

Rede de atenção e direito do portador de transtorno mental ao convívio familiar e social

Patricia de Sousa Lourenco

Especialização em Saúde Mental pela Universidade Estácio de Sá de Juiz de Fora.

Especialização em Educação Social pela Universidade Católica de Brasília.

paty.sl@ig.com.br

Resumo

O presente artigo tem como objetivo defender a ideia de que o sujeito estruturado na psicose pode organizar-se nas várias dimensões humanas, vivendo em meio à sua realidade social e familiar, fora dos muros excludentes da subjetividade. Bastando, para tanto, que se ofereçam outros dispositivos de entrelaçamento a partir da sua realidade e que favoreçam seus laços sociais. Para justificar tal argumento percorremos pela superfície dos gerenciamentos sobre o conceito de normal e patológico e, da loucura que se faz com o sujeito apenas por ele se apresentar diferente e ao que isto implica em relação aos formatos e utilidades dos psicodiagnósticos. Desenvolvemos uma apresentação sobre um dos serviços de atenção em meio aberto que é o Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, consonante com a reforma psiquiátrica, buscando refletir a importância da família neste processo e a necessidade de dispensar atenção a todos os seus membros e à comunidade no que tange o direcionamento de assistência à saúde mental. Nossa expectativa é demonstrar que é possível ser normal diferente em meio àqueles que estatisticamente são tidos como normais iguais.

Palavras-chave: normal; (des)subjetivação; CRAS; família; cidadania; Sujeito.

Normal, diferente ou patológico

O pensamento e as práticas clínicas, segundo Foucault, organizam um saber e um poder de normalização. Esse poder não obriga nem proíbe, não define os termos da ordem ou desordem, mas incita à produção dos atos, dos gestos, dos discursos de acordo com um padrão de normalidade. É justamente para entender essa ideia de um modelo de normalidade que a divisão entre a norma e o anormal passa a ser uma referência fundamental ao longo do percurso da atenção aos diferentes.

O modelo de normalização define tanto o conceito de conduta normal quanto patológica como tema privilegiado do conhecimento psicológico e psiquiátrico, como detentora de um poder e de um saber sobre a vida e a morte. Demarca uma prática especializada inserida na estrutura dos serviços destinados ao cuidado das doenças mentais, inclusive os hospitais psiquiátricos e manicômios. Estruturas que determinam a história do aparecimento da doença mental e da punição ao louco, pois seu destino era a exclusão, cuja

função atendia um controle da ordem de normalização social. Este saber sobre a doença mental, que define quem é o alienado, e o poder da punição pela internação, para quem é considerado perigoso, é calcado na linguagem médica do normal e do patológico e, ainda, da prática hospitalocêntrica. Portanto, o ato médico como único instrumento na prática institucional acarretava em poder e saber sobre a conduta humana, e era compreendido como dominação individual e coletiva. No passado foi assim, determinando a prática efetiva de enclausurar para sempre e aplicar castigo, atribuir patologia e deixar morrer (FOUCAULT, 1987).

O discurso da clínica do século XIX era carregado de ideias de normal e de norma. Assim, tanto a reforma hospitalar quanto a reforma pedagógica, tomaram como “normal” o termo que designaria o estado de saúde orgânica e o protótipo escolar e moral. A palavra normal vem do grego *normalis* que indica norma, regra, que são conceitos que determinam a conduta da maioria das pessoas e estabelecem essa conduta como normal. Mas, sendo o ser humano singular, como estabelecer o normal tomando como base uma média estatística. Este problema foi estudado pelo filósofo e médico francês Georges Canguilhem em “O normal e o patológico” (1982), onde irá criticar essa forma de pensar a normalidade e irá estabelecer que o normal deva ser pensado tomando como referência a subjetividade de cada indivíduo, que é quem experimenta o limite entre o normal e o patológico, e pode falar de um estado anterior e dizer como se sente em relação à novas situações.

O que caracteriza um objeto ou um fato considerado normal, que está inserido no contexto de uma norma é a tendência a determinar outros objetos como normais e que ainda não receberam tal designação. O normal não é uma consequência da norma, mas a extensão e a garantia dela.

Ele, o normal, multiplica a regra, ao mesmo tempo em que a indica. Ele requer, portanto, fora de si, a seu lado e junto a si, tudo o que ainda lhe escapa. Uma norma tira seu sentido, sua função e seu valor do fato de existir, fora dela, algo que não corresponde à exigência a que ela obedece (CANGUILHEM, 1982, p. 211).

Desta feita, norma tem o sentido de lei cuja finalidade é normalizar um padrão social, no intuito de retificar o “fora da lei”, objetivo este que exige o ato da punição para quem não se adequar à norma estabelecida. Neste sentido, a lei serve para designar, então, não o que está certo, mas, o seu contrário, o que não está de acordo com o normal, o que está diferente, em desavença. A norma desta maneira é regra de correção mediante aquele que

apresenta dissonância social. Daí deduz-se que só se conhece a norma a partir de seu contrário, do anormal, como a conduta correta está relacionada à conduta da infração. Se é a antítese que dá sentido à tese, então pode-se dizer que o patológico é que regulariza o normal.

