

O processo de descentralização e territorialização de serviços de saúde mental em CRAS

Márcio Alessandro Neman do Nascimento¹

Andrea de Carvalho²

Universidade Estadual de Londrina

Resumo: O presente artigo apresenta a visão de profissionais envolvidos na experiência intersetorial com grupos de familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Parte das propostas atuais das Políticas Públicas na área da Saúde e da Assistência Social, que incentivam a descentralização dos serviços prestados à comunidade e a concomitante aproximação dos territórios onde situações de vulnerabilidades sociais sejam mais recorrentes. Os grupos eram frequentados por familiares que buscavam apoio para relatar suas dificuldades e trocar experiências com outros familiares. Procuravam auxílio para potencializar estratégias que objetivassem a adesão de usuários ao tratamento de algum tipo de sofrimento psíquico e, sobretudo, os familiares pretendiam estabelecer uma relação familiar mais respeitosa e equitativa.

Palavras-chave: Saúde Mental; CRAS; Psicologia.

Compreender a humanidade e os diversos estilos singulares de existência e de como se apresentar perante o mundo pressupõe conceber estes estilos como uma das condições de vida nos mais diversos sentidos, para além do biológico. Sendo assim, ao se remeter às construções históricas das faculdades mentais (razão/loucura), é necessário considerar a implicação de investigações sob uma perspectiva histórica de como as referências do que é dito *como esperado socialmente* foram cristalizadas e produziram *saberes e verdades* que têm ultrapassado a história da civilização (Amarante, 1996). Ainda, ter em vista que foram produzidas subjetividades que permearam e atravessaram nosso cotidiano, com regras do que é dado como socialmente normal e, subseqüentemente, anormal. (Foucault, 2001)

Neste sentido, o artigo visa relatar como o processo de desinstitucionalização proporcionou condições para as atuais políticas públicas de descentralização e territorialização dos serviços de Saúde Mental, assim como possibilitou condições favoráveis para este relato de experiência profissional intersetorial com grupos de familiares ou responsáveis por pessoas que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras

¹ Mestre em Psicologia e Sociedade: Subjetividade e Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Assis. Experiência na área de Psicologia, com ênfase em Direitos Humanos, psicologia institucional e social, clínica, estudos de gêneros e sexualidades, terceiro setor entre outros.

² Especialista em Educação Especial pela Universidade Norte do Paraná. Atualmente é Psicóloga - CRAS do Programa do Voluntariado Paranaense de Londrina.

drogas. Embora o grupo de profissionais tenha uma formação interdisciplinar composta por socioeducadores, assistentes sociais e psicólogos, o enfoque será marcado dentro de contribuições possíveis da psicologia para o desenvolvimento desses grupos em Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Deste modo, ao estudar as questões que circunscrevem as estratégias de políticas públicas para a efetivação dos processos de descentralização e reestruturação administrativa em contexto de Saúde Mental, na contemporaneidade, é preciso compreender a construção social, histórica, cultural e política dos sujeitos/usuários de serviços de Saúde Mental. As referidas instituições de atendimento psiquiátrico - entendidas na atualidade como ações de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – suportaram, por um longo período da história, uma prática discursiva e social que, em muitos momentos, funcionaram como potencializadora dos processos de estigmatização de pessoas que apresentavam características singulares ou fora do padrão normativo exigido e vigente na sociedade.

De acordo com Parker e Aggleton (2001), os processos de estigmatização – recorrendo ao termo *estigma* utilizado por Goffman (1988) – compreendem-se como um conceito não cristalizado e não único, mas como manifestações processuais, contextuais, históricas e somáticas que legitimam o estabelecimento e a manutenção de práticas sociais preconceituosas, que reproduzem relações de desigualdades sociais, na ordem da exclusão. Pensando-se no caso do suposto *doente mental*, estes processos se iniciam na família e prosseguem pela vizinhança, grupos de amigos e instituições sociais, entre elas, a escola e locais de assistência médica.

