de tratamento para pessoas com transtornos mentais no Brasil, porém a denominada de Lei Paulo Delgado (Lei da Reforma Psiquiátrica), só foi sancionada após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional.

Mas, enquanto o PL tramitava, foram aprovadas muitas leis estaduais e municipais de RP em capitais e cidades importantes por todo o país e outras inovações foram introduzidas. Uma delas foi a constituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos (Portarias 106/2000 e 1.220/2000). A construção de uma rede de SRT's foi amplamente favorecida com o advento do Programa de Volta Para Casa (Lei nº 10.708, de 31/07/2003). Após os SRTs foi instituído o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria em 2002, que deu início a um processo regular de avaliação dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados conveniados ao SUS. Como resultado houve o fechamento de centenas de hospitais e alguns milhares de leitos absolutamente inadequados para a assistência à saúde (Amarante; Nunes, 2018, p. 2072).

Através do advento da Reforma Psiquiátrica eclodiu o novo modelo de atenção psicossocial oferecendo tratamento e atendimento substituindo os Hospitais Psiquiátricos. Então, a RAPS se evidencia como uma nova estrutura de Saúde Mental, no qual se dispõe de vários pontos de atenção, onde é possível encontrar os CAPS que fazem parte da rede. A condição da Política Nacional de Saúde Mental regulamentada na lei de nº 10.216/2001 veio dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001).

Os CAPS remarcam a proposta da reforma psiquiátrica no Brasil através da apresentação de uma estrutura terapêutica que tem por objetivo a substituição dos antigos modelos de tratamento que visavam excluir e marginalizar, passando a atender o indivíduo como sujeito de direito e na perspectiva da promoção do cuidado integral e da promoção da assistência à saúde mental considerando as particularidades dos sujeitos.

2.2 Um Contexto de Contrarreformas na Saúde Mental no Cenário Brasileiro

A partir do golpe político aplicado ao Governo de Dilma Rousseff que culmina com a posse de Michel Temer (2016-2018) na Presidência do Brasil reafirma uma nova nuance da ofensiva neoliberal do Capital⁹ que visa os desmontes das políticas sociais públicas, a flexibilização e precarização do trabalho, a desregulamentação de direitos sociais, o ataque ao SUS e cada vez mais o adoecimento do trabalhador e da trabalhadora no Brasil.

Desde 2016 com o Governo Michel Temer, a pauta em defesa da redução do financiamento para as políticas sociais por parte de representantes políticos, sobretudo da bancada da direita no Brasil objetiva o fortalecimento do pensamento neoliberal e neoconservador. Sendo assim, ocorrem retrocessos no campo da política de saúde, nos serviços do SUS e entre eles, os serviços e programas de atenção à saúde mental. Esse movimento gera mecanismos substitutivos de tratamento e cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, pois ocorre incorporações de ações e políticas de saúde mental sem rigor científico e na contramão da luta antimanicomial.

Ou seja, crescem as internações psiquiátricas e aumenta o financiamento do Estado para as Comunidades Terapêuticas (CT), como também surgem novos incentivos em defesa pela internação de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Dessa forma, ocorre a desconfiguração das bases da Reforma Psiquiátrica brasileira (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

No Governo Temer ocorre alterações nas Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a RAPS, e dá outras providências, ou seja, é promulgada a denominada “Nova Política de Saúde Mental”, através da Portaria GM/MS 3.588/2017, provocando mudanças que vão de sentido contrário aos princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RFB) (Brasil, 2017).

A portaria GM/MS 3.588/2017 vai instituir o Hospital Psiquiátrico na RAPS incentivando os retrocessos, retornando com o pensamento hospitalocêntrico e ambulatorial. Trazendo também um aumento de verbas para as internações em hospitais psiquiátricos, e o aumento do financiamento público para as Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2017).

⁹ Segundo Casulo; Alves (2018) “a ofensiva neoliberal do capital é um movimento totalizante e totalizador que, por um lado, desconstrói direitos sociais do trabalho e amplia a nova precariedade salarial no Brasil; e por outro lado, aprofunda a precarização da pessoa humana- que- trabalha por meio do adoecimento laboral, decorrentes do “choque do capitalismo” ocorrido no Brasil nas últimas décadas”.

[...] o governo engendrou mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) que apontam para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais, e serviços ambulatoriais, por meio de ampliação de recursos para tais fins. A proposta foi aprovada pela CIT, em 21 de dezembro de 2017, sem consulta à sociedade (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p. 197).

É possível observar que através dessas modificações na portaria GM/MS 3.588/2017 acontece o desmonte e o enfraquecimento dos serviços substitutivos, visto que, essas mudanças afetam e colaboram para a retomada da perspectiva do tratamento voltado aos hospitais psiquiátricos, voltando ao pensamento manicomial.

Ao prosseguir de forma descontrolada com a defesa e alargamento ao pensamento neoliberal, o Governo de Jair Bolsonaro (2019-2022) deu continuidade a radicalização e a investida contra os direitos sociais e o desenvolvimento de práticas anti - democráticas. A partir de 2019, o governo Bolsonaro trouxe o aumento das contrarreformas advindas dos governos anteriores e a ampliação das políticas que prevalecem a ideia de desmonte do Estado brasileiro e que modifica as iniciativas em promover saúde mental e o retorno da defesa pela ampliação dos leitos em hospitais psiquiátricos e considera as comunidades terapêuticas como mecanismos das RAPS a serem financiadas pelo SUS (Bravo, 2021; Menezes, 2021).

Com relação à Política de Saúde Mental e a Política de Álcool e Drogas, em abril de 2019, Bolsonaro anunciou o Decreto nº 9761/2019, que estabeleceu uma “nova” Política Nacional de Drogas, que tem como objetivo a construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas a ser alcançada por meio da promoção da abstinência e do fortalecimento de Comunidades Terapêuticas como locus de cuidado, tratamento e promoção da saúde, entre outros aspectos. A citada política desconsidera a Política de Redução de Danos propondo a abstinência. Na política de saúde mental ao priorizar as comunidades terapêuticas- que nada tem de comunitária e terapêutica - não se prioriza o modelo de atenção em saúde mental, ou seja, os serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), previstos pela reforma psiquiátrica brasileira (Bravo; Menezes 2021, p.145).

Portanto torna-se possível observar que os governos brasileiros neoliberais, sobretudo os governos de Temer e Jair Bolsonaro assumem abertamente uma agenda de retrocesso e desmonte das políticas sociais. Essa agenda de desmonte veio afetar diretamente o financiamento das políticas de saúde, entre elas, cortes na política de saúde mental que atendessem à lógica antimanicomial e impondo a reincorporação do pensamento de remanicomialização para a sociedade. Ou seja, a projeção e defesa de um sistema de saúde mental ‘carcerário’ e o aumento do financiamento para as internações em unidades hospitalares privadas denominadas

comunidades terapêuticas que defendem as práticas manicomiais e o modelo hospitalocêntrico e de isolamento dos sujeitos.

O movimento de contrarreforma na saúde mental marcado por esse descompasso das ações em vistas negar a Reforma Psiquiátrica no Brasil contribuiu para derrubar e reverter os avanços conquistados desde a reforma sanitária e que trouxe atrasos no sentido de reprimir a RAPS. Pois, a Reforma Psiquiátrica brasileira propôs o fechamento dos hospitais psiquiátricos do tipo manicômios e asilos e o fortalecimento de uma rede de cuidados substitutivos, de atenção humanizada, centrada no trabalho colaborativo, comunitário e em equipe, e que visa a inclusão social dos sujeitos e a defesa dos direitos humanos.

Segundo Chiabotto; Nunes; Aguiar (2022), a contrarreforma psiquiátrica consiste no ataque direto às conquistas estabelecidas pela reforma psiquiátrica, com um retorno à lógica de exclusão, estigma social e hospital psiquiátrico.

A alteração da Raps através da Nota Técnica nº 11/2019 trouxe novamente o hospital psiquiátrico e as comunidades terapêuticas como pontos de cuidado em saúde mental, também concedendo aumento no financiamento de internações em hospitais psiquiátricos (Chiabotto; Nunes; Aguiar, 2022, p.86).

É de extrema importância observar e avaliar de forma crítica as consequências perante aos ataques à saúde pública e a saúde mental que vem ocorrendo nos últimos anos, onde o cuidado realizado os (as) usuários (as) dos serviços de saúde mental e aos seus familiares é afetado, visto que, com os últimos governos neoliberais ficou evidente os avanços da contrarreforma que só tendem a gerar impactos negativos na RAPS, dificultando o acesso aos serviços, a garantia de direitos e a promoção de uma abordagem humanizada e comunitária para as pessoas em sofrimento psíquico.

Com isso, gerando cada vez mais preocupação e mobilização de movimentos sociais, profissionais de saúde e usuários em defesa da RAPS e da continuidade dos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica no país. Desta forma, o governo Lula (2023- 2026) tem um grande desafio pela frente no que diz respeito a política de saúde e saúde mental, onde o mesmo tem que retomar o processo consolidação do SUS, e dessa forma buscar a efetivação dos seus princípios que foram rompidos nos governos anteriores.

Portanto, se faz necessário pensar em medidas e mecanismos para barrar esses retrocessos na política de saúde mental e nas demais políticas sociais,

buscando resistir a essa Contrarreforma, incentivando os movimentos sociais que foram os protagonistas na Reforma Psiquiátrica Brasileira, e dessa forma defender os princípios da RPB e o fortalecimento na luta Antimanicomial.

2.3 A Rede de Atenção Psicossocial em João Pessoa: os principais serviços substitutivos e o estágio supervisionado em Serviço Social no CAPS CAMINHAR

A RAPS foi instituída no Brasil a partir da Portaria GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e republicada em 30 de dezembro de 2011, com a finalidade de apresentar uma nova estrutura de Saúde Mental (Brasil, 2011). A RAPS busca promover, articular e integrar os modelos que substituem a lógica hospitalocêntrica em direção da promoção do cuidado humanizado e integrativo.