O anormal, enquanto a-normal, é posterior à definição do normal, é a negação lógica deste. No entanto, é a anterioridade histórica do futuro anormal que provoca uma intenção normativa. O normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo, é a norma manifestada no fato. Do ponto de vista do fato há, portanto uma relação de exclusão entre o normal e o anormal. Esta negação, porém, está subordinada à operação de negação, à correção reclamada pela anormalidade. Não há, portanto, nenhum paradoxo em dizer que o anormal, que logicamente é o segundo, é existencialmente o primeiro (CANGUILHEM, 1982, p. 216).

Assim sendo, a organização hospitalar passa ser o local de segregação do cidadão tido como anormal e que representa ameaça à ordem pública. Aquele que se apresentar intensamente fora da norma e não contribuir para a produção econômica, não é considerado passível de usufruir o direito de ser como é, como também, não pode participar da vida social, pois, está fora das relações capitalistas, logo, está fora da norma estabelecida. A ordem pública exige medidas de segurança, cujo sistema de internação cumpre esta medida. Tal destino é determinado a todo e qualquer “cidadão” que apresenta um desvio da normalização. E na mesma lógica que pune os criminosos, os portadores de sofrimento mental representam a desordem cuja internação funciona sobre a mesma racionalidade do sistema de punição penal.

No entanto, este tipo de estabelecimento asilar, como meio definido inicialmente de exclusão e, posteriormente (com algumas camadas de “vernizes”) como ambiente terapêutico, se mostrou ultrapassado e ineficaz. Agora, o que está em jogo é uma política de saúde mental, que lança mão de vários dispositivos de normalização para atender a uma problemática clínica e social. De um lado um saber sobre o normal e o patológico, de outro o controle da conduta anormal sobre a conduta normal. Para tanto, como meio de manter a ordem pública, os profissionais da saúde mental e as instâncias governamentais se unem para responderem à questão da loucura e do sujeito que a representa. Sabendo o que se opõe ao transtorno mental não é, portanto, a anormalidade, mas a dificuldade em se organizar no social com sua estrutura psíquica diferente. Para tanto, não se visa uma cura no sentido de doença, mas de habilidade de construir laços sociais possíveis. “Curar, apesar dos déficits, sempre é acompanhado de perdas essenciais [...] ao mesmo tempo, do reaparecimento de uma ordem. A isso corresponde uma *nova ordem individual*” (CANGUILHEM, 1982, p. 156).

Podemos dizer que é a partir de cada um em relação ao seu ambiente social, que sua saúde e sua enfermidade refletirão uma teia de relações intersubjetivas, tomadas como sua realidade psicossocial, em sua complexidade real, em suas queixas, afecções, tristezas e alegrias, que devem ser levadas em conta por todos e, sobretudo, pelos profissionais de saúde mental e pelos governantes.

O fato patológico não é um dado exclusivo, mas sim um produto da denúncia do homem sobre seu mal-estar. É o sintoma quando falado pelo paciente, que vai indicar seu estado. É interessante notar que o saber sobre a condição de estar bem ou não é muito mais do sujeito. O essencial é que a rede e os técnicos nela atuantes sejam campos que possam contribuir para que o sujeito consiga a instauração e restauração do seu normal.

Em última análise, são os doentes que geralmente julgam - do ponto de vista muito variados - se não são mais normais ou se voltaram a sê-lo. Para um homem que imagina seu futuro quase sempre a partir de sua experiência passada, voltar a ser normal significa retornar sua atividade interrompida, ou pelo menos uma atividade considerada equivalente, segundo os gostos individuais ou os valores sociais do meio. Mesmo que essa atividade seja uma atividade reduzida, mesmo que os comportamentos possíveis sejam menos variáveis, menos flexíveis do que eram antes, o indivíduo não dá tanta importância assim a esses detalhes. O essencial, para ele, é sair de um abismo de impotência ou de sofrimento em que *quase ficou definitivamente*; o essencial é *ter escapado de boa*. (CANGUILHEM, 1982, p. 91).

Na atenção à saúde mental as concepções de doença/saúde e tratamento/cura estão igualmente presentes. É na aposta no saber do sujeito sobre si para apontar o caminho de sua possibilidade de “cura” que significa alcançar o melhor gerenciamento da norma possível para aquele caso específico.

Porém, o espaço entre o normal e o patológico, está ficando cada vez mais ínfimo e de difícil delimitação, parece que estamos voltando ao tempo de Simão Bacamarte, o médico de “O alienista”, de Machado de Assis, pois a indústria de psicofármacos está querendo ditar que todos necessitam de algum medicamento que alivie a angústia de existir, propagando a patologização do normal. E na medida em que é frágil a demarcação deste limite, o debate acerca do normal e do patológico se atualiza constantemente, exigindo daqueles que militam na atenção básica, ou em alguns dos setores da rede de cuidados, um esforço permanente de reflexão.

O problema sobre o fora da lei, o “normal” e o patológico e a relação entre a ordem pública e a rede de cuidados, é conduzido pelo interesse em saber se o patológico é

apenas uma modificação qualitativa do estado normal e se a diferença de valor que o sujeito estabelece entre considerar sua vida normal em relação com a norma estabelecida é uma aparência ilusória. Estes questionamentos são fundamentais na conduta de uma postura segregadora ou uma que aceita a diferença e o diferente no meio social.