Foucault (2001), em seus discursos que denunciavam dispositivos de controle social, propunha a compreensão e o estudo genealógico³ do surgimento dos personagens a serem encarados como anormais, anomalias ambulantes, sujeitos/objetos assujeitados ao poder-saber médico, privilegiado pela psiquiatria.

Dessa forma, o conceito de anormalidade se formulou na figura do “monstro” (mistura de homem com características animais) que extrapolava o limite “natural” da existência, escapava à naturalização do ser humano, constituídos de esquisitices, más formações, irregularidades, condutas imorais e tendências criminosas. Concomitantemente, surgiu a psiquiatria penal (exame médico-legal) que constituía uma técnica de normalização que “estendeu sua soberania” a todas as esferas sociais. (Foucault, 2001, p. 32) Os diagnósticos psiquiátricos penais utilizavam qualificações embasadas em regras éticas e morais para assemelhar os sujeitos aos atos criminosos, de maneira que os juízes pudessem prescrever a correção das condutas irregulares de determinados sujeitos desviantes da normativa. Foucault analisou relatórios psiquiátricos penais do século XVIII até o ano de 1975, e constatou nestes documentos que os discursos encontrados apresentavam um poder sobre a vida e a morte, sendo representados no sistema judiciário como discursos de verdade entendidos assim pelo seu status científico, ou seja, “formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica.” (2001, p. 08)

Desta maneira, a psiquiatria, tal como se configurou no século XIX, não se especificou como ramo da medicina geral, mas como ramo da higiene pública. Para

³ Os estudos genealógicos do filósofo Foucault podem ser encarados como uma estratégia que busca os agenciamentos dos saberes discursivos, descrevendo a emergência dos acontecimentos que atravessam a produção da subjetividade, partindo da tríade poder-saber-sujeito, ou seja, nos campos político, do conhecimento e do cuidado de si, se afastando das filosofias tradicionais baseadas nas idéias naturalizantes, estruturais e essencialistas da constituição do homem. (Rabinow & Dreyfus, 1995)

Foucault (2001, p. 148), a psiquiatria “institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença [...] pode acarretar à sociedade”. Ou seja, a psiquiatria tomou a loucura como um objeto de estudo de prevenção, controle e cura para a realização do controle e profilaxia social. Costa (1989) indica que o discurso higienista da medicina, neste período, incidiu com grande influência sobre as famílias que buscavam, no saber-poder da medicina, pilares básicos de sustentação que pudessem livrar os membros familiares dos *males* que poderiam recorrer em um corpo sem saúde e em uma vida sem moral. Na terceira década do século XIX, a concepção de vida saudável fez com que a intervenção do agente educador (instituições escolares), por meio de seus manuais e prescrições de receitas morais, norteasse a vida de crianças e jovens em formação, bem como controle reprodutivo, casamento, bons costumes, entre outros.

Ainda no século XIX, Amarante (1996) indica que Morel realizou estudos das causas singulares da alienação, somando a essa condição dita psicopatológica as causas de degenerescências intelectuais, físicas e morais do ser humano. As degenerescências eram decorrências do pecado original e do castigo de Deus, sendo que, quando a vontade carnal sobressaísse sobre a moral, ocorreria a “degeneração moral”. (Amarante, 1996, p. 55) O degenerado passava a ser alvo dos tratamentos e medicalização psiquiátrica, uma vez que a psiquiatria também se configurava como “a ciência da proteção científica da sociedade, ela se torna a ciência da proteção biológica da espécie”. (Amarante, 1996, p. 402)

No que tange a busca por uma população saudável, afastada do fantasma da loucura, é indicado por Foucault (2005) que, na passagem do século XVIII para o XIX, o domínio médico-psicológico das perversões trazia à tona a análise da hereditariedade não somente do perverso, do anormal ou doente, mas a análise genealógica de toda a família e seus parentescos, conferindo uma posição de responsabilidade meramente biológica para quase todas as inquietudes do ser humano. O controle médico-psicológico das perversões se inscreveu em uma dimensão ampla de controle sobre o cidadão, portanto, se tornando um projeto político de organização social de construção de uma sociedade que representasse as aspirações das grandes revoluções sociais ocorridas.