A RAPS é integrada ao SUS e compreende, articula e efetiva os diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento psíquico e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e do consumo de álcool, crack e outras drogas. A RAPS se efetiva através da perspectiva de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde nos territórios (Brasil, 2011).

Em termos de organização, a RAPS está organizada pelos seguintes componentes:

- I. Atenção Primária à Saúde;
- II. Atenção Especializada;
- III. Atenção às Urgências e Emergências;
- IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V. Atenção Hospitalar;
- VI. Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação (Brasil).

A partir da RAPS foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que são as principais ferramentas de promoção da atenção e cuidado em saúde mental diante do processo de Reforma Psiquiátrica e em substituição aos Hospitais Psiquiátricos. Os CAPS foram regulamentados através da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

O Centro de Atenção Psicossocial é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (...) (Brasil, 2011).

De acordo com Gomes e Silva (2017), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) comportam as seguintes modalidades de CAPS: a) CAPS I¹⁰ destinado a atender adultos com transtorno mental severo e persistente e transtorno decorrentes do uso de álcool e outras drogas), b) CAPS II¹¹ voltado para o atendimento a adultos com transtornos mentais severos e persistentes, c) CAPS III¹² atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes, essa categoria oferta acolhimento noturno; d) CAPS i¹³ para atender crianças e adolescentes com transtornos mentais; e) CAPS ad¹⁴ destinado para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

O CAPS Caminhar tipo III com funcionamento em João Pessoa configurou-se no lócus de estágio supervisionado em Serviço Social, cuja experiência vivenciada na condição de estagiária junto à política de saúde mental será abordada neste item. Com recorte especial para a experiência de estágio vivida no CAPS Caminhar, situado no bairro dos Bancários, em João Pessoa, no ano de 2022.

A partir de levantamento documental durante a vigência do estágio, constatou-se que o CAPS Caminhar foi criado em agosto de 2005, inicialmente na modalidade tipo I, e em 2006 funcionava como tipo II com atendimento à população das 08h às 18h, no bairro de Valentina de Figueiredo. Todavia, a partir de 16 de março de 2010 tornou-se um único CAPS do tipo III e a atender no endereço atual, Rua Paulino dos

¹⁰Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), a configuração dos CAPS obedece a seguinte estrutura:

CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.

¹¹ CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.

¹² CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes.

¹³ CAPS i – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local.

¹⁴ CAPS ad – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000. (Brasil, 2003)

Santos Coelho s/n, no bairro Jardim Cidade Universitária, na cidade de João Pessoa-PB.

O CAPS Caminhar abrange em termos de território os bairros de Valentina, Mangabeira, Geisel, Funcionários, João Paulo II, José Américo, Grotão, Cristo, Rangel, Água Fria e Bancários. Desta forma, a assistência é prestada à população adulta dos distritos sanitários II e III da cidade, com o perfil de usuários (as) que apresentem transtornos mentais graves, severos e persistentes, com comprometimento, limitações e perdas de capacidade, e cujo atendimento vai fornecer atividades terapêuticas, atendimento médico, disponibilização de medicamentos, e funciona 24h.

Em relação à estrutura física, o CAPS Caminhar funciona em local que não atende ao proposto pela Portaria GM 336/02¹⁵ que determina o local adequado dentro das normativas. O serviço oferecido pelo CAPS Caminhar funciona 24 horas, englobando finais de semanas e feriados. O atendimento e acolhimento aos (as) usuários (as) com transtornos mentais graves, severos e persistentes ocorrem nos dois turnos, pela manhã começa às 08h e no turno da tarde às 14h, sendo disponibilizado o serviço dos leitos de repouso noturno para os (as) usuários (as) que necessitam da atenção 24 horas.

Conforme o levantamento quantitativo de profissionais que atuam no CAPS Caminhar, observou-se a composição de noventa e um (91) profissionais, entre eles: Agente Administrativo, Agente de Segurança, Assistente Social, Auxiliar de Cozinha, Auxiliar de Serviços Gerais, Cozinheiro(a), Cuidador Terapêutico, Digitador, Educador Físico, Enfermeiro(a), Farmacêutico(a), Médico(a), Nutricionista, Oficineiros(a), Psicólogo(a), Técnico de Enfermagem, Terapeuta Ocupacional, Vigilante, e diaristas (comparecem todos os dias ao serviço) e plantonistas (trabalhando em escalas de plantões), onde se dividem para suprir as demandas e dar conta dos (as) usuários (as) que se fazem presentes tanto para atendimento médico, quanto para participação nas oficinas terapêuticas e recebimento de medicação.

No que concerne o financiamento do CAPS, segundo a Portaria MS/GM nº-3.089, de 23 de dezembro de 2011 o repasse financeiro fixo para os Centros de

¹⁵ Segundo o Art.3º da Portaria GM336/02 “Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só devem funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar” (Brasil, 2002).

Atenção Psicossocial (CAPS) credenciados pelo Ministério da Saúde se destina ao custeio das ações e atividades de atenção psicossocial realizadas (Brasil, 2011).

O público atendido pelo CAPS Caminhar são pessoas acima de 18 anos de idade, que se encontram em grande sofrimento psíquico, com transtornos mentais graves e persistentes, que estão impossibilitados de realizar atividades, com isso, afetando no seu convívio social e familiar. Relacionado a assistência e permanência no serviço, irá depender da necessidade do (a) usuário (a), visto que, o primeiro contato refere-se ao acolhimento e escuta através da triagem, e é nesse momento que vai se observar o perfil do indivíduo e se ele se enquadra no tipo do CAPS III. Sendo admitido no serviço será construído um Projeto Terapêutico Singular, e se caso a pessoa não for o perfil do local, será feito os devidos encaminhamentos.

O CAPS Caminhar é o local de referência para usuários (as) que se encontram em sofrimento psíquico e que sejam dos referidos distritos sanitários: Distritos Sanitários II (Grotão, Rangel, Colinas do Sul, Geisel, Funcionários II ao VII, Cristo, Gramame, João Paulo II e Cuiá) e III (Valentina, Mangabeira, Bancários, Água Fria, Jardim Cidade Universitária, José Américo, Jardim São Paulo, Anatólia, Cidade dos Colibris, Planalto Boa Esperança, Paratibe e Muçumagro) que podem vir ao serviço tanto por demanda espontânea, por encaminhamento, pelos diversos serviços da rede intersetorial.

As atividades realizadas e desenvolvidas pelo serviço são enfatizadas pelo Ministério da Saúde (2004) que discorre que, os CAPS ofertam vários serviços e atividades, sendo a realização de grupos terapêuticos realizados em grupos diariamente, atendimentos individuais, atendimento a grupo de famílias, atividades comunitárias e de suporte social.

Sendo assim, com a criação do SUS no Brasil através da Constituição de 1988, ocorrem mudanças no tratamento da Saúde Mental no país e dessa forma vai contribuir para a inserção de assistentes sociais nesse espaço. Foi a partir da década de 1940 que o profissional de Serviço Social ingressa na equipe que atua na área de saúde mental. Já na década de 1950, o (a) Assistente Social foi inserido (a) para atuar no hospital psiquiátrico, mas ainda com poucos profissionais no campo e ocupando uma posição bem inferior, onde estava limitado a realizar demandas rotineiras e de teor burocrático (Bisneto, 2022).

Dando prosseguimento na década de 1970 foi tendo um avanço e foram surgindo intervenções e demandas, dessa forma, foi progredindo e ocorrendo um crescimento na área da saúde mental e conseqüentemente para o próprio Serviço Social, e com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, vai se buscar um tratamento onde seja pautado no cuidado e visando a importância da mudança do conceito em relação a doença mental.

Ao se inserir na área de Saúde Mental, o (a) Assistente Social deve superar algumas dificuldades encontradas nos locais de trabalho, pois muitos desconhecem as atribuições que são de responsabilidade do profissional de Serviço Social, e acabam por assumir que sua prática se resume a atividades corriqueiras do serviço.

Salienta-se que o trabalho do Assistente Social não se resume a visitas domiciliares, entrevistas e encaminhamentos, apresentando a visão errônea da profissão. Há a redução da importância e necessidade da profissão perante a sociedade, pois tais atribuições expostas são apenas instrumentais que se não estiverem acompanhadas de uma intervenção não farão sentido algum (Gomes e Silva, 2017, p.198).

Logo, observamos que profissional de Serviço Social está conseguindo sua relevância na área da saúde mental, uma vez que os (as) usuários (as) e seus familiares estão cada vez mais inseridos nas ações sociais, bem como buscando sua autonomia e seus direitos, e é onde o profissional utiliza de suas atribuições específicas, e busca viabilizar os direitos, articulando com as demais políticas.

A inserção de assistentes sociais no CAPS Caminhar foi registrada desde a sua construção em 2005, onde o (a) profissional de Serviço Social tem o objetivo de viabilizar os direitos dos (as) usuários (as) com sofrimento psíquico que realizam acompanhamento nesse CAPS. As demandas institucionais relacionadas à sua prática profissional e seus instrumentos técnicos utilizados acontecem dentro das suas atribuições como elaborar relatórios e parecer social, promover o acolhimento social, atendimento, acompanhamento, entrevista social, visitas sociais.

Quanto aos planos, programas, projetos e atividades desenvolvidas pelo (a) assistente social no CAPS Caminhar foi constituído um grupo de direitos humanos que buscava informar aos (as) usuários (as) e familiares sobre seus direitos enquanto sujeitos de direitos. Outra atividade realizada foi a construção de um Jornal do CAPS desenvolvido por uma estagiária de Serviço Social no seu projeto de intervenção.

CAPÍTULO III

3 A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO BRASIL

A construção da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil é atrelada às iniciativas de promoção à saúde coletiva e na defesa da atenção de forma integral visando melhores condições de vida dos (as) trabalhadores (as).