Podemos dizer que, estar dissociado da norma é o que perturba o exercício da manifestação livre e espontânea da vida em suas ocupações e, sobretudo, na impossibilidade de fazer laços sociais, o que pode levar ao sofrer. O sujeito, através do saber que o faz sofrer, ao poder falar a partir dos elementos significantes que o compõem, demonstra os limites da sua ordem psíquica e social. Esta é uma colocação aceitável, na medida em que é uma definição que não deriva do profissional, especialmente no caso que nos interessa, o ponto de vista do sujeito que, no fundo, é verdadeiro.

Portanto, um dos fatores que institui a direção do cuidado em saúde mental, é o saber do sujeito sobre ele mesmo, que avalia como mal-estar um certo estado considerado perturbador à própria saúde e cuja vida é dinâmica entre normal/patológico ou, saúde/doença, sendo o cuidado dispensado na rede de atenção apenas uma parte desta dinâmica. “A vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, a vida é polaridade e por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, a vida é, de fato, uma atividade normativa” (CANGUILHEM, 1982, p. 96). Esta passagem revela a qualidade de normatividade, ou seja, o que institui normas, evidenciando a questão do normal que é ampla por ser individual e coletiva. Então, a capacidade de normatizar não advém só do sujeito, nem somente da ordem social, mas do resultado dessa interação. A qualidade de ser normal está na capacidade em desenvolver sua melhor condição de interagir com o meio e manter a sua própria norma. Para tanto se faz necessário também que a ordem social esteja preparada para uma variedade de possibilidades do sujeito de se organizar, sem precisar pagar o preço da exclusão social por não se encontrar num “equivalente objetivo e cientificamente válido do conceito de normal ou de norma” (CANGUILHEM, 1982, p. 118).

Por isso, o ser humano deve ser educado a desenvolver uma normatividade, ou seja, a capacidade de estabelecer sua própria norma de vida para lidar com a variabilidade do meio, externo e/ou interno, todavia, sempre de acordo com as regras e leis sociais. Que no dizer de Rousseau (2010) significa que “cada indivíduo pode, como homem, ter uma vontade particular contrária ou diversa da vontade geral que tem como cidadão”, entretanto, sem violar o pacto social. Assim, podemos dizer que o homem normal é o homem normativo e que o adoecer, seja em qualquer um dos campos bio-psico-social, é um rompimento dessa

normatividade. A cura está relacionada ao reestabelecimento da normatividade, o sujeito reestabelece novas normas de vida, reconquistando a estabilidade social.

Ser normal é diferente de ser sadio, pois, o normal, sendo tudo que segue uma norma, também pode ser encontrado na doença, sendo que esta, por sua vez, é uma norma de vida não valorizada pelo meio e que restringe a vida do indivíduo. Contudo, quando se é normativo, tem-se a plasticidade e a capacidade de cair doente e se recuperar. A normatividade são as normas estabelecidas para a própria vida, que é tanto submissa ao meio, mas também submetida às necessidades de liberdade individuais. O indivíduo pode, portanto, ter um comportamento privilegiado que é quando apresenta mais ordem e estabilidade do que desordem, apresentando saúde, que é a capacidade de ser normativo diante das variabilidades do meio, é um percurso individual que o sujeito traça rumo ao seu bem-estar.

A manifestação do sofrimento psíquico entendido desta maneira não é mais visto como uma situação de privação, da falta de algum atributo ou da capacidade de fazer do sujeito um objeto. O que aparece é um sujeito e sua subjetividade, que está apto a percorrer seus caminhos e neles construir laços sociais, familiares e afetivos. O sofrimento psíquico, a partir de seus sintomas, pode ser aproveitado como uma construção de possibilidades. Ou seja, ao sujeito é permitido apontar o caminho para o estabelecimento de novas normas que permitam sua convivência social.

O doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo [...] A doença passa a ser uma experiência de inovação positiva do ser vivo e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo. O conteúdo do estado patológico não pode ser deduzido – exceto pela diferença de formato – do conteúdo da saúde: a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida (CANGUILHEM, 1982, p. 148-9).

O sofrimento psíquico pode levar à inércia da criação, encontrando sua cura no retorno ao estado anterior de abertura de possibilidades. O que hoje conceituamos como reabilitação psicossocial encontra fundamento no conceito de restauração de normatividade em Canguilhem. Não que isto implique, necessariamente, numa reversibilidade à situação anterior, posto que é possível a primeira sem se acompanhar da segunda. Mais do que isso, a segunda possibilidade, nunca acontece, já preconizava Heráclito de Éfeso, que tudo no mundo está em transformação e “em rio não se pode entrar duas vezes no mesmo” (HERÁCLITO,

2000, p. 97). Cumpre-se o abandono da ideia de que a cura está na restituição de um estado anterior à doença, posto que isto é impossível.