Ainda, o autor supracitado considerou a medicina um dispositivo de saber/poder que, no final do século XVIII, além de investir sobre o corpo do homem, atuou sobre as populações. Para tanto, utilizou técnicas de sujeição como a disciplina e o controle; sanções normalizadoras; classificação, punição e identificação para, assim, estabelecer um biopoder sobre os corpos e instituir uma política de regulação, uma estratégia biopolítica.

Em relação à moralidade, é encontrado nos estudos de Januzzi (1985) que o Dr. Sabóia, ainda em 1931, indicava como profilaxia o diagnóstico precoce dos anormais para o treinamento e educação, de modo a evitar prejuízos de ordem social. Mediante a política normativa, aos *loucos* eram destinados às instituições de caráter de isolamento social como estratégia de cura e tratamento moral:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde grande número de indivíduos com a situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (Goffman, 1974, p. 11)

Segundo o autor acima, o manicômio pode ser entendido como um tipo de instituição total organizada para proteger a comunidade contra perigos de sujeitos que representavam ameaças a ordem social. Tal proteção se estabelecia a partir da barreira com o mundo externo e por proibições à saída da instituição que se reportavam ao sujeito como, por exemplo, o confinamento em um ambiente físico respaldado por portas fechadas, paredes altas, arame farpado entre outros. O isolamento da família, da comunidade e, muitas vezes, o controle da solitária, eram condições impostas para domesticar sujeitos.

Foucault (1987) indica que, a partir do século XVIII, as relações de poder nas instituições, dentro da concepção da “sociedade disciplinar”, entre elas as famílias e hospitais psiquiátricos, foram marcadas pela disciplina e visava a produção de “corpos dóceis e produtivos”, ou seja, produção de modos de subjetivação para o assujeitamento ao poder. Entre as estratégias de controle, encontravam-se as construções arquitetônicas que facilitavam o exercício do controle e da disciplina. A mais notável dessas construções, o *Panopticon*, (definido inicialmente por Jeremy Bentham), era uma construção prisional que contava com vigilância e controle (dos internos) muito eficientes, tal como eram outras instituições que obedeciam ao mesmo princípio arquitetônico de controle das condutas, uma vez que a vigilância funcionava como estratégia para a ocorrência da disciplinarização dos internos.

Sobre o surgimento dos hospitais psiquiátricos, Amarante (1996) diz que no século XVII são criados os Hospitais Gerais, lugares destinados ao internamento de loucos, sendo ao mesmo tempo um espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão. Posteriormente, os Hospitais Gerais tornaram-se instituições médicas, um lugar de produção e exercício do saber médico e, *a posteriori*, com o fechamento destes hospitais, surgiria o nascimento da psiquiatria. Com as instituições, era dada visibilidade aos loucos (Torre & Amarante, 2001), sendo possível criar princípios teóricos e práticas institucionais para disciplinar a *loucura*, de maneira que se retomasse a razão.

Os loucos, para a filosofia, eram os despossuídos da razão, ou seja, a loucura era um rompimento com a racionalidade, podendo ser então “classificada e agrupada de acordo com suas aproximações e distanciamentos, em classes, gêneros e espécie, enfim, numa nosografia.” (Amarante, 1996, p. 42) Já para Pinel, o homem jamais perdia a razão em sua totalidade, e a loucura, entendida como alienação, era um estado de contradição à razão. Sendo assim, acreditava-se que era possível resgatar a totalidade do ser humano na reconstrução da moral. O tratamento moral, proposto por Pinel⁴ se iniciava com o próprio regime disciplinar do asilo e também com a instituição do trabalho terapêutico.