Este capítulo versará sobre a trajetória histórica de construção dos modelos de atenção à saúde dos (as) trabalhadores (as) a partir da incorporação à Medicina do Trabalho no século XIX durante o período da Revolução Industrial e a perspectiva de promoção à Saúde Ocupacional no pós Segunda Guerra Mundial (1939 -1945), enquanto resposta a mobilização dos trabalhadores contra a conjuntura de acentuação da exploração da força de trabalho que resulta na ampliação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Entre alguns acontecimentos marcantes, destaca-se a influência do Movimento Operário Italiano (MOI) no Brasil, que veio proporcionar o debate sobre a relação saúde-trabalho, com reconhecimento da nocividade do processo de trabalho, entre técnicos, sindicalistas brasileiros e italianos que estavam envolvidos na área da Saúde do Trabalhador (Lacaz, 2007; Olivar, 2016).

Com a redemocratização do Estado brasileiro e sob a égide da Reforma Sanitária brasileira encara-se uma reconfiguração de modos de compreensão dos impactos das condições de trabalho na vida dos (as) trabalhadores (as), que dá início a uma nova concepção sobre as ações voltadas à saúde dos (as) trabalhadores (as). Conforme Campos e Silva (2017) com o advento da Constituição Federal de 1988 foi estabelecido o campo de saúde do (a) trabalhador (a) no âmbito do direito universal à saúde e competência do Sistema Único de Saúde, nos seus artigos 196 e 200, sendo também definido na Lei nº 8.080 de 1990 no seu artigo 6.

Dado o contexto, apontam-se marcos significativos que contemplam ações de assistência, promoção, prevenção e intervenção nos ambientes de trabalho e que se configuram na Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), nos

Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

Esses avanços despontaram também uma série de desafios para a sua plena efetivação diante dos desmontes nas políticas públicas com a ofensiva neoliberal que atinge a proteção social dos (as) trabalhadores (as) em prol das necessidades do capital e que remontam um cenário de precarização do trabalho fortemente presente na vida dos sujeitos e que afeta diretamente o processo saúde-doença.

É preciso pensar na saúde do/da trabalhador/a para além de condição necessária à reprodução social da classe trabalhadora, mas como um direito social inerente ao homem, condição indispensável para a vida e a sociabilidade humana (Mendes e Wünsch, 2011, p. 479).

A saúde do trabalhador é um campo por vezes invisibilizado, bem como a saúde mental, na área da saúde pública. Diante de um governo neoliberal que atingiu substancialmente a proteção social e o trabalho, a retomada de um governo democrático, com o presidente Lula, tem como atual desafio consolidar o SUS no Brasil. Ao priorizar o diálogo político e fortalecer os espaços de negociação com os gestores de estados e municípios e com a população através do CNS (Giovanella et al., 2023), o governo federal traz uma nova perspectiva para a política social de saúde e assim torna possível a execução de medidas democráticas que retomem os pressupostos com a Reforma Sanitária Brasileira.

Para os (as) trabalhadores (as) as iniciativas realizadas em favor dos direitos conquistados representam um olhar voltado a dignidade, e assim, a melhores condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora do país, partir da compreensão dos determinantes sociais que permeiam a sociabilidade dos indivíduos.

3.1 Caminhos Trilhados no Fomento à Política Nacional de Atenção ao Trabalhador e à Trabalhadora

As discussões acerca da Saúde do (a) Trabalhador (a) ganharam força a partir da Revolução Industrial ocorrida entre os séculos XVIII e XIX, iniciada na Europa mediante a intensificação da exploração do trabalho em detrimento da mecanização do processo fabril. Face às precárias condições de trabalho juntamente com a

ampliação do processo de adoecimento e elevada incidência de acidentes de trabalho instigam trabalhadores e trabalhadoras a se mobilizarem politicamente através de greves e outras manifestações sociais.

Como destaca Silva (2016) no final dos anos de 1960 emergiu o Movimento Operário Italiano (MOI) enquanto estratégias de mobilização dos (as) trabalhadores (as) por melhores condições de trabalho e de atenção à saúde ao expressar as condições sobre os riscos no ambiente de trabalho. O Movimento Operário Italiano teve um impacto significativo no debate sobre a relação saúde-trabalho em diversos países, incluindo o Brasil, tinha como finalidade combater os efeitos prejudiciais dos ambientes de trabalho, por meio da criação de novas metodologias de atuação, que enfatizavam a participação ativa do trabalhador como protagonista nas ações realizadas (Olivar, 2016).

Diante do quadro de insatisfação da classe trabalhadora, que geram rebatimentos mundialmente, como uma alternativa para atender as reivindicações dos operários e promover a ampliação do capital, percebe-se os primeiros passos na construção de abordagens que levassem em conta a saúde do (a) trabalhador (a). Nesse contexto, desenvolver possibilidades de intervenção para melhoria das condições de saúde do (a) trabalhador (a) vai de encontro com os interesses expressos pelo capital para gerar riqueza. Isso produziu medidas superficiais de prevenção que no mais representavam um mecanismo de controle da força de trabalho (Costa, 1981 *apud* Olivar, 2016).

O processo histórico para a formulação do conceito de Saúde do Trabalhador do qual detemos nos dias atuais se dá a partir de dois modelos que o antecede, sendo eles, a Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional (Ientz, 2012). A Medicina do Trabalho teve sua origem na Inglaterra durante o século XIX, em meio ao período da Revolução Industrial. A prática médica nesse modelo tinha um caráter centralizado na manutenção da força de trabalho e na maximização da produtividade, ao invés de apresentar uma abordagem que de fato garantisse a proteção da saúde do (a) trabalhador (a). Muitos médicos trabalhavam diretamente para os proprietários das indústrias, o que levantava conflitos de interesse e dificultava a implementação de mudanças efetivas em benefício dos (as) trabalhadores (as).

A medicina para o trabalho não tinha como objetivo proporcionar um tratamento ao trabalhador e trabalhadora, mas tornar-se responsável por analisar a capacidade

física do (a) trabalhador (a) para exercer sua função no sistema produtivo, assim salvaguarda o não comprometimento da produção de mercadorias e, em casos de adoecimento minimizar os sintomas através da medicalização, à medida que promovia a adequação do indivíduo ao ambiente de trabalho (Vasconcellos e Pignati, 2006).

A prática médica da Medicina do Trabalho abalizou-se em uma única perspectiva: a de selecionar a força de trabalho expressa no corpo sadio do trabalhador ao exercício do labor. O não atendimento aos critérios postos à atividade de trabalho, mesmo que este não confiasse condições salubres, descartava-se o trabalhador por não corresponder à dinâmica do processo produtivo (Silva, 2016, p.39).

Com o incremento de novas tecnologias no sistema produtivo no período pós Segunda Guerra Mundial (1939 -1945), criou-se um ambiente que exigia do (a) trabalhador (a) rotinas mais intensas de produção. As demandas impostas acentuaram o processo de adoecimento e o quantitativo de acidente dos (as) trabalhadores (as) do quais a medicina do trabalho não conseguia atuar de forma significativa. Como resposta aos novos desafios enfrentados pela Medicina do Trabalho, surgiu a Saúde Ocupacional com ênfase numa perspectiva multidisciplinar, sob a vertente da higiene industrial que passa a atuar não mais a partir do indivíduo, mas sim, leva em conta o contexto de salubridade e higiene que se apresenta no ambiente de trabalho (Olivar, 2016; Silva, 2016).

Essa nova perspectiva na abordagem da saúde no trabalho retira o enfoque principal do indivíduo para o ambiente. Busca-se ampliar o caráter técnico do conhecimento, controlando os riscos ambientais e promovendo uma doutrina de asseio para os trabalhadores. No entanto, esta abordagem mesmo preventiva, por si só demonstra ser limitadora (Olivar, 2016, p.81).

A abordagem da saúde no trabalho apesar de representar um avanço no que se refere a questão da multidisciplinaridade, ou seja, ao reunir uma equipe profissional composta não apenas pelo médico mas também, pelo fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo entre outros, essa abordagem é vista como limitada, pois reduz as doenças e problemas de saúde dos (as) trabalhadores (as) apenas às condições do ambiente do trabalho, baseado em uma concepção que enxerga o (a) trabalhador (a) como apenas um meio de produção, quase como uma máquina, em vez de considerar suas necessidades, entendimento e participação ativa no processo de trabalho (Olivar, 2016).

Vale ressaltar que tanto a Medicina do Trabalho, quanto a Saúde Ocupacional ao abordar sobre a relação saúde, doença e trabalho possuem enquanto característica comum a busca pela adequação do (a) trabalhador (a) às condições de trabalho. Essa adequação pode ser compreendida como um meio de atender às necessidades e exigências do sistema produtivo e melhorar a produtividade e eficiência. Em contrapartida evidencia uma negligência ao bem-estar e a saúde dos (as) trabalhadores (as), tratando-os como peças de uma engrenagem produtiva. Ou seja, os dois modelos estão inseridos em um contexto complexo de relações sociais, onde existem interesses contraditórios, interesses dos empregadores em obter maior produtividade e lucro, em detrimento da saúde e segurança dos (as) trabalhadores (as).

Observa-se que, com a deficiência dos dois modelos instaurados, a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional, ao não considerar o processo saúde-doença em sua totalidade na vida do (a) trabalhador (a), as questões sobre a saúde e trabalho sob a influência dos movimentos sociais e dos (as) trabalhadores (as) têm novos rebatimentos no que se refere a necessidade do desenvolvimento de ações estatais efetivas.

Cabe aqui destacar, a contribuição do conceito de processo de trabalho como condicionante de saúde-doença que surge nos anos 1970 por meio das ideias expostas por Marx, em sua obra *O Capital*. No Brasil, a saúde do (a) trabalhador (a) ganha evidência com a Reforma Sanitária Brasileira que resultou na criação do Sistema Único de Saúde. E com o processo de redemocratização do país, é possível elencar marcos significativos no que diz respeito à atenção à saúde do (a) trabalhador (a), dentre eles a Constituição Federal de 1988, a realização da 1ª Nacional de Saúde dos Trabalhadores (1 CNST)¹⁶ e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) que expressam modificações nas concepções já existentes trazendo novos desdobramentos que contribuem na construção da análise da relação saúde-trabalho através da determinação sócio histórica do trabalho.