Saúde mental e comunidade

A atenção à saúde mental, com a lei 10.216/2001, deve se estender até a comunidade, pois, a lei dispõe sobre os direitos do portador de sofrimento mental e estabelece os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como CAPS e Residência Terapêutica, por exemplo, ambos, pela lógica da reforma psiquiátrica almejam defender o direito do cidadão de viver fora do hospício e se organizar na sociedade, além de atenderem a demanda de tratamento, possibilitam ao sujeito organizar-se no plano social e familiar. São espaços criados para a atenção da saúde mental atingindo a base da sociedade, ou seja, a família, a comunidade e o bairro. Entendido como atenção em rede, que é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas nos três níveis de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Rompendo com uma segregação histórica das pessoas que apresentam sofrimentos mentais graves, as quais, receberam, ao longo da história, lamentável tratamento, pautado na exclusão do convívio familiar e social, com todos os seus componentes: banalização da vida, encarceramento, intolerância, extermínio, maus tratos, condições de vida subumana, flagelo, descaso, negligência, abandono, entre vários outros.

Após anos de questionamentos quanto ao tratamento do paciente psiquiátrico e de tentativas de práticas humanizadoras nos hospícios e ambulatórios, surgiu a Declaração de Caracas, adotada pela Organização Mundial de Saúde em 14 de novembro de 1990, como uma orientação simples e definitiva:

A reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário de Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na família e na comunidade e dentro de suas redes sociais [...] implicando em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços (BRASIL, 2002, p. 12).

Por isso, a prática comunitária em saúde mental visa proporcionar que a reversão dessa exclusão seja levada às bases da sociedade. Desta forma vamos trazer as contribuições de um dos serviços oferecidos que é o Centro de Referência de Assistência Social, mais

conhecido popularmente como CRAS. Com o trabalho iniciando a partir dos serviços de proteção básica local em espaços como o CRAS, por exemplo, possibilita-se oferecer outro tipo de atenção ao sujeito em sofrimento mental fora do hospital psiquiátrico. Para isso, faz-se necessário o enfrentamento de toda a sua complexidade, da qual a promoção da cidadania representa uma parte, mas não o todo. Temos também o problema da clínica e nela o diagnóstico de problemas mentais graves, o qual, deve levar em consideração, também, vários fatores socioculturais, além da diversidade e sutileza de cada caso. O que nos aponta caminhos quase sempre desconhecidos.

Nessa diretriz, percebemos que as ações em saúde mental desenvolvidas pelo e no CRAS podem representar uma mudança qualitativa no modo como tratamos o sofrimento mental no cotidiano da realidade e como a comunidade interage com este convívio. Podemos, efetivamente, trocar os conhecimentos que temos com os conhecimentos próprios da comunidade a respeito do sofrimento mental, suas determinações e soluções. Por outro lado, devemos estar atentos para o imenso mecanismo de controle que estamos levando para a comunidade. Se em troca desse controle não desenvolvermos ações que estimulem a cidadania e a participação, estaremos apenas estendendo e fragmentando o hospício por toda parte.

O CRAS conta com uma parceria na efetividade deste projeto, que é a família, como o alicerce que melhor representa a sociedade na comunidade em que vive, pois, ela é referência para as situações de risco e vulnerabilidade da lógica social. Considerando que são moradores da comunidade, percebemos o potencial de transformação da cultura de exclusão para a de inclusão que tem cada um dos membros da família e a discussão a respeito da saúde mental ganha uma circulação até então inédita. O fato de os familiares e moradores estarem convivendo com pessoas que antes eram isoladas e excluídas, gera uma nova percepção a respeito tanto dos mecanismos da segregação, quanto do papel de quem trabalha em saúde mental. Entretanto, reconhecemos a necessidade de atenção em locais especializados, quando o sujeito, nas expressões do seu sofrimento coloca em risco sua vida e talvez a de terceiros. Onde concordamos com Benilton Bezerra, quando descreve sobre a desmanicomialização no Brasil:

O verdadeiro desafio da reforma não é a ingênua (e politicamente perigosa) utopia de um mundo de homens “mentalmente saudáveis”. Sempre haverá aqueles para quem a vida é mais difícil, o sofrimento mais penoso, e a necessidade de ajuda mais constante, o alvo da reforma é curar instituições, práticas e conceitos que nos permitam lidar com essas pessoas sem descrevê-

las negativamente; que possibilitem o exercício da solidariedade sem o recurso da piedade (BEZERRA; GUIMARÃES, 1994, p. 187).

Quanto à atenção dos casos de crise, manifestados pelo desencadeamento da desorganização psíquica, a sua abordagem na própria comunidade pode trazer mudanças significativas. Pois, previne a reagudização de um mal-estar insuportável, tanto para o sujeito que sofre, quanto para a família e comunidade. Salvo quando o diagnóstico diferencial apresentar problemas orgânicos, devendo ser encaminhado pela equipe local para hospital clínico.

O fato de os técnicos do CRAS estarem constantemente junto às famílias e comunidade faz com que consigam detectar o problema nos seus primeiros sinais e realizarem encaminhamentos devidos para ser atendido num CAPS antes que a crise se instale grave. Isso já evita o distanciamento de outrora e traz mais para perto de casa a situação difícil de enfrentar. A intenção é, na medida do possível, trabalhar no sentido de reconhecer os momentos de crises na própria comunidade. Cabe a nós estender os limites do possível, numa postura ética, ou seja, discernir em equipe e não por ato de segregação, qual o melhor caminho a seguir para o tratamento daquele sujeito, naquele momento.

