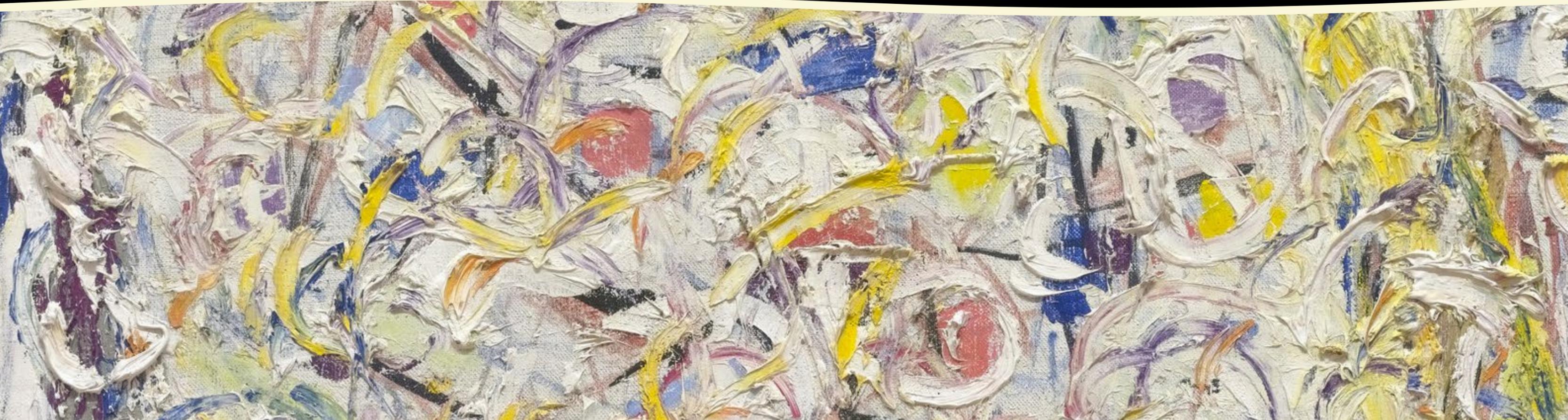


Praia Vermelha



Praia Vermelha

Estudos de Política e Teoria Social

ISSN 1414-9184
eISSN 1984-669X

PERIÓDICO CIENTÍFICO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Temas Livres

v.33 n.1

Jan-Jun/2023

A Revista Praia Vermelha é uma publicação semestral do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro cujo objetivo é servir como espaço de diálogo entre centros de pesquisa em serviço social e áreas afins, colocando em debate, sobretudo, os temas relativos às políticas sociais, políticas públicas e serviço social.

Conheça nossas [políticas editoriais](#).



Praia Vermelha

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

REITORA
Denise Pires de Carvalho

PRÓ-REITORA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Denise Maria Guimarães Freire

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

DIRETORA
Ana Izabel Moura de Carvalho

VICE-DIRETOR
Guilherme Silva de Almeida

DIRETORA ADJUNTA DE PÓS-GRADUAÇÃO
Fátima da Silva Grave Ortiz

REVISTA PRAIA VERMELHA

EDITORA-CHEFE
Andrea Moraes Alves UFRJ

EDITORA ASSOCIADA
Patrícia Silveira de Farias UFRJ

EDITOR TÉCNICO
Fábio Marinho

REVISÃO
Nicole Leal

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO
Fábio Marinho

CONSELHO EDITORIAL

Angela Santana do Amaral UFPE

Antônio Carlos Mazzeo USP

Arthur Trindade Maranhão Costa UNB

Christina Vital da Cunha UFF

Clarice Ehlers Peixoto UERJ

Elenise Faria Scherer UFAM

Ivanete Boschetti UFRJ

Jean François Yves Deluchey UFPA

Leonilde Servolo de Medeiros UFRRJ

Marcos César Alvarez USP

Maria Cristina Soares Paniago UFAL

Maria Helena Rauta Ramos UFRJ

Maria das Dores Campos Machado UFRJ

Maria de Fátima Cabral Gomes UFRJ

Myriam Moraes Lins de Barros UFRJ

Ranieri Carli de Oliveira UFF

Rodrigo Castelo Branco Santos UNIRIO

Rodrigo Guiringuelli de Azevedo PUCRS

Salviana de Maria Pastor Santos Sousa UFMA

Suely Ferreira Deslandes FIOCRUZ



Jackson Pollock (1912-1956)
Shimmering Substance, 1946.

Publicação indexada em:
Latindex
Portal de Periódicos da Capes
IBICT
Base Minerva UFRJ
Portal de Revistas da UFRJ

Escola de Serviço Social - UFRJ
Av. Pasteur, 250/fundos
CEP 22.290-240
Rio de Janeiro - RJ

praiavermelha.ess.ufrj.br

Praia Vermelha: estudos de política e teoria social
/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Vol.1, n.1 (1997) – Rio de Janeiro: UFRJ. Escola de Serviço Social. Coordenação de Pós-Graduação, 1997-

Semestral
ISSN 1414-9184
eISSN 1984-669X

1.Serviço Social-Periódicos. 2.Teoria Social-Periódicos. 3. Política- Periódicos I. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

CDD 360.5
CDU 36 (05)

☞ Para uma melhor experiência de leitura, recomendamos o acesso por computador com visualização em tela cheia (CTRL+L).

☞ Navegue pelo texto utilizando os ícones na lateral esquerda das páginas ou as setas em seu teclado.

☞ Clique [aqui](#) para baixar, instalar e utilizar gratuitamente o Adobe Reader.