¹⁶ A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 1ª CNST, foi realizada em Brasília, no período de 01 a 05 de dezembro de 1986, contou com a participação de 526 pessoas, das quais 399 foram delegados e 127 observadores. Após a realização de pré-conferências em 20 estados, o conjunto de questões significativas para a Conferência foi incorporado em três temas: 1- Diagnóstico da situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores; 2- Novas Alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores; 3- Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores (Olivar, 2016)

A Constituição Federal de 1988 no tocante às competências e atribuições do SUS, e conforme expresso no Art. 200, destaca que cabe ao SUS enquanto responsável pelos assuntos relacionadas à saúde e as doenças laborais:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; [...]
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (Brasil, 1988).

Essas atribuições expressam concepções que dialogam com a necessidade de intervir no exercício das atividades laborais, diante das transformações ocorridas no mundo do trabalho, promovendo o olhar voltado às demandas que afetam diretamente o processo de vida e morte do (a) trabalhador (a) (Lima, 2019). Em consequência das mudanças estabelecidas na saúde a Lei Orgânica da Saúde (LOS) traz em seu Art. 6ª a definição de Saúde do Trabalhador:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (Brasil, 1990).

Compreende-se a saúde do (a) trabalhador (a) com base em um sentido mais amplo da relação saúde-trabalho ao qual constitui um modelo teórico que direciona as ações na atenção à saúde dos (as) trabalhadores (as) que passa a abranger características inerentes a prevenção, promoção, reabilitação e vigilância sanitária e epidemiológica (Nardi, 1997 *apud* Campos e Silva, 2017).

Nessa direção, "a construção da Saúde do Trabalhador finca-se na discussão da Saúde Coletiva enquanto campo do saber que articula teoria e prática para a intervenção de uma realidade social na produção da saúde" (Silva, 2016, p.41). Abre-se espaço para o entendimento do (a) trabalhador (a) como sujeito de direito, que ao se inserirem no sistema produtivo são expostos a riscos ocupacionais que comprometem sua capacidade física e psíquica e cabe ao Estado intervir nas relações produtivas, adequando o processo produtivo ao trabalhador (a) e não ao contrário como anteriormente. De acordo com Olivar (2016), a saúde do (a) trabalhador (a)

versa sobre a garantia de direitos, sendo eles a saúde, o trabalho, a informação, a participação e o lazer.

O Ministério da Saúde, em 1998, para estabelecer procedimentos, a orientação e a instrumentalização das ações e serviços direcionados à saúde dos (as) trabalhadores (as) no Sistema Único de Saúde, instituiu a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS - NOST/SUS através da Portaria nº. 3.908 de 30 de outubro de 1998, que teve como pressupostos: universalidade, equidade, integralidade das ações, direito à informação sobre a saúde, controle social, regionalização e hierarquização das ações de saúde do (a) trabalhador (a), utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e na avaliação das ações (Brasil, 1998).

No mesmo ano foi apresentada a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, através da Portaria GM/MS nº 3.120, de 01 de julho de 1998, que em síntese, tem como objetivo instrumentalizar os setores encarregados da vigilância e proteção da saúde, presentes nas Secretarias Estaduais e Municipais, para que possam integrar em suas abordagens mecanismos de análise e intervenção relacionados aos ambientes e processos de trabalho (Brasil, 1998).

As leis contribuem para o processo de formulação de políticas em Saúde do (a) Trabalhador (a), destinadas a garantir condições e ambientes de trabalho propícios a atividades que gerem melhoria na qualidade de vida e que possibilitem a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem comprometer a saúde e a integridade física e mental dos mesmos.

Em 2002, criou-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que desempenha um papel fundamental na coordenação das ações em Saúde do (a) Trabalhador (a) em todo o país e visava a melhoria das condições laborais, a identificação precoce de riscos e a garantia de um ambiente de trabalho mais saudável e seguro, representava um avanço no que diz respeito à proteção dos direitos dos (as) trabalhadores (as), bem como, o fortalecimento do compromisso da promoção da saúde e segurança do (a) trabalhador (a).

Após longos anos desde a construção do Sistema Único de Saúde, tardiamente em 2012, foi publicada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), com a finalidade de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem adotadas pelas três esferas de gestão do SUS, para aprimorar a

Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), fomentar ambientes e processos de trabalho saudáveis, assegurar uma atenção integral à saúde do (a) trabalhador (a) com a inclusão das ações de saúde do (a) trabalhador (a) em todos os níveis da Rede de Atenção em Saúde do SUS. Ademais, ampliar a compreensão sobre a importância da abordagem transversal nas iniciativas relacionadas à saúde do (a) trabalhador (a), reconhecendo o trabalho como um determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, e garantindo a qualidade da atenção à saúde dos (as) trabalhadores (as) que são usuários (as) do SUS (Brasil, 2012).

Conforme o Artigo 3º da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, ficou estabelecido enquanto sujeitos da PNSTT homens e mulheres independentes de sua forma de inserção no mercado de trabalho (formal ou informal), de sua localização (rural ou urbana) e ainda, seu vínculo empregatício (Brasil, 2012). No entanto, a implementação da Saúde do (a) Trabalhador (a) no SUS confronta-se com vários desafios que comprometem a efetividade das ações em prol do referido campo, sejam eles, a falta de recursos e da formação de equipes qualificadas, ausência de priorização da discussão da temática na agenda política dos governos, além do viés econômico que ao pautar-se pelo interesse privado redireciona as atividades em favor dos empregadores, o que ocasiona obstáculos na formulação de políticas e execução de práticas voltadas à prevenção de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e melhoria das condições de trabalho (Ribeiro; Leão; Coutinho, 2013, Olivar, 2016).

Ao falar sobre a saúde do (a) trabalhador (a) é importante situar que este campo de estudo e de atuação está engendrado a análise das contradições presentes nas relações sociais de produção em uma sociedade capitalista, e isso implica considerar a influência dos aspectos econômicos, políticos e sociais na saúde dos (as) trabalhadores (as). E deriva da relevância da implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, de forma efetiva no contexto de avanço do modelo neoliberal e da globalização que afetam a forma de organização do mundo do trabalho, são evidenciadas pelo crescimento da precarização das relações trabalhistas (Campos e Silva, 2017).

3.2 A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)

Em 2002, foi criada através da Portaria GM/MS nº 1.679 de 19 de setembro pelo Ministério da Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (RENAST) (Brasil,2002). A RENAST enquanto principal estratégia para a consolidação da implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, tem como intuito difundir o cuidado à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. Assim, constitui uma rede nacional de informações e práticas de saúde, que realiza ações de vigilância, prevenção e promoção à saúde do (a) trabalhador (a), ao promove a integralidade das ações através da atuação das redes de atenção de básica, de média e alta complexidade do SUS e tem como eixo de articulação os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (Brasil, 2002).

Conforme a RENAST, o CEREST funciona como pólo irradiador da cultura e da centralidade do trabalho dentro do SUS, com o papel de fornecer suporte técnico e científico aos demais serviços da rede, sendo estabelecido em todas as unidades federativas do país, em nível estadual e municipal, busca promover ações para melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida do (a) trabalhador (a). Assim, sua atuação compete à promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação em saúde do (a) trabalhador (a).

Art. 14. Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST:

- I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;
- II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;
- III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica. (Brasil, 2012)

Ribeiro e Souza (2014), assinala que os CERESTs exercem uma função essencial no que se refere à pactuação das ações de saúde no âmbito intra e intersetorial em um determinado território. Tendo em vista, a transversalidade das ações na atenção integral dos (as) trabalhadores (as), dentro do próprio SUS (intra-setorial) com o reconhecimento do (a) usuário (a) enquanto trabalhador (a) em toda a rede desde a atenção primária e em articulação com outras instituições e

aparelhos sociais (intersectorial) da qual se discutam a questão do processo trabalho/saúde/doença (Dias *et al.* 2011).

A RENAST no seu processo de implementação passa por momentos de revisão e ampliação dos pressupostos contidos na portaria nº 1.679/2002, sendo modificada por meio da Portaria GM/MS nº 2.437, de 07/12/2005 e posteriormente em 2009, em consonância com o Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS, com a Portaria nº 2.728, de 11/11/2009. Com a publicação da portaria nº 2.437/2005 buscou-se ampliar a rede de atenção integral à saúde do (a) trabalhador (a), bem como, fomentar seu fortalecimento destacando a importância do papel da atenção básica e de ações de vigilância, com a criação de serviços e municípios-sentinelas que correspondem a rede de serviços de média e alta complexidade responsável por garantir o subsídio de informações que possibilitem a execução de medidas de prevenção, vigilância e intervenção nos agravos relacionados ao trabalho (Leão e Vasconcellos, 2011; Dias *et al.*, 2011).

Cabe destacar, no desenvolvimento da estruturação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador, a Portaria GM/MS nº 777 de 28 de abril de 2004 que regulamenta a notificação compulsória de agravos à saúde do (a) trabalhador (a), acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dessa forma, foram estabelecidos onze agravos para notificação compulsória: Acidente de Trabalho Fatal; Acidentes de Trabalho com Mutilações; Acidente com Exposição a Material Biológico; Acidentes de Trabalho em Crianças e Adolescentes; Dermatoses Ocupacionais; Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); Pneumoconioses; Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR); Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e Câncer Relacionado ao Trabalho (BRASIL, 2004).

Cabe ressaltar a necessidade da atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), uma vez que em 2020 a Portaria GM/MS nº 2.309, de 28 de agosto de 2020 que considerou o coronavírus como acidente de trabalho e uma doença ocupacional, mediante comprovação denexo causal, foi revogada pelo Ministério da Saúde pela Portaria GM/MS n. 2.345 de 02 de setembro. Entende-se a LDRT como uma importante ferramenta para uso clínico e epidemiológico para prover

atenção integral à saúde dos/as trabalhadores/as. Logo que, destina-se a orientar tanto as ações de atenção à saúde, profissionais das equipes de saúde para a investigação de doenças potencialmente relacionadas ao trabalho, orientando o planejamento e desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica e de vigilância nos ambientes e processos de trabalho.

Ademais houve a necessidade de atualização da RENAST para em conformidade com as diretrizes do Pacto pela Vida e de Gestão¹⁷ de 2006, a Portaria nº 2.728/2009, a mesma enfatiza a importância da cooperação e consenso entre as esferas do governo para a implementação das políticas de saúde, ou seja, em pactuação com as comissões intergestoras bipartite e tripartite (CIB e CIT).