Podemos dizer que este é um novo ordenamento, pois, entendemos como Ana Cristina Figueiredo, que a intenção é “reabilitar em vez de segregar, buscar uma nova convivência comunitária no lugar de uma especialização hierarquizada do trabalho clínico e criar um ambiente terapêutico sem cronificação asilar” (FIGUEIREDO *apud* QUINET, 2001, p. 94). Ressalta-se que toda e qualquer atividade na comunidade deve ser caracterizada como ambiente familiar de segurança e apoio. Destaca-se este ponto como básico, pois, o CRAS, os setores em Saúde Mental e o Programa de Saúde da Família – PSF assumem integralmente as ações que são necessárias para a atenção da saúde mental. Procurando alternativas que anulem o comodismo das soluções que em nada contribuem para modificar o quadro de sofrimento apresentado. A discussão desse tema, com seu intrincado de proposições, é muito importante, muitas vezes é a equipe do CRAS que leva para os setores da saúde mental a temática da realidade social e política daquele usuário. Por exemplo, questões tão comuns à realidade brasileira são problemas que as equipes terão que enfrentar, como: não há comida; a casa está caindo; o esgoto corre a céu aberto; família está desagregada; alguém usa droga; entre tantos outros quadros que nem sempre são ditos. É função das equipes procurar fazer de suas ações instrumentos de mobilização, envolvendo a sociedade e instituições. Aqui entram todos os

órgãos públicos e privados possíveis, a medicina popular, o voluntariado e as religiões. Todos como recursos que visem à inclusão. Como diz Benilton Bezerra, “a psiquiatria deixou de ser coisa de médico e louco para ser - legitimamente - de todo mundo um pouco [...] e, no Brasil, a tarefa principal ainda hoje é a de *construir* a cidadania e não simplesmente reivindicá-la” (BEZERRA; GUIMARÃES, 1994, p. 185).

Um dos fazeres no CRAS são as oficinas terapêuticas, estas, evoluem para atividades cada vez mais amplas, nesse sentido, desenvolvem atividades multiplicadoras de conhecimento, informação e esclarecimentos sobre o universo da saúde mental. Também têm a função de relacionar-se nas atividades de trabalho, lazer e esporte que já existem na comunidade, ou nas que são criadas. Deve-se proporcionar atividades na própria comunidade, posto que a atenção aos sofrimentos mentais no contexto da atenção primária é um passo fundamental que possibilita um acesso mais fácil e mais rápido aos laços sociais. Por isso, ampliam-se os limites da atenção envolvendo familiares e comunidade, técnicos e políticas de assistências.

A assistência social

A partir da década de 80 no século XX, as instituições públicas passaram por uma reestruturação com a promulgação da nova Constituição Federal em 1988. Nesse contexto da nova Carta a assistência social definiu-se como direito do cidadão e responsabilidade do Estado em garanti-la. Desde então, a seguridade social passou a ser definida como política pública de proteção social conforme preconiza o Ministério de Desenvolvimento Social (BRASIL, MDS, 2008). Nesse ínterim, Freitas (2007) dispõe que a seguridade social tem por finalidade a resolutividade nos campos da Saúde, da Previdência e da Assistência Social. A política de proteção social, sendo de responsabilidade do Estado, visa garantir a universalidade dos direitos ao cidadão e o acesso aos programas e benefícios a estes assegurados, assim como, refere-se a ações específicas para enfrentamento de situações de vulnerabilidade e risco social. Tais ações podem ser desempenhadas tanto pelo poder público, quanto por iniciativas privadas, como as pastorais sociais das entidades religiosas, por exemplo. Quanto a vulnerabilidade podemos dizer que está relacionada ao empobrecimento em várias dimensões humanas como falta de moradia, desemprego, doenças, dificuldade

econômica, entre tantas outras situações de dificuldade social. A Política Nacional de Assistência Social aborda a questão da vulnerabilidade da seguinte forma,

Constitui o público usuário da Política de Assistência Social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perdas ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnicos, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (BRASIL, PNAS, 2004, pág. 33).

Portanto, por vulnerabilidade entende-se a restrição do cidadão quanto ao acesso a direitos e, por isso, em situação de ficar desprotegido. Devendo, o Estado, dedicar atenção prioritária a essa classe social. Caso haja negligência por parte do poder público nessa atenção, estas pessoas, em situação de vulnerabilidade social, podem chegar a uma situação de risco, segundo o Ministério de Desenvolvimento Social. Nota-se que, o sujeito portador de sofrimento mental é um dos que representam essa vulnerabilidade social, pois, é sabido da segregação histórica que foram submetidos. Podemos, ainda, acrescentar que, quando este indivíduo se encontra em situação socioeconômica baixa a sua realidade de exclusão é maior do que a população da mesma classe.