Sumário

5 Editorial

Andrea Moraes Alves

TEMAS LIVRES ARTIGOS

6 A reprodução e o enfrentamento ao machismo no cotidiano das mulheres

Sarah Sorati dos Santos & Tais Pereira de Freitas

25 Aborto e discriminação interseccional

Poliana Teixeira de Jesus & Debora Cecilia Chaves de Oliveira

44 Pátria que me pariu: o governo Bolsonaro e a violência obstétrica

Déborah Veviani da Silva

69 Epistemologia feminista e a crítica ao projeto filosófico da ciência moderna ocidental

Amanda Freitas Souza & Maria da Luz Alves Ferreira

90 Conhecimento produzido no mestrado em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba

Neyde Jussara Gomes Abdala Rodrigues & Mônica Barros da Nóbrega

116 A natureza e a gênese do Serviço Social: duas teorias conflitantes

Silvio Redon & Eliane C. Santos de Campos

141 Assistente Social e sua Implicação na Rede de Atenção Psicossocial

Ingrid de Assis Camilo Cabral

162 Um olhar decolonial para narrativas maternas de congolezas refugiadas no RJ

Paula Colodetti Santos

 Você está aqui.

 Para acessar os demais textos deste número clique aqui e veja o sumário online.

Praia Vermelha

PERIÓDICO CIENTÍFICO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Assistente Social e sua Implicação na Rede de Atenção Psicossocial

Política de Saúde Mental
Espaço sócio-ocupacional
Assistente social

Este artigo busca retomar o debate acerca da política de saúde mental, sua mudança de paradigma, a relação desta política, enquanto um espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais, problematizando a atuação desse profissional e dos demais neste campo no município de Resende/RJ. Adotou-se como percurso metodológico o caráter exploratório e qualitativo. O referencial de base utilizado foi a análise institucional. Os instrumentos utilizados foram a observação participante nos dispositivos/serviços da rede e as entrevistas com os profissionais lotados na saúde mental e Assistência Social. Como resultado identificou um desconforto relacionado ao processo formativo e à atuação dos assistentes sociais como técnicos de saúde mental.

Ingrid de Assis Camilo Cabral

Assistente social CAPSAD, doutoranda PPFH (UERJ).
ingridcabral.as@gmail.com

Social Worker and its Implication in the Psychosocial Care Network

This article seeks to resume the debate about mental health policy, its paradigm shift, the relationship of this policy as a socio-occupational space for social workers. Questioning the performance of this professional and others in this field in the municipality of Resende/RJ. The exploratory and qualitative character was adopted as a methodological course. The base reference used was the institutional analysis. The instruments used were participant observation in the network's devices/services and interviews with professionals working in mental health and social assistance. As a result, it identified a discomfort related to the training process and the role of social workers as mental health technicians.

Mental Health Policy
Socio-occupational space
Social worker





Apresentação

Este artigo é fruto de reflexões e investimento acadêmico realizados ao longo de minha trajetória como assistente social na saúde mental, mais precisamente na atuação com os usuários de drogas. Ele corresponde a uma síntese escrita da pesquisa intitulada “Entre a atenção psicossocial e a assistência social: as formas de cuidado aos usuários de drogas no município de Resende/RJ” para o processo de doutoramento, refletindo os momentos de análise da assistência prestada a esses usuários por esta categoria profissional, como também um olhar sobre os profissionais da saúde mental. A abordagem do estudo foi de natureza exploratória, qualitativa e o referencial de base utilizado é a *Análise Institucional*. Como instrumentos de pesquisa foram utilizados a observação participante e a entrevista semiestruturada. Os critérios de inclusão de participantes foram profissionais que atuavam nos dispositivos da Política de Saúde Mental e Assistência Social. O estudo em apreço foi submetido à Plataforma Brasil e direcionado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, responsável pelo acompanhamento, obtendo aprovação (n.º do processo CAAE 09134019.0.0000.5282). Para dar sentido, inicio o texto retomando alguns dos paradigmas tão caros à Saúde Mental, como o Hospitalocêntrico Medicalizador com práticas enclausurantes, medicalizadoras, centrado na intervenção sobre a doença mental e o Psico-Social, que formam o conjunto de práticas que pretendem superar o anterior, na teoria, na ética e na ação prática¹, que são discutidos pela reforma psiquiátrica, e realizo uma breve contextualização ao leitor da rede em que ocorreu a pesquisa. Para depois, trazer o debate de como o assistente social se percebe nesse campo de atuação e as implicações para a sua intervenção dentro desse contexto.

A Política de Saúde Mental e o atendimento ao usuário de drogas

Todo o processo de transformação no campo da saúde mental pode ser visto como uma busca pelo direito dos usuários – direitos que, muitas vezes, foram violados, aspecto eventualmente justificado por uma suposta “oferta de cuidado”. Dessa forma, o modo de tratamento anterior à reforma psiquiátrica precisou ser rompido – o que demandou muitas lutas -, tendo em vista que os



usuários, naquela época, sofriam fortes dores físicas e psíquicas pela maneira como eram “cuidados” - em sua grande maioria, encontravam-se isolados socialmente.

A luta por melhores condições na assistência disponibilizada a esses usuários surge para garantir um cuidado de qualidade e teve por consequência a reforma do modelo assistencial. Essa mudança de paradigma se construiu a partir de um olhar não mais para a doença mental, mas para a promoção da saúde mental - uma alteração não só conceitual, mas inclusive no âmbito da assistência direta. E esta promoção da saúde tem implicado, ainda, o direcionamento da atenção não só voltada ao indivíduo, mas sim para a comunidade, passando do âmbito individual para o coletivo, derivando de uma atenção apenas assistencial para um pensamento também de tipo preventivo, com todos os cuidados que a prevenção requer para não se transformar em vigilância e tutela.

Conforme expõe Amarante (2013, p. 46), esse usuário, o “louco”, era cuidado através de medicamentos e de sua retirada da sociedade. Ficava retido nos manicômios sob a justificativa da necessidade de controlar sua periculosidade social, eventualmente aliada à crença de que o ambiente manicomial seria, por si só, terapêutico. O louco ficava visível e era passível de intervenções diversas por parte dos profissionais que atuavam nas instituições de internação. Entretanto, era invisibilizado em sua existência social, já que excluído de seu meio social para estar em outro lugar, supostamente protegido – o que dava margem, ao contrário, a toda sorte de arbítrios. As práticas eram direcionadas mais para conter o paciente do que para acolher sua existência/sofrimento. A opção por esse acolhimento, muito inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana, não solucionou, claro, todos os problemas da atenção em saúde mental.