Ao compreender que as mudanças ocorridas no sistema produtivo tensionam a efetivação das ações em Saúde do (a) Trabalhador (a), vale ressaltar o papel da Atenção Primária em saúde enquanto a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado integral. Pode-se dizer que a atenção básica é a porta de entrada dos (as) usuários (as) no sistema de saúde e tem como objetivo prestar orientação sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e encaminhar os casos mais graves para os outros níveis de atenção de acordo com a complexidade necessária (Lacerda e Silva *et al.*, 2014).

No quadro de constantes transformações econômicas, responsável pelo aumento da informalidade e precarização do trabalho, onde observa-se o desemprego, as más condições de trabalho que submetem o (a) trabalhador (a) a sobrecarga física e psicológica, aliadas a uma proteção social frágil, condições estas que intensificam a vulnerabilidade social dos (as) trabalhadores (as), à atenção qualificada à saúde do (a) trabalhador (a) pelas equipes de atenção primária do Sistema Único de Saúde, é considerada uma estratégia para ampliar as ações de ST, proporcionando aos (as) trabalhadores (as) o acesso à saúde com qualidade,

¹⁷ O Pacto pela Saúde publicado na portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, em suas três dimensões (pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) acarretaram mudanças significativas para a organização e a gestão da saúde no país. O Pacto Pela Vida estabelece compromissos de atingir metas sanitárias entre os gestores do SUS, com base em prioridades; o componente em Defesa do SUS estabelece compromissos políticos com vistas a consolidar o processo da Reforma Sanitária brasileira, e o de Gestão define responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal para a gestão do SUS. Entre os desafios apresentados pelo pacto, destacam-se os ajustes no modelo de gestão capazes de superar a fragmentação das políticas e dos programas de saúde, por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (Brasil, 2006 *apud* Dias *et al.*, 2011).

resolutividade e capacidade de compreender como o trabalho interfere em suas vidas e saúde e impulsionar ações de vigilância.

São possibilidades concretas de ações de saúde do trabalhador desenvolvidas na APS: o mapeamento das atividades produtivas em um dado território; o acolhimento dos trabalhadores, reconhecendo sua inserção particular no processo produtivo; a assistência ao trabalhador que considera a contribuição do trabalho na determinação dos processos saúde-doença; avaliação e manejo das situações de risco e perigos para a saúde presentes no trabalho pelas ações de vigilância, incorporando o saber do trabalhador (Dias *et al*, 2011, p.117).

Apesar das regulamentações e normas existentes e que os profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) reconheçam o papel do trabalho na identificação dos agravos à saúde dos trabalhadores, essas ações ainda estão em estágio inicial e/ou vulneráveis às conjunturas políticas, sociais e econômicas. Dentre as dificuldades analisadas na implementação da atenção à saúde do (a) trabalhador (a) pela AB destacam-se: a falta de suporte institucional, a sobrecarga de trabalho da equipe, a falta de conhecimento dos profissionais acerca das ações em ST, bem como, sobre questões voltadas à Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), ao nexo causal e as condições de vida e saúde dos (as) trabalhadores (as) e sua relação com o trabalho e à lógica da produtividade. Assim, o apoio matricial pelo CEREST e demais instâncias do SUS configura-se como um fator contribuinte nesse processo (Lacerda e Silva *et al.*, 2014; Carvalho, 2010).

No que tange a atuação da RENAST entende-se que, embora o aparato legal construído represente novas configurações no campo da ST, é importante adentrar nos impasses que permeiam a sua consolidação. Destacamos nessa discussão a ausência da concepção da integralidade, a falta de mecanismos efetivos de articulação e comunicação da rede, a falta de conhecimento e despreparo dos profissionais de saúde acerca das ações em ST (Leão e Vasconcellos, 2011; Dias *et al.*, 2011).

Diante disso, faz-se necessário pensar nas possibilidades de intervenção propostas com a RENAST e como esse processo vem sendo ocorrido. O primeiro ponto diz respeito à integralidade das ações, princípio esse contido no SUS, que no campo da Saúde do (a) Trabalhador (a) deve pautar-se nas ações de promoção, vigilância e assistência. Observa-se a ênfase da assistência médica em oposição às atividades de vigilância em saúde do trabalhador (VISAT), que contribuem de forma

singular no planejamento e gestão das ações a partir da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

É importante lembrar que a indissociabilidade das ações assistenciais e de vigilância da saúde constitui pedra angular da saúde do trabalhador, nas suas dimensões técnicas, éticas e por exigência do movimento de trabalhadores. Porém, historicamente, os centros de referência foram organizados privilegiando, em alguns casos, as práticas assistenciais e, em outros, as ações de vigilância. No 'mundo real', poucos serviços desenvolvem de fato atenção integral. Apesar dos esforços e de avanços regionais, observa-se o privilegiamento da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações (Dias *et al*, 2011, p. 118).

Por conseguinte, a integração intrasetorial mostra-se incipiente visto que não detém de mecanismos que de fato proporcionem uma articulação e comunicação em rede para a ampliação do debate sobre as ações em ST. Dessa forma, as rede de atenção do SUS não se enquadram enquanto níveis de atenção que estão preparados para atender os (as) usuários (as) trabalhadores (as) que estejam adoecidos e entender as determinações que engendram a relação saúde-trabalho, ou seja, como o processo de trabalho pode estar imbricado na doença acometida. Assim, nesse contexto podemos pontuar a fragilidade intrasetorial, a carência da capacitação dos profissionais e a deficiência da capacidade de difusão de informações. É importante destacar, que de acordo com Dias *et al* (2011), a articulação intersetorial, técnico-institucional e política entre os órgãos de governo responsáveis pelas ações de ST também, apresenta-se prejudicada necessitando ser repensada.

Além disso, há que se falar do desafio que se coloca frente ao quadro de subnotificação dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho, que afetam diretamente a intervenção que pode vir a ser incorporada na agenda governamental, impossibilitando a viabilização da informação fiéis a realidade sobre a saúde do (a) trabalhador (a).

Cabe reiterar que, a RENAST surge para incluir dentro da estrutura do SUS a execução de ações voltadas aqueles que exercem atividade remunerada ao levar em conta o papel que o trabalho estabelece na qualidade de vida e saúde dos mesmos. Tendo em vista as mudanças ocorridas no mundo do trabalho com o processo de reestruturação produtiva a partir dos anos de 1990 do qual abordamos no Capítulo 1, foi colocado em evidência um novo perfil de morbidade do qual sublinhamos a

ascensão dos casos de Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) e os problemas de saúde mental, que se inserem nesse cenário de precarização do trabalho, aumento do trabalho informal, desemprego, perda de direitos trabalhistas e previdenciários entre outras características que vão se fazer presente no cotidiano dos atendimentos nos centros de referência em saúde do (a) trabalhador (a) (Lourenço e Bertani, 2007).

Segundo Duarte *et al.* (2020), a abordagem ultraneoliberal vivenciada nos últimos tempos na conjuntura brasileira que se expressou através de medidas como a Reforma Trabalhista, Terceirização, o novo regime fiscal com o Teto dos Gastos e a Contrarreforma da Previdência resultam em um impacto negativo na saúde e na qualidade de vida da população, especialmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica em detrimento da classe detentora do capital, afetando assim a efetivação da garantia de direitos, como saúde, educação, assistência, previdência e proteção básica dos (as) trabalhadores (as). A discussão da precarização do trabalho e a Saúde do (a) Trabalhador (a) remonta a perda de direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora que enfrentam a acentuação processo de exploração da força de trabalho e conseqüentemente a incidência alarmante de doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

A lógica de desconstruir ou mitigar o sistema de direitos e de proteção social tende a expor o trabalhador a uma condição de maior vulnerabilidade, seja ao submetê-lo a uma dinâmica de intensificação da concorrência do mercado, fazendo-o aceitar ocupações e condições de trabalho mais precárias e até sem direitos, como o caso do trabalho supostamente autônomo; seja ao dificultar o acesso ao sistema de seguridade por meio de uma aposentadoria digna, do atendimento pelo sistema de saúde pública, do acesso aos benefícios em razão de afastamento involuntário do mercado de trabalho ou pelo direito ao seguro desemprego. Some-se a isso a fragilização das instituições públicas responsáveis por garantir a efetividade dos direitos e da proteção social (Krein e Oliveira, 2019, p. 129).

Com o advento da pandemia de Covid-19, que traz consigo às medidas de isolamento social foi notório os efeitos ocasionados no mundo do trabalho. Dentre eles, destacam-se o teletrabalho ou home office, que como afirma Souza (2021) é um processo preconizado pelas inovações tecnológicas que advém da reestruturação produtiva, da agenda neoliberal, globalização econômica, que em síntese, significam uma redução dos custos e uma maior lucratividade. Isso recai sobre o (a) trabalhador (a) em suas condições de vida e trabalho, ao compreender que a natureza do

processo produtivo dentro do ambiente doméstico exige dos mesmos investimentos pessoais em computadores, boa internet, capacidade de manejo dos sistemas. De acordo com Antunes (2019) *apud* Souza (2020), o grande capital busca aumentar seus lucros transferindo para os (as) trabalhadores (as) parte dos custos relacionados aos meios de trabalho e até mesmo com a proteção de sua saúde como exposto na pandemia.

A crise sanitária e econômica no Brasil coloca em cheque a desigualdade social e econômica vivenciada por muitos brasileiros que não tinham condições de realizar suas atividades remotamente, como no caso dos (as) trabalhadores (as) informais. Outra atividade que se tornou crescente na conjuntura pandêmica, foi a entrega de alimentos e outros produtos, que se apresenta enquanto uma atividade à mercê de plataformas digitais, conhecido como uberização, termo se refere a empresa que oferece o serviço de transporte (Uber) mas que, hoje em dia não se restringe somente a esse aplicativo.