Quanto ao risco social em relação ao sujeito portador de transtornos mentais, entendemos tratar-se da iminente ruptura da condição humana e do civilismo por causa do agravamento de perdas como: rupturas dos laços familiares e/ou comunitários; dificuldade de acesso aos serviços públicos; não geração de renda; dificuldade de emprego; dificuldade na aprendizagem escolar; rejeição comunitária e social; dentre tantas outras. Por isso, além de todos os cidadãos em situação de dificuldades terem o direito ao acesso à assistência social, aos sujeitos da psicose esse acesso aos direitos de cidadania deve ser mais contundente, visto que não conseguem reivindicar por si só e necessitam de porta-voz para alcançarem seu lugar ao sol. Defendemos que a atuação técnica sobre essa problemática deve começar na base, ou seja, na família e na comunidade em que vive o sujeito dessa situação, isso é fundamental para impedir e/ou romper o ciclo vicioso de exclusão. É a família que precisa entender que um dos seus é diferente, contudo, nem por isso anormal e que existem muitas outras formas de expressão do ser humano, outras maneiras de ser normal, ainda que diferente. Quanto a direito à assistência social, determina a Constituição de 1988 em seu artigo 203.

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei. (BRASIL, 1988, Art. 203).

Desta forma, observa-se que a partir da Constituição Federal de 1988, a assistência social ganha um novo direcionamento contrário ao momento anterior, em especial no período da ditadura militar, onde as ações sociais eram um favor, prática da caridade, ações pontuais e sem continuidade. Com a nova legislação a assistência passa a ser um direito de todos os cidadãos. Uma das estratégias de consolidar o acesso a esses direitos é a oferta de serviços técnicos no âmago da comunidade vulnerável, como o Centro de Referência da Assistência Social o qual apresentaremos.

Centro de Referência da Assistência Social – CRAS

A criação do Centro de Referência da Assistência Social no ano de 2003 teve como objetivo atender a demanda social de acordo com as especificidades de cada território, assim, dando autonomia aos usuários. O CRAS vem junto com o movimento de descentralização e hierarquização da assistência social, tendo como fim atender todos os municípios com áreas de vulnerabilidade. A meta é que, no ano de 2015, a implantação seja uma realidade em todo o território nacional, desta forma, oferecendo a universalidade da proteção social básica.

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 verifica-se que o CRAS pode ser entendido como a porta de entrada do acesso às políticas de seguridade social ao cidadão em geral, e, principalmente, àquele em situação de risco, tendo como atuação o atendimento ao indivíduo e à família, levando em consideração os estudos de caso pertinentes a cada situação, pois, cada caso é um caso diferente do outro. Assim a PNAS apresenta o CRAS,

O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Neste sentido é responsável pela oferta do Programa de Atenção Integral às Famílias. Na proteção básica, o trabalho com famílias deve considerar novas referências para a compreensão dos diferentes arranjos familiares, superando o reconhecimento de um modelo único baseado na família nuclear, e partindo do suposto de que são funções básicas das famílias: prover a proteção e a socialização de seus membros; constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado. (BRASIL, PNAS, 2004, p. 35).

Reconhecido como uma instituição pública, com o objetivo de atendimento de até mil famílias por ano, instalado em áreas de grande vulnerabilidade social para que seja o Estado a ir de encontro às necessidades de seus cidadãos, ou seja, não é o indivíduo que precisa se deslocar até um local burocrático a fim de resolver um problema de direito, e sim, o Estado, a partir de seus representantes técnicos, intervir junto às famílias em seu território e, de lá, abrir portas de acesso a seus direitos, como preconiza a PNAS.

Uma das funções do CRAS é estar continuamente prestando informações e orientações para as famílias e indivíduos do seu território de ação, além de ligá-los aos pontos da rede quando se fizer necessário, evitando sempre a situação de vulnerabilidade, risco e exclusão social. Como dissertado na PNAS:

Além de ser responsável pelo desenvolvimento do Programa de Atenção Integral às Famílias [...] a equipe do CRAS deve prestar informação e orientação para a população de sua área de abrangência, bem como se articular com a rede de proteção social local no que se refere aos direitos de cidadania, mantendo ativo um serviço de vigilância da exclusão social. (BRASIL, PNAS, 2004, pág. 35).

Para o sucesso desse intento, o CRAS se estrutura em dois elementos importantes a fim de executar suas ações de proteção social básica: a matricialidade sociofamiliar e a territorialização (MDS, 2009). Tanto no que tange à prevenção de situações de vulnerabilidade e/ou risco, favorecendo o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, como a favorecer o acesso do cidadão aos direitos previstos. A noção de matricialidade sociofamiliar é o entendimento de que a família é o foco central das ações no campo da assistência social atuante no CRAS. A família é o núcleo social mais importante para o qual as ações e as estratégias da assistência social se voltam. Se hoje o sujeito portador de sofrimento mental tem seu direito de viver em sociedade garantido, isso quer dizer que ele está no seio da família e da comunidade continuamente e, portanto, tanto ele quanto seus

familiares e comunidade necessitam de apoio e atenção continuados a fim de assegurar sua convivência social.