A velha fórmula que justificava o internamento compulsório (perigoso para si ou para os outros ou de escândalo público) é substituída por um artigo de lei que, por conservar ao médico a inteira responsabilidade do julgamento de periculosidade social, introduz confusamente um elemento novo, a avaliação dos recursos disponíveis para resolver o caso, permanecendo, enfim, o julgamento de gravidade, avaliado pela rejeição do paciente à internação voluntária. Abre-se, porém, a possibilidade de soluções alternativas à internação:



apenas quando se está de acordo de que estas não existem é, então, obrigado o tratamento de autoridade. De quem é a responsabilidade pela inexistência de soluções diferentes? Como organizar um sistema de serviços que possam tendencialmente eliminar a necessidade do tratamento obrigatório? Não existem garantias de que a situação mudará de modo substancial. É facilmente previsível uma genética reconversão da assistência psiquiátrica na medicina, como já ocorre em outros países. Além do mais, o fato de que um dos componentes que permitem o juízo de gravidade seja também a inexistência de outras soluções, abre no corpo social um novo espaço de contradições (BASAGLIA *et al.*, 1980, p. 17-23 *apud* AMARANTE, 2013, p. 46).

Como se pôde identificar naquela época, as instituições eram espaços que deveriam ofertar cuidado e proteção, porém eram alienantes e opressoras, a ponto de até mesmo os funcionários e os usuários dos serviços terem dificuldade em compreender que aquelas práticas não tratavam ninguém, não curavam ninguém. Pelo contrário, causavam mais dor e sofrimento².

É relevante reconhecer que a doença mental traz com ela, historicamente, a marginalização e a exclusão social, e que essa nova perspectiva de cuidado tem o objetivo de promover um regaste da cidadania, ofertando condições de vida dignas. Espera-se que o novo modelo traga uma possibilidade de que seja garantido o acesso aos recursos, entre eles o direito de escolher a forma de ser tratado e por quem. Os usuários devem, portanto, participar da elaboração e do acompanhamento das orientações referentes ao novo modelo de assistência.

Essa nova modalidade de atenção atualmente em vigor no país, na área da saúde mental, é resultante de um processo surgido entre os anos 1970 e 1980, no contexto de redemocratização do cenário sócio-político, vinculado ao movimento de crítica ao sistema nacional de saúde e ao subsistema de saúde mental, reivindicando outra lógica de organização. Nos anos 1990, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica são incorporadas e, assim, passa a constituir-se como política oficial de governo, expressa na Política Nacional de Saúde Mental.

O movimento da Reforma Psiquiátrica surge, pois, no final da década de 1970, realizando uma crítica ao Sistema Nacional de Saúde Mental. Nessa linha, estava direcionado à crítica ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, até então orientadoras





da forma de assistência. Nesse momento, surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que desempenha um papel fundamental na formulação teórica das novas práticas (AMARANTE, 1994, p. 88) Isso não quer dizer que as velhas tenham desaparecido inteiramente: o grande trabalho, por sinal, é o movimento de desconstrução de práticas e de orientação teórica.

Até então, cabia ao médico psiquiatra restringir o espaço de convívio do doente na sociedade por meio de um aprisionamento (supostamente terapêutico) e da atribuição de um diagnóstico (supostamente orientador do processo de cura). Esse profissional, portanto, tinha uma posição de privilégio em relação ao doente, ao qual só restava obedecer, pois lhe era subtraída a possibilidade de fazer escolhas. Na verdade, nem se acreditava que ele fosse capaz de ter o poder de tomada de decisões sobre sua vida.

Na década de 1980, há uma aproximação da reforma psiquiátrica com o movimento de reforma sanitária. A partir desse processo, o movimento passa a ocupar os espaços públicos e alguns lugares de poder e tomada de decisão, o que possibilitou introduzir algumas mudanças no Sistema de Saúde, embora a radicalidade que marcara a década de 1970³ se veja um tanto atenuada. É o momento de reorganização do sistema dos serviços, recursos e instituições.

Sendo assim, o movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) organiza uma reunião para rever suas estratégias. No II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (1987), surge o lema⁴ “por uma sociedade sem manicômios”. E se propõem novos debates sobre loucura, doença mental, psiquiatria e manicômios. Começa-se de fato a realizar experiências de desinstitucionalização, isto é, não só de desospitalizar (tirar do hospital) os pacientes, mas uma prática voltada à desconstrução do retrógrado paradigma psiquiátrico. É nesse contexto que surgem os CAPS como um novo modelo de atendimento em Saúde Mental no Brasil⁵.

Nesse sentido, o modelo de atendimento substitutivo aos hospitais psiquiátricos se materializa com o advento dos Centros de Atenção Psicossocial que começaram a surgir nas cidades brasileiras já na década de 1980. Esses centros, no entanto,

passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual esses



serviços experimentaram grande expansão. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento de laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005, p. 17).

Os CAPS⁶ surgem com o objetivo de prestar atenção psicossocial a pessoas com sofrimento mental grave e persistente ou que fazem uso de substâncias psicoativas, pautados nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam: integralidade, intersetorialidade, equidade do cuidado, dentre outros. A criação de serviços municipais como os CAPS está organizada na perspectiva territorial, e reorienta o atendimento na área, além de aproximar a assistência em saúde mental dos cidadãos, assumindo, portanto, como característica principal, a mobilização social para as tarefas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras de cidadania. Assim sendo, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços tanto de saúde como sociais, sempre considerando, tanto em geral como no caso específico da oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde.

Tais dispositivos extra-hospitalares, conforme previstos na política, devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos. Entendemos que uma política de promoção, prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá necessariamente ser construída nas interfaces intrassetoriais possíveis tendo o SUS como instância organizativa e deliberativa da Política de Saúde Mental, o mesmo ocorrendo em relação a outras Políticas Setoriais, organizações governamentais e não governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada, assegurando a participação intersetorial (BRASIL, 2004).

No que se refere às decisões em relações aos usuários, estas são compartilhadas entre os membros da equipe, o próprio interessado e sua família, numa perspectiva de corresponsabilização. Como afirmado anteriormente, respeita-se o desejo dessa pessoa em querer ou não realizar o tratamento e a forma de cuidado oferecida.