Souza (2020) expõe que essa nova tecnologia utilizada dá ao trabalhador a ideia de empreendedorismo, de gestão do seu próprio negócio, e surge como alternativa para o desemprego ou dificuldades econômicas, quando na verdade é uma modalidade que passa a eximir da empresa detentora da tecnologia da responsabilidade trabalhista e fiscal e ocasiona uma elevada exploração do trabalho com a ausência de garantias trabalhistas.

Os (as) profissionais da saúde que estavam na linha de frente da pandemia de Covid-19, também sofreram substancialmente, tanto psicologicamente quanto fisicamente, devido aos riscos ocupacionais aos quais estavam expostos durante sua atuação, com o risco de contágio, o medo de ser infectado e transmitir o vírus para familiares, a falta de equipamento de proteção individual (EPIs) necessário no manejo dos casos de infecções.

Ainda enfatizamos a intensificação do processo de trabalho com o incremento da tecnologia, a cobrança para o estabelecimento de metas exorbitantes, a insegurança dos vínculos empregatícios, gera impactos significativos no que se refere ao adoecimento mental dos (as) trabalhadores (as), que são muitas vezes negligenciados por não se tratar de uma doença física, mas também, estão incluídos enquanto agravos do sistema produtivo.

Pensar a saúde do trabalhador exige um esforço intelectual e político para compreender as relações sociais de trabalho, bem como a especificidade do processo e da organização e gestão do trabalho na atual conjuntura. Saúde do trabalhador é uma condição muito particular que reflete o modo como as tarefas são desempenhadas, as habilidades exigidas, as condições ambientais e tecnológicas que envolvem o processo de trabalho, a administração/gestão e organização do trabalho, mas, sobretudo, o vaticínio do reforço da condição de classe por efeito da divisão social do trabalho e, conseqüentemente, relações salariais, jornada de trabalho e subordinação voluntária às imposições do mercado. Saúde do trabalhador é o verdadeiro tecido conjuntivo das relações sociais de trabalho, que põe a nu a condição de exploração e as contradições reais existentes entre as classes. (Lourenço, 2015, p. 448)

Leão e Vasconcellos (2011) apontam a importância da RENAST na perspectiva da centralidade da categoria trabalho na gestão do SUS, ao compreender os acidentes e doenças dos (as) trabalhadores (as) no âmbito de interesse da saúde pública, e com bases nas informações coletadas implementar medidas efetivas. Ao se pensar sobre a Saúde do (a) Trabalhador (a) como área de intervenção do SUS, cabe ir além da assistência oferecida ao (a) trabalhador (a) nos serviços de saúde e propiciar um espaço de intervenção nos determinantes sociais da saúde que repercutem nas condições de vida dos (as) usuários (as) pautando-se nos princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade, descentralização e participação (Lourenço e Bertani, 2007).

Por fim, destaca-se que a participação dos (as) trabalhadores (as) é fundamental na construção e consolidação da Saúde do (a) Trabalhador (a) no SUS, isso inclui desde identificar os riscos presentes no ambiente de trabalho e entender como esses afetam sua saúde, até a busca ativa de melhores condições de trabalho para prevenir acidentes e doenças ocupacionais. À medida que as relações de trabalho se tornam vulneráveis às necessidades do capital, se faz cada vez mais necessário a organização social e sindical da classe trabalhadora (Dias *et al.*, 2011).

3.3 Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador(CEREST): a realidade em João Pessoa analisada a partir da vivência do estágio em Serviço Social

O Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador de João Pessoa-PB foi instaurado pela Secretaria de Saúde Municipal de Saúde na Paraíba, em 2007, como sendo um serviço vinculado à RENAST e oferece atividades direcionadas a saúde dos (as) trabalhadores (as) dentro da rede SUS, reconhecendo o papel das condições de trabalho como fatores que podem influenciar no processo saúde-doença.

Na Paraíba, o CEREST é dividido a partir das macrorregionais de João Pessoa, Campina Grande e Patos, além de contar com o Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador. O CEREST - JP é responsável pelas demandas de 64 municípios que integram a 1ª macrorregião de saúde do estado.

A equipe multiprofissional que compõe o CEREST compreende Assistentes Sociais, Enfermeira, Psicólogo, Médicos, Fisioterapeuta, Administrador, Engenheiro de Produção, Técnico de Segurança do Trabalho, Auxiliar Administrativo, Serviços Gerais e Digitador. Desenvolve atividades voltadas ao acolhimento dos(as) trabalhadores(as) que ao se inserirem no sistema produtivo sofrem algum tipo de acidente ou são acometidos por uma doença laboral. Em consonância com as determinações da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), enquanto perfil dos (as) usuários (as) atendidos, os mesmos correspondem a trabalhadores (as) formais ou informais (independente do vínculo), autônomos, desempregados, ou seja, todo e qualquer trabalhador (a) vítima de acidentes ou agravos à saúde relacionados ao trabalho.

O CEREST organiza-se através de Núcleos, sendo eles: o Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador (NAAST), Núcleo de Vigilância em Ambientes de Trabalho, Núcleo de Estudos e Pesquisas, Núcleo de Educação Permanente, Núcleo de Vigilância da Informação, Núcleo de Gestão Técnica e Administrativa. Promove diversas ações, incluindo a emissão de documentos relacionados a relação trabalho-saúde-doença, dentre eles, atestado médico, declaração, laudo e a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), orientação e encaminhamentos para serviços na rede atenção à saúde do SUS que proporcionem o tratamento e reabilitação. Além do registro da Notificação Compulsória do Trabalhador no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), realiza a inspeção sanitária nos ambientes de trabalho e promover atividades educativas sobre saúde, doenças, meio ambiente e trabalho. Também coleta e registra os dados de

saúde da população trabalhadora, realizar estudos para identificar problemas de saúde e indicar prioridades para intervenções futuras.

Os profissionais de Serviço Social que atuam no CEREST-JP ocupam papel determinante e colaborativo ao integrar a equipe multiprofissional e desenvolvem as ações de trabalho principalmente no Núcleo de Acolhimento e Assistência e no Núcleo de Estudos e Pesquisas, que se destacam como áreas de acompanhamento de Estágio Supervisionado de Serviço Social.

É preciso resgatar o campo político da saúde do trabalhador, tendo a clareza de que a saúde do trabalhador é a expressão concreta das relações sociais, e que o recrudescimento das condições de trabalho, o qual atinge o trabalhador, é uma das expressões da questão social que constitui a matéria-prima ou objeto do trabalho do Assistente Social (Olivar, 2010). (Campos e Silva, 2017, p. 8-9)

Durante as atividades de Estágio Supervisionado em Serviço Social desenvolvidas por uma das estagiárias de autoria deste TCC, elucida que no Centro Regional de Saúde do Trabalhador de João Pessoa, o (a) Assistente Social se destaca mediante a capacidade teórico metodológica e ético política crítica e que permite realizar ações propositivas para intervir na relação capital x trabalho e refletir sobre a realidade. Também por promover atenção integral junto aos sujeitos - usuários que procuram o CEREST em busca de informação, acolhimento, orientação e encaminhamento para o cumprimento de seus direitos.

Para Mendes e Wunsch (2011, p. 463), “(...) o Serviço Social é requisitado a responder teórica, técnica e eticamente aos impactos da confrontação cotidiana presentes nos antigos e novos contornos do processo de saúde-doença e sua relação com o trabalho”. Diante disso, a atuação do (a) Assistente Social seja na mediação, orientação e/ou viabilização dos direitos dos (as) trabalhadores (as) no âmbito da saúde, ao dialogar com a equipe multiprofissional do espaço sócio ocupacional deve pautar-se no projeto ético político da profissão e garantir o cumprimento dos princípios de equidade e justiça social, autonomia e emancipação dos sujeitos (Campos e Silva, 2017; Ientz, 2012).

No Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador (NAAST) o atendimento aos (as) trabalhadores (as) se dividem em dois momentos, a anamnese ocupacional direcionada a compreender o histórico ocupacional do (a) usuário e como ocorreu o seu processo de adoecimento e/ou acidente de trabalho e a anamnese

clínica que é o atendimento realizado pelo médico do trabalho do qual a análise partirá dos aspectos patológicos dos agravos sofridos. Durante a anamnese ocupacional, a Assistente Social realiza a escuta qualificada levantando as informações necessárias, e após esse momento é elaborado um relatório detalhado que constará no prontuário do (a) trabalhador (a). Dessa forma, o objetivo do relatório é estabelecer um nexo causal entre acidente/doença e a atividade laboral. Quando essa relação entre saúde e trabalho é reconhecida, permite-se a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) ou de um laudo médico, a fim de viabilizar os direitos do (a) trabalhador (a).

Por meio desse processo de acolhimento coletam-se informações detalhadas dos (as) usuários (as), com o intuito de compreender em sua totalidade a realidade social do (a) trabalhador (a) a partir das condições de trabalho em que está inserido, o que também torna possível identificar de forma concreta as questões que envolvem a diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Em sua maioria, os atendimentos estão relacionados a demandas dos (as) usuários (as) relativas à previdência social, para o acesso ao Auxílio Acidentário Previdenciário (B-91). Esse auxílio é concedido quando a doença ou acidente é reconhecido como relacionado ao trabalho e assegura ao (a) trabalhador (a) o recebimento mensal do FGTS e a estabilidade no retorno ao trabalho após 12 meses.

A fronteira entre proteção e desproteção social tensiona cotidianamente a saúde do trabalhador, particularizada no reconhecimento da relação trabalho e saúde. Tal fronteira situa-se na arena de conflitos do capital e trabalho, cujas manifestações principais estão relacionadas às condições em que o trabalho se realiza e à caracterização de doenças e acidentes relacionados ao trabalho. Ela repercute fundamentalmente no acesso ou não à renda legalmente instituída por meio “benefícios” pelo modelo de Previdência Social, seja pela ausência do reconhecimento do adoecimento seja, pela falta de vínculo com o sistema. (Mendes e Wünsch, 2011, p.474)

As perdas no âmbito dos direitos sociais dos (as) trabalhadores (as) são crescentes dadas as atuais mudanças no mundo do trabalho que proporcionam relações de trabalho cada vez mais precarizadas, essas transformações, por sua vez, refletem-se nas condições de vida e trabalho dos indivíduos.