O SUAS, ao eleger a matricialidade sociofamiliar como uma de suas bases estruturantes, organiza toda a rede socioassistencial para o apoio às famílias, a fim de assegurar a toda a população o direito à convivência familiar, seguindo o pressuposto de que para a família prevenir, proteger e manter seus membros é necessária a ação efetiva do poder público. O CRAS, assim, considera as famílias como um espaço de ressonância e sinergia dos interesses e necessidades coletivas e de mobilização à participação e ao protagonismo social, ou seja, como um vetor de mudança da realidade social (BRASIL, , 2009, p. 13).

Ainda na cartilha do Ministério do Desenvolvimento Social - MDS verifica-se a noção de territorialização e a importância de esse trabalho ser desenvolvido no campo em que reside o usuário:

A territorialização refere à centralidade do território como fator determinante para a compreensão das situações de vulnerabilidade e risco sociais, bem como para seu enfrentamento. A adoção da perspectiva da territorialização se materializa a partir da descentralização da política de assistência social e consequente oferta dos serviços socioassistenciais em locais próximos aos seus usuários. Isso aumenta sua eficácia e efetividade, criando condições favoráveis à ação de prevenção ou enfrentamento das situações de vulnerabilidade e risco social, bem como de identificação e estímulo das potencialidades presentes no território (BRASIL, 2009, p. 13).

Para que as atividades desenvolvidas pelo CRAS sejam eficazes faz-se necessário que toda a equipe tenha conhecimento da realidade em estejam instalados, que transitem pelo território, que conheçam as famílias que ali se constituem em comunidade, que saibam de suas condições, de seus problemas, de suas dificuldades, de suas dores e alegrias, que festejem as datas comemorativas e que os façam saber que são parceiros. Uma equipe não é só composta por técnicos como assistente social, psicólogo, coordenador e auxiliares, são também pessoas que devem se sensibilizar e se fazerem dignos da confiança daquela comunidade. Esses profissionais devem atuar de modo a acolher as pessoas a fim de que suas orientações e encaminhamentos sejam pertinentes e resolutivos.

Obviamente, cada um tem sua função e responsabilidade. A coordenação deve articular entre os técnicos e o gestor, a fim de garantir os serviços de proteção básica local e as ações intersetoriais entre o CRAS e os outros serviços da rede, como escolas, postos de saúde, unidades de formação profissional, representantes da área de lazer, esporte e cultura, entre outros setores. À assistente social e à psicóloga cabem as atividades de articular a comunidade com o CRAS, atividades que estão elencadas através do serviço de Proteção Integral à

Família (PAIF). Devem se valer da criatividade para desenvolver ações como apresentações musicais, teatrais, artesanatos e oficinas com famílias, entre outras. O PAIF visa o desenvolvimento tanto no âmbito individual como de grupos e comunidades (MDS, 2012a; 2012b). Por isso, o PAIF é a ação principal da proteção social básica, e, os outros serviços articulados a ele asseguram que o CRAS atue no princípio da matricialidade sociofamiliar e que suas ações sejam efetivas. Há nesse formato de atenção uma estratégia importante, pois, todos participam juntos, ou seja, não há divisão de este ou aquele ser diferente ou igual, que o lugar dele não é ali.

Observa-se que não é função, nem tampouco papel do CRAS e dos técnicos ali alocados, desempenharem atividades psicoterápicas ou psicodiagnósticas, posto que são atividades não correspondentes à proposta do PAIF e de outros programas executados pelo CRAS. Todavia, ao se constatar demandas desse tipo, cabe à equipe entrar em contato com a rede intersetorial e fazer o encaminhamento devido, assim como, acompanhar o caso, além de garantir ao usuário a atenção ao serviço no setor competente. (MDS, 2012a).

Considerações finais

Esperamos ter demonstrado neste trabalho uma análise sobre a atenção ao sujeito que se constituiu numa estrutura psíquica tida como diferente e, até mesmo como doente mental, os quais, ao longo da história da humanidade vivenciaram todos os tipos de exclusão e descuido por serem considerados não normais, loucos ou patológicos. Vimos que o conceito de normalidade é amplo e que é possível vivenciar várias formas de personalidade prescindindo do hospício. Apontamos as formas discriminadoras dos ambientes de tratamento dos transtornos mentais, assim como a inconsistência e perigo estigmatizante dos diagnósticos psicopatológicos, até hoje utilizados mais para classificar do que para indicar uma direção de cuidados e atenção. Em seguida procuramos mostrar um dos mecanismos de atenção, o CRAS, como meio de fortalecimento do cuidado ao sujeito diferente em meio aberto. Privilegiando a atenção à família e facilitando o acesso a direitos e aos programas e ações governamentais. Defendemos que a atuação com a família e na comunidade é possibilitar ao sujeito em situação de vulnerabilidade e/ou risco social a vivência na esfera pública de forma integralmente cidadã.

Utilizamos de alguns documentos da legislação brasileira e da assistência social como do Ministério do Desenvolvimento Social, Política Nacional de Assistência Social, Lei Orgânica da Assistência Social e, Programa de Atendimento Integral à Família, para subsidiar nossa reflexão sobre a importância da atenção à família e às situações de vulnerabilidade e/ou de risco a que estão submetidas, pois, tais documentos não só orientam o trabalho a ser desenvolvido como o estipulam como ordem legal.