Segundo o psiquiatra italiano Franco Rotelli (1990),

já não estamos mais lidando com o conceito da doença mental enquanto entidade abstrata, que se apossa de sujeitos-objetos, mas sim lidando com sujeitos-concretos que vivenciam experiências singulares, estamos de frente a um novo objeto. E se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada). (ROTELLI, 1990, p. 90-91 *apud* AMARANTE, 1994, p. 142).

No município de Resende, *locus* da pesquisa de doutorado, no que se refere à rede de atenção psicossocial (RAPS)⁷, contamos com vários serviços preconizados na política atualmente: CAPS II – Centro de atenção Psicossocial; CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas; CAPSI – Centro de atenção Psicossocial infanto-juvenil; SRHSM- Serviço de referência Hospitalar em saúde mental; CNAR – Consultório na rua, ambulatório ampliado e residência terapêutica.

Entretanto, alguns desses serviços foram implementados mesmo sem atender a todos os critérios estabelecidos na legislação. Há dois anos, aproximadamente, pactuamos a mudança da modalidade do CAPSAD para CAPSAD III⁸; entretanto, não foi possível a alteração em virtude do orçamento para a sua construção ter sido bem alto e o município não conseguir subsidiá-lo. Realizamos também a solicitação de implantação da UA - Unidade de acolhimento adulto e da UAI – Unidade de acolhimento infanto-juvenil. Foi aprovada apenas a UA, que ainda não foi desenvolvida no território.

O CAPSAD é o dispositivo que oferta atendimento aos adultos com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Em Resende, temos cerca de 2 mil usuários cadastrados, sendo

assistidos em dois turnos - manhã e tarde -, divididos nas modalidades intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Essas modalidades são definidas através da elaboração do projeto terapêutico singular da equipe, juntamente com os usuários e seus familiares. Na unidade, o tratamento se constrói a partir da perspectiva da Redução de Danos⁹, em que se considera que o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário é a primeira premissa para que se sustente a continuidade do cuidado em saúde, mesmo que o sujeito não consiga se manter abstinente. Trata-se, pois, de garantir o cuidado mesmo que o sujeito não consiga interromper imediatamente o uso de drogas. Parte-se do pressuposto de que todo cidadão tem o direito de receber os cuidados necessários, como temos enfatizado no presente projeto.

Através da abordagem da redução de danos, o saber do usuário-cidadão¹⁰ deve ser considerado para a sustentação e criação das estratégias para o estabelecimento de seu tratamento. Os usuários-cidadãos são estimulados e empoderados para ocupar um papel autorregulador e de corresponsabilidade em relação ao gerenciamento do seu tratamento.

No serviço, são desenvolvidas as seguintes atividades: acolhimento, atendimento individual, atendimento familiar, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas, manejo de crise, articulação com a rede, visita domiciliares, visitas institucionais, matriciamento, assembleia com usuários, familiares/cuidadores e profissionais, reuniões de equipe e supervisão. Todas elas são desenvolvidas com um propósito terapêutico, de reabilitação psicossocial e de reinserção social dos usuários e seus familiares.

O CAPSI é um dispositivo que assiste crianças e adolescentes com transtornos mentais graves ou que fazem uso de substâncias psicoativas. A demanda dos adolescentes que fazem esse uso é acolhida pela equipe da própria unidade. Embora ocorra esse recorte – o de uso da substância psicoativa -, eles são assistidos na unidade infanto-juvenil por estarem na condição de pessoas em desenvolvimento.

No CAPSI, realizam-se as mesmas atividades que no CAPSAD, acrescenta-se o matriciamento¹¹ escolar. Já no Degase são realizadas da mesma forma que é estabelecida na Política de Saúde, o ganho é que no município ampliou para espaços que



indiquem a demanda. Então, vão profissionais da equipe técnica para discussão dos casos nesses cenários para conjuntamente pensar numa proposta de cuidado para esses adolescentes e sua família.

O SRHSM é o dispositivo previsto para internação de curta permanência - 3 a 10 dias - para pessoas com transtornos mentais graves e usuários de substâncias psicoativas que necessitem de manejo de crise¹², suspensão do território por intoxicação aguda, que desejem estar abstinentes ou que coloquem em risco a si ou a terceiros.

A Lei 11.343/2006 foi alterada pela Lei 13.840/2019, no governo do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro, que determinou que haja duas modalidades de internação: voluntária e involuntária. A internação voluntária terá documento escrito contendo a aceitação do usuário no momento de entrada e de saída. Já a internação involuntária é aquela realizada sem o consentimento do usuário, a pedido da família ou do responsável legal e, na falta destes, de servidor público da saúde, assistência social ou órgãos integrantes da SISNAD. Já a internação compulsória é a realizada por determinação judicial.

O CNAR¹³ é uma equipe que assiste as pessoas que se encontram em situação de rua, sendo um organizador e um gerenciador do atendimento à saúde dessa população. Atualmente possui uma sede, a antiga casa do CAPSAD. Entretanto, todos os atendimentos acontecem em territórios pré-determinados.

Vasconcellos (2008) aponta para a forma como é desenvolvido o processo de trabalho na atenção psicossocial: um trabalho intensivo, com relações pessoais diretas entre trabalhadores e população de um modo geral, realizado através de forte implicação social. Enfrenta condições bastante desfavoráveis no contexto neoliberal, marcado pelo desinvestimento das políticas sociais. Com componentes de dimensão simbólica profunda (questões religiosas, espirituais e/ou ideológico/políticas) e contato com uma realidade de sofrimento que requer decisões importantes, exige autonomia, diferenciação profissional e conhecimento da rede de serviços.

Os profissionais da área *psi* inseridos nessa nova modalidade de atendimento não abandonaram sua formação específica; entretanto, permitiram-se atuar num campo de experimentação,



buscando novas formas de apropriação teórica para pensar práticas inovadoras. Passaram a atuar como os demais profissionais no campo da saúde mental, em dispositivos coletivos como oficinas terapêuticas, grupos operativos, assembleia etc., extrapolando o modelo clínico convencional individual talvez ainda hegemônico entre os psicólogos.