Nesse contexto, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador são essenciais para a promoção e garantia de direitos, pois, através de suas ações visam incidir sob as condições de trabalho e a qualidade de vida dos (as) trabalhadores (as),

visto que, a classe trabalhadora ao se inserir no mercado de trabalho independente do vínculo empregatício estão submetidos a riscos em saúde que ocasionam acidentes e lesões que impossibilitam os (as) trabalhadores (as) de realizar suas atividades laborais, e muitas vezes, passam pelo processo de não reconhecimento dos agravos devido ao trabalho e sofrem com a ausência da efetivação do modelo de proteção social brasileiro.

Ainda há de se considerar que o (a) assistente social ao se inserir nos espaços sócio – ocupacionais diversos, também está sujeito às formas de precarização e exploração e comumente vivencia o processo de adoecimento físico e mental diante ao árduo trabalho desenvolvido. Pois enfrentam no ambiente de trabalho riscos de adoecimento.

Por fim, observa-se como desafio ao Serviço Social a inclusão da discussão sobre o campo da Saúde do (a) Trabalhador (a) devido à ausência da temática nos currículos e debates acadêmicos que resulta em uma lacuna na formação profissional em nível de graduação, mas que pode vir ser superada por meio educação permanente e pós-graduação (Mendes e Wünsch, 2011).

O CEREST se apresenta como um rico espaço para o estágio supervisionado à medida que possibilita a/ao discente a oportunidade de lidar com o real e acompanhar as ações de atenção e promoção do cuidado, além de observar/ enunciar agravos e formas de violações que atingem o/a trabalhador/a e fortalecer a RENAST.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática desse trabalho versa sobre “A Rede de Atenção Psicossocial e a Assistência à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em João Pessoa-PB”. Teve como finalidade analisar a inserção do Serviço Social na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir da relação entre dois espaços sócio ocupacionais, em destaque: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

O Serviço Social ao desempenhar o papel fundante de viabilizador de direitos, assume a responsabilidade de promover e fiscalizar a garantia de equidade no acesso aos serviços de saúde. Todavia, tem sido cada vez mais desafiador diante a uma política de Estado alinhada à uma ofensiva neoliberal que efetua desmonte no sistema público de proteção social e que cotidianamente atende sujeitos em situação de pobreza alarmante e que vem adoecendo e apresentando transtornos mentais e formas adversas de sofrimento psíquico ao ter que enfrentar as disparidades sociais, o desemprego e formas diversas de adoecimento geradas a partir das relações de precarização/exploração do trabalho também atingem profissionais assistentes sociais.

O objetivo principal da pesquisa foi analisar a atuação de assistentes sociais na atenção e promoção do acesso à saúde mental e na saúde do trabalhador. Os objetivos específicos buscaram resgatar o processo de inserção do Serviço Social na política de saúde, indicar os impactos dos retrocessos vivenciados na saúde mental e na saúde do trabalhador face à ofensiva neoliberal e diante de uma política de governo que se fez negacionista de direitos e avaliar a articulação do Serviço Social com a rede local de serviços no SUS.

Os desafios para a construção deste TCC que prioriza o debate sobre a relação do Serviço Social com a RAS, a saúde mental e a atenção à saúde do (a) trabalhador (a) nos permite reafirmar as contribuições profícuas para a nossa formação profissional diante das experiências vivenciadas nos cenários de prática no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III CAMINHAR e no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador de João Pessoa – Paraíba.

A aproximação desses dois campos de atuação para assistentes sociais despertou interesse e a análise crítica das estagiárias face ao cotidiano profissional

do Serviço Social, através das demandas dos (as) usuários (as) que buscavam acesso aos serviços e atendimento prestados nesses lócus de trabalho para o Serviço Social.

O levantamento bibliográfico acerca de autores que discutem o contexto da RSB e da Reforma Psiquiátrica, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador e a trajetória de luta pela do SUS possibilitaram o amadurecimento intelectual das autoras desse trabalho. Além de instigar a reflexão e posições sobre os rumos tomados nesses últimos anos que marcaram os governos Temer e Bolsonaro face ao desmonte das políticas públicas, da reforma trabalhista e da previdência social sob a égide da ofensiva neoliberal que se evidencia no Brasil – sobretudo, a partir dos anos de 1990, e buscam fortalecer projetos privatistas na saúde.

Referente a observação empírica realizada durante os estágios na qualidade de discente de Serviço Social no cenário do CAPS Caminhar reconhecido como sendo um CAPS Tipo III, que abrange o atendimento a usuários (as) com transtornos mentais severos e persistentes, nos remete a considerar a importância da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enquanto instâncias potencializadoras da promoção do cuidado ao (a) trabalhador (a).

Também conhecer o cenário do Centro de Regional de Referência em Saúde do Trabalhador João Pessoa e analisar as transformações ocasionadas no mundo do trabalho, considerando a ampliação da exploração dos (as) trabalhadores (a) nos processos produtivos e a perdas ocorridas nos direitos sociais e no campo da proteção ao trabalhador.

Conforme a Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (RENAST) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Ademais, com a discussão coletiva entre a equipe multiprofissional, principalmente com as profissionais do Serviço Social do Centro e com as informações analisadas, constatou-se a necessidade de ampliar o conhecimento dos (as) trabalhadores (as) e de outros profissionais que atuam na Rede de Atenção à Saúde, sobre os serviços que são ofertados no CEREST. Para que assim, os (as) trabalhadores (as) sejam eles formais, informais, desempregados, avulsos, passem a ter acesso a serviços de saúde com profissionais qualificados no que se refere a compreensão do processo de adoecimento e sua relação com as condições de trabalho vivenciadas e com isso

pautar o atendimento dos (as) usuários (as) por meio dos princípios de universalidade, equidade e integralidade que regem o Sistema Único de Saúde.

Através das inquietações e considerações a partir das experiências supracitadas percebemos o quão importante é a inserção do Serviço Social nas políticas de Saúde, Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, pois, é essencial garantir que o trabalho profissional esteja alinhado com as lutas sociais e a defesa dos direitos dos (as) usuários (as), tendo como base os princípios ético-políticos da profissão e uma abordagem crítica sobre o real.

Ao reconsiderar o debate que já foi exposto durante os capítulos e por entender as particularidades de cada cenário (campo de estágio) foi possível se aproximar novamente da discussão sobre integralidade da atenção à saúde e do apoio da rede na atenção aos (as) usuários (as).

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Francisca Silva de; OLIVEIRA, Nicácia Souza; TEIXEIRA, Paulo Tadeu Ferreira. Argumentações sobre a Loucura no Brasil, antes de 2010: Uma contribuição histórica. **Id on Line. Revista de Psicologia**, v. 16, n. 59, 2022.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2012. p. 635-655. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-27.pdf>. Acesso em: 24 maio 2023.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018.
- BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1780-1785, 2011.
- BARROSO, Bárbara Iansã de; BREGALDA, Marília Meyer; COSTA, Victor Bernardes Barroso da, LANCMAN, Selma. SOUZA, Marina Batista Chaves Azevedo de. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, p. 1093-1102, 2020.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. Cortez Editora, 2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 06 jun. 2023.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.
- Brasil. Constituição (1988). Emenda constitucional no 95. Brasília, DF. Senado 2016.
- BRASIL. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2002.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 06 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011: Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940-Código Penal; e dá outras providências. 2011. Disponível em: In. <https://www.jusbrasil.com.br>. Acesso em: 08 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Beneficiários do Bolsa Família terão acesso gratuito a todos os medicamentos do Farmácia Popular. [Brasília]: Ministério da Saúde, 07 jun. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/beneficiarios-do-bolsa-familia-terao-acesso-gratuito-a-todos-os-medicamentos-do-farmacia-popular>. Acesso em: 08 jun. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado - Tabagismo. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/rede-atencao-psiocossocial/>. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/GM de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html. Acesso em: 30 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012. Seção I, p. 46-51. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 3.588 De 21 De Dezembro De 2017. Altera as Portarias de Consolidação n° 3 e n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasil, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. 2003. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF), 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 136 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 41). Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_trabalhadora.pdf. Acesso em: 09 set. 2023.

BRASIL. Portaria nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS, na forma do anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/98port3120.pdf>. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, n. 204, p. 55-55, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 08 jun. 2023.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, p. 230-232, 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.437 de 7 de Dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no sistema único de saúde – SUS e dá outras providências. Diário Oficial

da União, Brasília, DF, 2005. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html.
 Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Portaria no 2.728 de 11 de Novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009. Disponível em:
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Rede%20Nacional,RENAST\)%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Rede%20Nacional,RENAST)%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias). Acesso em: 17 set 2023.

BRASIL. Senado Federal. Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos. Sítio Eletrônico. 2019. Disponível em:
<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acesso em: 8 jun. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, p. 126-150, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/NkpLbcXZf5mPHkHrksGGXnf/?format=pdf&lang=pt>.
 Acesso em: 24 maio 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. Saúde Na Atual Conjuntura, A Pandemia Do Coronavírus E As Lutas Da Frente Nacional Contra A Privatização Da Saúde. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 35, p. 143-156, 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 4, p. 197-217, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em:
https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em: 24 maio 2023.

CAIXETA, Natália Pereira. O Serviço Social no campo da saúde do trabalhador: uma análise da atuação profissional. 2014. 57 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em:
https://bdm.unb.br/bitstream/10483/8358/1/2013_NataliaPereiraCaixeta.pdf. Acesso em: 03 jul. 2023.

CAMPOS, Jaciara Pereira; DOS SANTOS SILVA, Joselma. Uma análise acerca dos desafios do serviço social na Política De Saúde Do Trabalhador. **[TESTE] Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos**, v. 1, n. 1, 2017.

CAMPOS, J. P.; SILVA, J.S. Serviço social e a política de saúde do trabalhador: a atuação do assistente social para garantia dos direitos dos trabalhadores. **VIII Jornada Internacional Políticas Públicas–Universidade Federal do Maranhão**, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo3/servicosocialeapoliticadesaudeotrabalhadoraatuacaodoassistentesocialparagarantidosdireitosdostrabalhadores.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2023.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko, FURTADO, Juarez Pereira; FERRER, Ana Luiza; GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; MIRANDA, Lilian; PASSOS, Eduardo. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 16-22.