Esperamos ter demonstrado que a família é reconhecida como a base da sociedade e, por isso, o pai, a mãe e/ou responsável têm a importante função dentro do núcleo familiar de educar, orientar e direcionar a família. No entanto, observam-se que algumas famílias encontram dificuldades neste processo, assim como na manutenção dos laços afetivos entre si e, pelos mais variados motivos, sendo um deles a existência de algum membro ser portador de transtornos mentais. Nestes casos, é possível haver rupturas, conflitos, mágoas, revoltas, atritos, ou seja, sentimentos e comportamentos que ameaçam a integridade tanto da constituição do bloco familiar, quanto a cada um de seus membros, podendo desencadear problemas graves no nível individual e/ou social. Por isso, o Estado, sabedor de que as ações tardias são, em muitos casos, de apagar incêndios, o que não acaba nunca e nem resulta em soluções definitivas, vem atuar no nascedouro do problema a fim de prevenir a crise e impedir que o incêndio se instale. Desta forma, percebe que algumas famílias mais suscetíveis ao adoecimento das relações e, conseqüentemente, mais vulneráveis ao rompimento social, necessitam de apoio e orientação para conseguirem se sustentar íntegras e desempenhar a função desejável de ser célula ativa e saudável no processo civilizador.

Para que o Estado seja efetivo e presente nesta ação criou-se o CRAS, local de referência à estas famílias a fim de oferecer a assistência necessária. Sendo os técnicos, como representantes do Estado, convocados a atuarem como facilitadores de acesso à coisa pública. Para tanto, devem ter ciência de que não existe a família, mas, famílias, no plural. Não no sentido de muitas, de quantidade, mas de variadas formas de constituição e com diversidade de problemas distintos como os transtornos mentais, por exemplo. As dificuldades apresentadas em cada família para o enfrentamento de

tal problema podem advir de diversos aspectos como econômico, doenças, desemprego, gravidez na adolescência, drogadição, alcoolismo, problemas escolares, traição, entre tantos outros característicos da condição humana, entretanto, não estão distante da realidade de qualquer outra família, o problema está na forma como enfrentam e buscam soluções, às vezes, é notável que não conseguem ver saídas possíveis. Desta forma, a equipe técnica tem como função acolher a demanda, facilitar e, às vezes, orientar e aconselhar para encontrarem soluções a fim de superar tais situações visando o fortalecimento da função protetiva da família e da comunidade. Desta forma, prevenindo que tais vínculos venham a romper possibilitando traumas, transtornos e desilusões pessoais e sociais na vida de cada pessoa. Para isso, cabe à equipe técnica posicionar-se contra toda forma de preconceito, discriminação e exclusão social, além de não emitir valores pessoais ou morais, realizando o atendimento de forma profissional e voltada para o sujeito, respeitando sua singularidade e idiossincrasia.

Agora é esperar o que a história dirá dos resultados do trabalho conjunto entre profissionais da rede e a população.

Referências

BEZERRA Júnior, Benilton; GUIMARÃES. **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BRASIL. **Política nacional de assistência social – PNAS/2004**. Norma operacional básica – NOB/SUAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2004.

BRASIL. **SUAS**: reconfigurando os eixos de mudança. Capacita SUAS vol. I. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2008.

BRASIL. **Orientações técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2009.

BRASIL. **Orientações técnicas sobre o PAIF.** O serviço de proteção e atendimento integral à família – PAIF, segundo a tipificação nacional de serviços socioassistenciais. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2012a.

BRASIL. **Orientações técnicas sobre o PAIF:** Trabalho social com famílias do serviço de proteção e atendimento integral à família – PAIF. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2012b.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense-universitária, 1982.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Reforma psiquiátrica e psicanálise: um novo aggiornamento? In: QUINET, A. (Org.) **Psicanálise e psiquiatria:** controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

FREITAS. **O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas.** Revista Katálysi. 2007. Recuperado 10-07-12 <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n1/v10n1a08.pdf>

HERÁCLITO. **Fragmentos.** In: Pré-socráticos, vida e obra. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda., 2000.

ROSSEAU, Jean-Jaques. **Do contrato social.** São Paulo: Folha de São Paulo, 2010.

Care network and rights of patients with mental disorders family and social life

Abstract

The following article aims to defend the idea that the subject structured under psychosis can organize himself in several human dimensions, living among his social and familiar reality, outside of the excluding walls of subjectivity. Needing only, for such, that other attachment mechanisms from his reality and that help his or her social bonds are offered. To justify such argument we travelled across the surface of managements regarding the concept of normal and pathological, of the madness assigned to him because he presents himself as different and what that implies in relation to the formats and uses of psychodiagnostics. We developed a presentation regarding one of the welfare services on an open environment which is the Centre of Reference of Social Welfare – CRAS, alongside the psychiatric reform, looking to reflect on the importance of family in this process and the need to provide attention to all its members and to the community regarding the directions that the assistance to mental health

should be taken. Our expectancy is to demonstrate that it is possible to be differently normal among those who, statistically, are considered normal.

Keywords: Normal; (non-)subjectivity; CRAS; family; citizenship; subject.