A partir dessa atuação, passaram a ser reconhecidos, igual às demais especificidades profissionais lotadas nos dispositivos da saúde mental, incluindo assistentes sociais, como “*trabalhadores da saúde mental*”. Isso implica, para o serviço social, atender não só nossas atribuições privativas, mas também as de caráter clínico de atenção psicossocial relacionadas à temática de álcool e outras drogas.

Nesse campo, o das abordagens psicossociais, há um esforço em compreender os pontos em comum dos fenômenos psicológicos, sociais, biológicos e ambientais, a fim de executar, como equipe, as intervenções no campo profissional e/ou na política pública.

O assistente social no campo psicossocial e suas implicações na rede

O assistente social é formado para atuar nas políticas setoriais sob a perspectiva da garantia de direitos. Guerra (2013) afirma que sua formação é construída através de três aspectos: teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. Visto isso, Weissaupt (1985) aponta o serviço social como uma Instituição¹⁴ e frisa que a atuação profissional de seus agentes (assistentes sociais) se desenvolve no interior de várias outras Instituições. Dentro desse movimento, percebe-se um contraponto no interior dos espaços sócio-ocupacionais: os objetivos institucionais e os objetivos profissionais quase sempre são divergentes. Como também se observa, muitas vezes, a não definição do fazer profissional dos assistentes sociais, o que acarreta acúmulo de funções (trabalhador polivalente) e/ou a realização de práticas “sobrantes”¹⁵. Em sua atuação, o profissional do Serviço Social realiza a mediação entre os usuários e a instituição. Dependendo da natureza do atendimento e da demanda apresentada, sua função é realizar a institucionalização, o enquadre, o controle, a normatização – aspectos nada simples, nada neutros, ético-politicamente fundamentais.



As ações profissionais do assistente social incidem no âmbito das relações sociais, até mesmo quando a questão é a saúde. Quando um membro da família é acometido por alguma patologia, por exemplo, toda a família precisa se organizar para assumir o cuidado de seu ente e, dependendo da função social desse membro, é necessário colocar um substituto na sua função, principalmente se tal familiar for o de sustentação afetiva/financeira de suporte dessa família.

Outra implicação importante é a perda de sustento quando a pessoa está vinculada ao mercado informal e passa a ficar na condição de doente e sem renda. Estas são determinações que ocorrem em função de um sistema econômico excludente e que, por vezes, causa retrocessos no desenvolvimento nas políticas sociais (trabalho/renda/assistência social); logo, no rebatimento no corte de gastos com os serviços assistenciais.

Cabe também considerar que essas relações sociais acontecem no campo institucional e que não há necessidade somente do atendimento exclusivo por parte do serviço social. Porém, quase sempre somos nós, e apenas nós, que somos chamados para realizar o manejo dessas situações familiares, de relacionamento e em relação com a equipe dos serviços.

Segundo Weisshaupt (1985, p. 79), os assistentes sociais podem ser vistos sob três referenciais: na relação com o seu “cliente”¹⁶; no contexto institucional, seja internamente – no local em que realiza a prática profissional – ou externamente – em contato com outras organizações institucionais.

Dessa forma, sua ação é considerada como um saber que, na relação com usuários e familiares, procura uma resolutividade, mas que, já na escuta, produz reflexão, orientação e um direcionamento. No que se refere ao âmbito institucional, sua atuação pode ir ao encontro da manutenção da disciplina, ou seja, realizar enquadramento dos usuários às normas institucionais. E, em sua relação com outras instituições, adequá-las e assegurar o respeito à soberania institucional.

O campo da saúde mental e seus desdobramentos sempre foi um lugar de inquietação. Em minha formação acadêmica, não existia uma disciplina específica que trabalhasse aspectos relacionados à temática. Pelo contrário, a presença de assistentes sociais era vista com “maus olhos” por ser um campo direcionado para um





conhecimento maior da área *psi*. Minha inserção no CAPSAD ocorreu num momento muito oportuno. Outra assistente social tinha saído de lá há cerca de seis meses e eu e a outra colega éramos muito esperadas. Até a entrada na unidade, eu não possuía nenhum conhecimento do campo psicossocial. Com a inserção no serviço, foram apresentados a nós e à rede de atenção, os conceitos relacionados à clínica e ao direcionamento da intervenção profissional por meio de uma fala principal que unificava todas as categoriais – “somos todos profissionais da saúde mental” – tendo em si o primeiro estranhamento: na unidade, assim como em todos os dispositivos da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, o assistente social desenvolvia não só a intervenção de sua especificidade profissional como também possuía funções comuns a de todos os outros profissionais do serviço.

Ocorriam na unidade muitos embates teóricos, por divergência de perspectiva. Foi quando decidimos estudar o pensamento e a ação profissional de cada membro da equipe, relacionando-a com a temática da atuação. Nós, recém-chegadas assistentes sociais na RAPS, tínhamos muita insegurança em lidar com algumas situações e nos deparávamos com dificuldades para compreender os usuários. Demoramos algum tempo para identificar os três tipos de usuários do serviço que a equipe já identificava (e identifica), não necessariamente de uma forma produtiva para sua própria atuação: primeiro, aquele que é “neurótico”, faz o uso e, em decorrência disso, procura assistência; segundo, aquele que tem um transtorno mental severo e, em decorrência deste, faz uso para amenizar os sintomas; terceiro, aquele que, após tanto uso, desenvolve um transtorno mental ou dano severo no sistema neurológico¹⁷.

Em termos mais gerais, a cada momento é importante identificar a rede de suporte desses indivíduos para que, junto à equipe, se possa auxiliá-los em seu tratamento e implicá-los nas consequências do mesmo, respeitando o seu desejo. Além disso, os próprios usuários costumam se classificar como usuários de drogas lícitas e de drogas ilícitas. No cotidiano, realizam essa diferenciação nos atendimentos, nos grupos, para definir comportamentos, agrupamentos entre eles por uma questão de identificação através da droga de eleição etc. Nós, profissionais da unidade, não colocamos nosso foco nessa divisão entre lícito





e ilícito, que faz uma alusão ao legal e ao ilegal. Avaliamos a implicação desse consumo na vida dos usuários e se, de fato, está causando algum dano a eles próprios ou a terceiros.