CAPS III CAMINHAR. Projeto Terapêutico, 2013. João Pessoa: 38p.

CARVALHO, Sandro Sacchet de. Uma visão geral sobre a reforma trabalhista. 2017. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/171024_bmt_63_07_politica_em_foco_visao_geral.pdf. Acesso em: 6 nov. 2023.

CARVALHO, Suzana Cardoso. Perfil Epidemiológico em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: estudo a partir de uma Unidade de Saúde da Família. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, 2010. Disponível em: <http://www.rededespesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/04/TCC-.-saude-do-trabalhador.-28.05.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2023.

CASTRO, Jamile Silva de Oliveira ; ANDRADE, Laurinete Sales de. Serviço social e o SUS: Desafios na prática do assistente social. **Serviço Social e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 111-126, 2014.

CASULO, Ana Celeste; ALVES, Giovanni. **Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil da Era Neoliberal**. Canal 6 Editora LTDA, 2018.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto et al. A intersetorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde. **Barbaroi**, n. 39, p. 192-215, 2013.

CHIABOTTO, Cristian Cruz; NUNES, Igor Sastro; AGUIAR, Karla Susane Prado. Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 20, n. 49, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/63478/40995>. Acesso em: 04 maio 2023.

COSTA, Danilo; FILHO, José Marçal Jackson; LACAZ, Francisco Antonio de Castro; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia. (2013). Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 38, p. 11-21.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética Profissional do Assistente Social. 10ª ed. Brasília, 2012.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 24 de maio de 2023.

CFESS. Resolução nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Resolução CFESS 383/1999. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 08 jun. 2023.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 817-827, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Sx46hbnFvtzBJgXygs5FjJg/>. Acesso em: 30 jul. 2023.

DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda; CHIAVEGATTO, Cláudia Vasques; REIS, Juliana do Carmo; CAMPOS, Augusto de Souza. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). In: GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes (orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 107-122. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42918/Cap_Desenvolvimento%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20TrabalhadADor%20no%20SUS%20a%20estrat%C3%A9gia%20Rede%20Nacional%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Integral%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20do%20TrabalhadADor%20\(Renast\).pdf?sequence=2](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42918/Cap_Desenvolvimento%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20TrabalhadADor%20no%20SUS%20a%20estrat%C3%A9gia%20Rede%20Nacional%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Integral%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20do%20TrabalhadADor%20(Renast).pdf?sequence=2). Acesso em: 30 jul. 2023.

DOS SANTOS, Nelson Rodrigues. Sistema Único de Saúde de todos: o legal e o real. **Saúde em Debate**, v. 35, n. 90, p. 356-365, 2011.

DUARTE, Daniele Almeida et al. Precarização e Saúde do Trabalhador: um olhar a partir do trabalho decente e os paradoxos na reabilitação profissional. **Psicologia em Estudo**, v. 25, 2020.

FALLEIROS, Ialê; LIMA, Júlio César França; MATTÁ, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lúcia de Moura; LOPES, Márcia Cavalcanti Raposo; MOROSINI, Márcia Valéria Cardoso; CORBO, Anamaria D'Andrea. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPSJV, 2010. p. 237-276. Disponível em: https://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/na-corda-bamba-cap_8.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

FERREIRA, Dayanne de Moraes. A mercantilização da política de saúde brasileira: análise do fundo público no período neoliberal. In: VI Seminário CETROS Crise e Mundo do Trabalho no Brasil: Desafios para a Classe Trabalhadora, 2019. Disponível em:

https://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/425-51352-15072018-130933.pdf. Acesso em: 06 set. 2023.

FERREIRA, Lorena; BARBOSA, Júlia Saraiva de Almeida; ESPOSTI, Carolina Dutra Degli; CRUZ, Marly Marques da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 223-239, 2019.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FONTES, Virgínia. **Reflexões im-pertinentes: história e capitalismo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2005.

FRANÇA, Viviane Albuquerque Silva et al. Análise do perfil socioeconômico dos usuários do centro de referência em saúde do trabalhador—cerest 2: subsídios para atuação do serviço social na saúde do trabalhador. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019**. 2019.

GALDINO, Adriana; SANTANA, Vilma Sousa; FERRITE, Sílvia. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 145-159, 2012.

GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene Emilia Moraes; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; FACHINI, Luiz Augusto. 100 dias do governo Lula na saúde: os desafios do Sistema Único de Saúde e as primeiras iniciativas. **Cadernos Adenauer**, n. 1, p. 111-131, 2023.

GOMES, T.F.S; SILVA, M.H.C. **Intervenção do assistente social na saúde mental**: um relato de experiência. Barbarói, n.50, Santa Cruz do Sul, 2017.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 797-807, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xjHtsCsRdS3KF9hpHfxkrpF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2023.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. Loyola, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela *et al.* Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS**, p. 341-376, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. **Serviço Social & Sociedade**, p. 13-38, 2017.

IENTZ, Thiago Carneiro. Saúde do trabalhador: a importância profissional de Serviço Social no serviço especializado em segurança e medicina do trabalho-SESNT; numa lógica disciplinar. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

KREIN, José Dari; OLIVEIRA, Roberto Vêras de; FILGUEIRAS, Vitor Araújo (Orgs). **Reforma trabalhista no Brasil: promessas e realidade**. Campinas, SP: Curt Nimuendajú, 2019.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Dbjb9TcStGxFcbdZ3Fh3Mbg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2023.

LACERDA E SILVA, Thais; DIAS, Elizabeth Costa; PESSOA, Vanira Matos; FERNANDES, Luisa da Matta Machado; GOMES, Edinalva Maria. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. In: **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 18, p. 273-288, 2014.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 20, n. 1, p. 85-100, 2011.

LIMA, Elayze Caroline Barros de. **Reestruturação produtiva e seus acometimentos na saúde mental do trabalhador e da trabalhadora**. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2019.

LIMA, Júlio César França; FALLEIROS, Ialê. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-desombrinha.pdf>. Acesso em: 24 maio 2023.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, p. 121-134, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/QffWrZS4Rqtjd78Jyp3RnDS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2023.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, p. 44-56, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/rJSycmg4nSktj9VSWxc7Zxx/>. Acesso em: 06 set. 2023.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. Terceirização: a derruição de direitos e a destruição da saúde dos trabalhadores. **Serviço Social & Sociedade**, p. 447-475, 2015.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 2, p. e00129616, 2017.

- MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço social na área de saúde: uma relação histórica. **Intervenção Social**, n. 28, p. 09-18, 2003.
- MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social & Sociedade**, p. 461-481, 2011.
- MENEZES, Debora Holanda Leite. A política de saúde brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, Maranhão**, 2011.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 522-532, 2011.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, p. 77-92, 2014.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves; COSTA, Luciana Assis; MACHADO, José Ângelo. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 29-40, 2018.
- NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social e Saúde**, v. 4, p. 141-160, 2006.
- NETTO, José Paulo. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social & Sociedade**, p. 413-429, 2012.
- NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, p. 445-450, 2001.
- OLIVAR, Monica Simone Pereira. Saúde do Trabalhador e Serviço Social: o trabalho de assistentes sociais na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. 2016. 279 f. Tese (Doutorado em Política Social e Trabalho) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- OLIVAR, Mônica Simone Pereira. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, p. 314-338, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/JFcL3JpptWcFGkGw4Mjw9fR/>. Acesso em: 03 jul. 2023.
- PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.
- PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, p. 15-36, 2014.

PASCHE, Dário Frederico et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PICHEK-SANTOS, Edemilson; RICHTER, Samanta Andresa; HEDLER, Tiago; GEVEHR, Daniel Luciano. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, perspectivas e desafios no cenário contemporâneo. **Desenvolvimento Regional: Processos, Políticas e Transformações Territoriais**. p. 1-17, 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/article/download/18923/1192612762>. Acesso em: 01 ago. 2023.

Prefeitura Municipal de João Pessoa. Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/centro-regional-de-referencia-em-saude-do-trabalhador-cerest/>. Acesso em: 17 set. 2023.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, p. 420-437, 2011.

RIBEIRO, Brenda Oliveira; SOUZA, Leonardo Silva. A trajetória da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador. 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/517/1/Artigo%20A%20Trajeto%C2%B4ria%20da%20Rede%20Nacional%20de%20Atenc%C2%B8a~o%20a%60%20Sau%C2%B4de%20do%20Trabalhador.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2023.

RIBEIRO, Fátima Sueli Neto; LEÃO, Luís Henrique da Costa; COUTINHO, Sandra Regina Alves. Saúde do Trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000, do período da audácia ao desbrío. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 11, n. 32, 2013.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 263-276, 2016.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katálisis**, v. 16, p. 233-240, 2013.

SILVA, Kleber José da. **Saúde e Previdência Social: uma avaliação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir dos Sistemas de Informação**. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2016.

SOUZA, Maria Fátima de. A Reforma Sanitária brasileira e o Sistema único de Saúde. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 11-16, 2014.

SOUZA, Diego de Oliveira. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00311143, 2020. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/526>. Acesso em: 06 set. 2023.

SOUZA, Edvânia Ângela de. A pandemia covid-19 e o teletrabalho na previdência social (PS). **Caderno CRH**, v. 34, p. 1-18, 2021.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; AZEVEDO E SILVA, Gulnar; BAHIA, Lígia; CAMPOS, Gastão Wagner; GUIMARÃES, Reinaldo; ALMEIDA FILHO, Naomar de; MACHADO, Cristiani Vieira; PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes.. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 911-918, 2009.

VALENTIM, Meiryellem Pereira Pereira. O trabalho do Assistente Social na gestão da saúde do trabalhador: limites, possibilidades e desafios. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 1, n. 1, 2018.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; PIGNATI, Wanderlei Antonio. Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p.1105-1115, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cMrKXXgzskJjdY4TjyKJp8N/>. Acesso em: 30 jul. 2023.