É perceptível que os usuários sentem uma segurança maior na equipe e no atendimento realizado nos dispositivos especificamente a eles direcionados. Dizem que sofrem preconceito e são objeto de estigma em outros serviços, inclusive nos de outras políticas setoriais, principalmente no que tange à concessão de benefícios sociais eventuais: muitos profissionais acreditam que este usuário, com acesso a algum rendimento, pode direcioná-lo para o uso de drogas, e não para suprir suas necessidades sociais.

Percebe-se, com isso, que ainda há dificuldade em compreender que estar na condição de “usuário de drogas” não impede o usuário, no caso usuário em sentido geral, de ser um sujeito de direitos - ele não pode ser anulado, violado e ignorado. Deve ser respeitado seu direito sobre o próprio corpo – direito de viver, de ficar doente, de se curar e até mesmo de morrer. O direito, no caso, está estritamente ligado ao desejo: é considerado uma escolha estar na condição de uso, abuso e/ou dependência. Quando o usuário decide realizar um tratamento, isso é feito por contratações, e as instituições que prestam o serviço devem ter o cuidado, por meio dos profissionais que operam a política, de não violar tal contratação.

Compreendemos que os profissionais precisam estar, no desenvolvimento da assistência, para além de um mero posicionamento profissional e/ou carregado de valores morais. Quanto a isso, cumpre lembrar que os profissionais também sofrem os rebatimentos das políticas de Estado e/ou de governo, que acarretam mudanças nas orientações oficiais sobre seu fazer: a depender de quem está exercendo o poder (governando), isso tem notáveis efeitos sobre a população (governados), da qual eles também fazem parte, além da óbvia mudança que ocorre no direcionamento dado às políticas em que atuam.

Considerações Finais

O presente estudo reúne muitos elementos para análise e, na qualidade de assistente social, é inevitável ter uma formação e uma caminhada mais consolidada no campo do marxismo.



Entretanto, não foi apenas dentro do serviço social que descobri meus referenciais, o que me permitiu o conhecimento e acesso a obras de outros autores, principalmente do campo da saúde mental. Levando em conta meu processo de construção de conhecimento, não tenho o objetivo de realizar uma justa exposição de teorias, mas o de permitir um olhar para um mesmo campo em seus diversos aspectos, possibilitando um diálogo, uma aproximação entre diversas formas de olhar determinados contextos.

Cabe considerar que, sob esta perspectiva, ocorre um avanço, com o marxismo, no campo da saúde mental e psicossocial; entretanto, não se pode compreender tal campo, em sua dupla vertente e sua articulação, por meio de um único dimensionamento teórico. Vasconcellos afirma, a esse respeito, que a totalidade social, conceito trabalhado pelos marxistas, é complexa, multidimensional e que sua apreensão unitária seria limitada. Para o autor, portanto, a teoria marxista não é capaz de esgotar todas as dimensões das questões humanas, sociais e ambientais (VASCONCELOS, 2008, p. 99).

Desta forma,

Como podemos constatar no próprio texto, a história do campo da saúde mental mostra que as experiências e abordagens estritamente marxistas produziram políticas, programas e abordagens práticas estritamente limitadas, e até, como no socialismo real, efetivamente reducionistas e mesmo totalitárias. Por outro lado, assistimos à rica experimentação teórica e prática sistematizada aqui, com contribuições significativas de uma esquerda mais ampla, plural e multifacetada, que tendem a ser desprezadas pelos marxistas mais ortodoxos, em nome de uma exclusividade e ortodoxia teórica a ser mantida a qualquer custo (VASCONCELOS, 2008, p. 104).

Outro dado a considerar, a partir do parágrafo acima transcrito, inclusive, é que alguns autores não se identificam totalmente com a teoria marxista ou não podem ser assim caracterizados, mas estão situados no campo da esquerda e podem ser agregados ao debate crítico sobre os processos psicossociais e de saúde mental. Entre eles, podemos citar Michel Foucault, que, entre seus estudos, direcionou-se para o campo das relações de poder e das formas de subjetivação. Propõe, nesta linha, uma



vertente voltada para o cuidado de si que tem como premissa um dimensionamento micropolítico.

Não menos importante, há que se considerar que a pesquisadora, como uma profissional da rede, precisou ter uma maior disposição subjetiva para se utilizar de várias correntes teóricas, sendo necessário, para tanto, um grande rigor metodológico e uma permanente análise, nesse processo, de suas implicações - conceito tão bem desenvolvido pelos autores da Análise Institucional (AI)¹⁸.

Concordo com Rodrigues (2019a) que os conceitos de AI, no Brasil, foram inicialmente valorizados pelo campo *psi*, pois permitiram pôr em análise crítica a ação, geralmente apenas integradora e adaptativa, do ponto de vista político, de seus especialistas.

A partir da AI pensada como método, um dos aspectos trabalhados foi a relação existente entre saber profissional e poder institucional, problematizando o modo como se articulam nas instituições¹⁹ e na natureza de nossa atuação (de assistentes sociais). Como propõe Faleiros (2013), temos ficado tão fixados em ações como resolução de problemas, avaliação de critérios para benefícios, distribuição de benefícios eventuais etc., que nos esquecemos de refletir sobre o local, e não apenas o local físico-concreto, no qual estamos inseridos. Em certos momentos, confundimos os objetivos profissionais com os institucionais. Para nos desviarmos dessa espécie de armadilha, são necessários momentos de pausa, de modo a retomar, teórica e politicamente, nosso direcionamento em favor daqueles de quem julgamos estar a serviço - os mais “vulneráveis”, digamos -, identificando as correlações de forças nas instituições. Cabe também pensar que, nas instituições, é possível conceber espaços de mediação e estratégias de sobrevivência. Essas contradições não estão separadas das contradições econômicas; pelo contrário, se movem de forma diferente em cada conjuntura. Pressupõe-se então, como apresenta Faleiros (2013), que a solução dos problemas está nas instituições. Contudo, ao mesmo tempo, os próprios problemas seriam determinados por elas, o que aponta para algo muito além da necessidade de um “solucionador desses problemas”. No interior das instituições são feitos inúmeros enquadres²⁰. Ou seja, os profissionais costumam inclinar-se não para a temática em si, mas sim para as normas institucionais, participando, com isso, de uma rede de controle. Alguns



profissionais, diante disso, se acomodam e acabam perdendo sua própria identidade: perdem o desejo e levam para si próprios, a função determinada pela norma institucional.

As relações existentes entre os usuários dos serviços e os profissionais que neles atuam acontecem nesse cenário. Parte-se, portanto, hegemonicamente, da compreensão de que os primeiros (usuários) não possuem saber enquanto os segundos (profissionais) são os detentores do saber. Questiono-me: Será que as experiências vividas pelos usuários não podem ser consideradas um saber²¹?

Há inúmeros discursos já produzidos sobre o usuário de drogas: esse possui geralmente um papel definido, cristalizado, como perigoso - aquele que não é capaz de gerir sua própria vida em virtude do uso e, por consequência, deveria ser retirado do convívio social. Quase sempre, ele não é visto como um sujeito de direito pelas outras políticas (Assistência Social, Habitação, Previdência Social): ao estar na condição que lhe atribuem, ocuparia indevidamente o lugar de direito de quem verdadeiramente precisa (aqueles que se encontram em vulnerabilidade, mas não fazem uso de drogas).

Visto isso, temos um grave contraponto, embora as políticas públicas visem garantir os direitos instituídos previstos nas letras da lei para todos, sem distinção. No cotidiano das práticas institucionais, há uma perspectiva disciplinar, discriminatória, que costuma culpabilizar os indivíduos pela sua condição, pela não adesão ao tratamento, prevalecendo a esse respeito, uma ideologia neoliberal associada ao empresariamento de si (DANTAS, 2019). Quando essa perspectiva predomina, as formas de cuidado ofertadas assumem uma perspectiva de vigilância de si próprio, controle, abstinência e correção do comportamento. Ou seja, as formas instituídas de poder interferem no controle dos corpos, em seus gestos, atitudes, discursos, ao logo da vida cotidiana (RUSCHE, 2019; DANTAS, 2019).

Para Levi (*apud* RODRIGUES, 2019a, p. 247), há um fio de esperança, pois qualquer sistema normativo tem a possibilidade de manipular, interpretar ou negociar quanto às regras o jogo; com isso, cria-se a possibilidade de cogitar transformações no movimento da sociedade. Podemos concluir que na sociedade há sempre possibilidade de se transformar e se recriar partindo do

pressuposto que o momento presente inclusive está propositivo a isso, então não é o momento de se ter um pensamento fatalista.

Referências

- AMARANTE, Paulo (org). *Loucos pela Vida – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- AMARANTE, Paulo (org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- BRASIL. *Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019*. Brasília: Diário Oficial da União, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde (2004).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- DANTAS, Bruna Suruagy do Amaral. Políticas Públicas sobre drogas e população de rua: redução de danos ou controle da abstinência? *In: DOMINGUES, Adriana Rodrigues et al. Análise Institucional perspectivas contemporâneas, teóricas e experiências*. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 297-333.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *Saber Profissional e Poder Institucional*. 10. ed. Rio de Janeiro: Cortez editora, 2013.
- GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. *In: SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (org.). A dimensão técnico operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. 2. ed. Juiz de Fora: UFJF, 2013. p. 45-74.
- HOUAISS. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- LOURAU, René. Implicação e sobreimplicação. *In: ALTOÉ, Sônia. René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 186-198.
- RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. *Análise Institucional, genealogia e história oral*. Fabricando intercessores em pesquisa e intervenção. 1. ed. Curitiba: Appris, 2019a.
- RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. O acrobata e o contrabandista: pistas (ainda) atuais de Lapassade e Guattari para um trabalho com grupos em perspectiva Institucional.

In: DOMINGUES, Adriana Rodrigues et al. *Análise Institucional perspectivas contemporâneas, teóricas e experiências*. São Paulo: Hucitec, 2019b. p. 19-74.

RUSCHE, Robson J. George Lapassade: instituído e instituinte como movimento de dimensão institucional. In: DOMINGUES, A. R. et al. *Análise institucional: perspectivas contemporâneas, teóricas e experiências*. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 196-221.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Abordagens Psicossociais*, v. 1: História, Teoria e Trabalho no Campo. São Paulo: Hucitec, 2008.

WEISSHAUPT, Jean Robert (org). *As funções sócio-institucionais do Serviço Social*. São Paulo: Cortez editora, 1985.

Notas

1 Esses paradigmas propõem parâmetros básicos que são a concepção do objeto, e dos meios teórico-técnicos referentes ao adoecimento; os modos de organização das relações intrainstitucionais e interinstitucionais e os modos de produção - reprodução do aparecimento das demandas e suas respostas disponíveis. ↑

2 Tal direcionamento visava reforçar a clínica como lugar preponderante do saber, portanto principal detentora do poder. Teria, portanto, privilégios em relação ao saber dos outros profissionais assim como dos usuários assistidos. São vários os atravessamentos que incidem nessa perspectiva de cuidado; a nova forma oportuniza mudanças de paradigma, pois estabelece outras relações de poder entre as classes profissionais e os usuários. ↑

3 Com a falta de estudos para apontar diretrizes para a saúde pública, em meados da década de 1970, o movimento sanitaria constatou os reflexos negativos das políticas empregadas pelo regime militar. Na saúde mental, esses reflexos foram expostos na imprensa, que denotou uma rede de violências, tanto para os usuários quanto para os funcionários do setor em questão, o que levou a questionamentos sobre o saber psiquiátrico e o modelo hospitalocêntrico asilar. Para aprofundamento ver Garcia, Tarcila dos Santos em *A loucura impressa: uma representação social da loucura na mídia impressa, no contexto da Crise da Dinsam (1978-1982)*. ↑

4 A carta de Bauru foi o primeiro manifesto oficial dos trabalhadores em saúde mental por uma sociedade sem manicômios. Na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. ↑

5 As formas como o governo realiza a política em si podem de fato intervir para incluir ou excluir os usuários da saúde mental e os próprios profissionais. Isso se dá no direcionamento da gestão e na prática assistencial dos profissionais que operam a política. É importante saber que na Saúde Mental se sintetizam saberes e práticas distintas e não homogêneos. ↑

6 No dia 27 de setembro de 1989, pouco depois da intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico que funcionava em Santos e era conhecido como a 'casa dos horrores', foi então inaugurado o Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps) que foi o primeiro a funcionar por 24 horas por dia e que apresentou um novo formato de atendimento. Com isso, os usuários do Naps que vinham do Anchieta foram avaliados através das suas histórias e necessidades e próximo à sua residência. ↑

7 Não utilizaremos todos os dispositivos da rede para a pesquisa. Iremos nos debruçar apenas sobre aqueles que possuem um atendimento mais direcionado ao público de usuários de álcool e drogas. ↑

8 CAPSAD – serviço com atendimento em três turnos (manhã, tarde e noite) e CAPSAD III – serviço com atendimento ininterrupto. ↑

9 A redução de danos era a estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde para o tratamento dos usuários de substância psicoativa. Com a Lei n.º 13.840 de 2019, portanto ligada ao atual Governo Federal, estão previstas as modalidades de internação, inclusão em comunidades terapêuticas e recomenda-se que o tratamento deve ser baseado na perspectiva de abstinência (BRASIL, 2019), o que poderá alterar, decerto, a forma de cuidado nas unidades, principalmente no que se refere ao direcionamento técnico. ↑

- 10 Isto é, qualidade daquele usuário que “usufrui de direitos civis e políticos garantidos pelo Estado e desempenha deveres que, nesta condição, lhe são atribuídos” (HOUAISS, 2001, p. 714). ↑
- 11 O matriciamento é definido nesses espaços como um modo de produzir cuidado entre as equipes, pois complementam suas atividades, num processo de construção compartilhada, com o fim último de tratar das dificuldades dos usuários através de uma proposta de intervenção pedagógica e terapêutica conjunta. Para melhor aprofundamento, ver o guia prático de matriciamento em saúde mental / CHIAVERINI, Dulce Helena et al. (org). Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. ↑
- 12 Pessoas que estão em surto psicótico, tentativa de suicídio, intoxicação por uso de substância psicoativa, alucinações visuais e auditivas. ↑
- 13 O Consultório na Rua desempenha um papel transformador na sociedade por se constituir um serviço produtor e difusor de cuidados, além de impulsionar a redução de vulnerabilidades e a reinserção social de pessoas que necessitam de assistência biopsicossocial. O seu objetivo é facilitar o acesso integral aos serviços de saúde à população em situação de rua exposta a riscos e vulnerabilidade, agravados pelo uso ou dependência de drogas. Os princípios que norteiam o CnaR são o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade (Ministério da Saúde, 2012). O trabalho desenvolvido pelas equipes é um avanço na perspectiva da construção de um cuidado humanizado, os usuários são vistos portanto como sujeitos de direitos e deveres, e são reforçados os aspectos que favorecem sua autonomia. ↑
- 14 Para Rodrigues (2019b, p. 31), no âmbito de movimentos como a Psicoterapia Institucional e a Pedagogia Institucional, as instituições podem ser entendidas em três dimensões: a) as regras que funcionam como leis; b) o que se institui na ação profissional (lugares, papeis); e c) os conselhos (de classe escolar, de saúde), capazes de criar novas instituições. Mas o conceito de instituição é polissêmico e precisará de uma discussão à parte na tese. ↑

15 Aquelas atividades profissionais que não necessitam de um profissional específico e/ou aquelas demandas da população que não possuem um profissional de referência, sendo encaminhadas para o Assistente Social diluir e direcionar. ↑

16 Termo usado para denominar as pessoas que eram atendidas na época da publicação do livro. Atualmente, utilizamos usuário. ↑

17 O não reconhecimento ou o não enquadre de um modo de vida vigente se faz acreditar que não se vive ou não se consegue viver de um modo ideal indicado pela sociedade. O que podemos observar é o que ideal está associado ao estilo de vida da população branca, o que faz com que essa população (branca) consiga se constituir mais tranquilamente em sua subjetividade. A população (negra) sente inferior, em alguns momentos, culpada e pressionada pelas situações de opressão sofrida, o que a aprisiona num campo psíquico e num modo de viver ideal. ↑

18 A análise institucional é uma forma de intervenção/pesquisa realizada no cotidiano, que aspira a apreender a forma como as instituições estão presentes em dado contexto. Tem uma perspectiva sócio-clínica somada à sócio-histórica (LOURAU, 2004). ↑

19 Para Faleiros (2013), é nas instituições que percebemos a forma de controle sobre as pessoas que ameaçam a ordem social e o lugar da ampliação pelas conquistas populares, por ser um campo contraditório. Por outro lado, as instituições são um espaço de relação entre Estado e sociedade em que, por intermédio das práticas profissionais, procura-se desenvolver o consenso social necessário à hegemonia do capital. ↑

20 No CAPSAD, é realizado projeto terapêutico em conjunto com o usuário e nesse momento são feitas contratações, que muitas vezes ele não consegue cumprir. Quando não consegue, é chamado para uma conversa com a sua referência para realinhamento, porém, se chegar à unidade no dia aleatório ele não terá o direito à participação. O cumprimento das normas burocráticas passa a ser seu um objeto profissional. ↑

21 Cabe dizer que a luta antimanicomial fortaleceu a possibilidade de um tratamento mais digno direcionado pela escolha do indivíduo baseado no seu desejo, mas ainda é incipiente o olhar sobre essa escolha como um saber. ↑



Este número da Revista Praia Vermelha foi diagramado em junho de 2023 pelo Setor de Publicações e Coleta de Dados da Escola de Serviço Social da UFRJ, para difusão online via Portal de Revistas da UFRJ. Foi utilizada a fonte Montserrat (Medium 13/17,6pt) em página de 1366x768pt (1:1,77).