Partindo dos pressupostos apresentados anteriormente, observa-se que a construção sócio-histórica da loucura esteve ligada intrinsecamente à idéia de alienação e, subsequentemente, a doença mental. Essa construção se emoldurou nos modelos cristalizantes (pautados em uma visão do sujeito do conhecimento cartesiano, mecanicista e individualizante) em uma concepção a-histórica, naturalizante, estruturalista e essencialista da constituição subjetiva do homem dado em circunstâncias

⁴ Pinel, um médico, filósofo, matemático e enciclopedista, que teve um papel importante na transformação do Hospital Geral em instituição médica. Com ele, a loucura, até então objeto da filosofia, passa a ser objeto também da medicina. De um lado define um estatuto patológico para a loucura, de outro, abre um campo de possibilidades terapêuticas, uma vez que a loucura era considerada uma natureza externa ao humano (Amarante, 1996).

sociais imutáveis. Assim sendo, na modernidade, com o advento da medicina, a loucura passou a ser considerada uma “alienação mental”, como encontrado em Torre e Amarante:

No processo de apropriação da loucura pela medicina o “conceito de alienação” tem um papel estratégico, no momento em que se torna sinônimo de erro; algo não mais da ordem do sobrenatural, de uma natureza estranha à razão, mas uma desordem desta. A alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social. Alienado é o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo. Através do conceito de alienação o modo de relacionamento da sociedade para com a loucura passa a ser profundamente intermediada por uma ciência que, num primeiro momento, Philippe Pinel define como o “alienismo”. Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais. (Torre & Amarante, 2001, p. 75)

De acordo com a citação acima, compreende-se que o sujeito marcado como alienado era entendido como ameaça a si e aos outros, sendo desprovido do *status* de sujeito de direitos, permanecendo à mercê das decisões do poder-saber da medicina para assumir a própria vida.

Outro teórico importante da psiquiatria moderna é Kraepelin, o qual fundou uma sistemática nosológica de classificação do doente mental (que substituiu a nosografia dos alienistas); fez uma distinção entre as alienações endógenas das exógenas, adotou-se uma classificação que vai do início ao término do sintoma, e seu conceito de degeneração apontou para o caminho definitivo das investigações quanto à hereditariedade.

O período de transição, Amarante (1996, p. 31), ocorreu com o afastamento do paradigma clássico, da psiquiatria tradicional, e “uma conseqüente abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano” e marcou o início das discussões acerca da desinstitucionalização na psiquiatria, que era dada de maneira excludente e interditiva da vida das pessoas.

O processo de desinstitucionalização produziu a modificação, mesmo que extremamente lenta, do sofrimento psíquico humano, transformados pelos efeitos da institucionalização. Este processo possibilitou uma maneira menos desrespeitosa às estilísticas das existências e produções subjetivas singulares dos sujeitos, que não fossem marcadas por *melhoras*, *evoluções* e *prognósticos* da doença mental. Há de se lembrar que qualquer um poderia ser internado anteriormente à proclamação da Declaração dos Direitos Humanos datado de 1948, que anunciava que este fato não poderia mais ocorrer sem que houvesse um objetivo terapêutico. (Amarante, 1996)

Já em 1961, com Franco Basaglia, se inicia na Itália a Reforma Psiquiátrica; esse movimento visava transformar o isolamento dos manicômios em hospital de cura. Sobre este acontecimento histórico, Amarante (1996) analisa que se tratou de um processo importante para a proposta de desinstitucionalização e, conseqüentemente, em problematizar as massificações e assujeitamentos a condições que não permitiam a expressão subjetiva da vida e das diferentes existenciais.

No entanto, é importante ressaltar que o movimento de desinstitucionalização não teve somente o objetivo de *humanizar* (sensibilizar) o atendimento ao doente mental, mas também visou modificar o posicionamento estigmatizante e interditivo de que o louco era um perigo para a sociedade e que deveria, por isso, ficar isolado com os outros na mesma condição. Contudo, para que a desinstitucionalização ocorresse de maneira

potencializada, era preciso que se desenvolvesse, concomitantemente, em dois níveis convergentes e complementares. Primeiramente, no nível do saber científico: a psiquiatria precisaria desconstruir os conceitos cristalizados sobre *ser normal* ou *anormal*, o desajustamento e a personalidade psicopática, para construir uma nova análise epistemológica sobre as questões da razão humana. O segundo nível se referiria à reconstrução da representação da doença mental no âmbito político e social, e promoveria, assim, uma consequente diferenciação no tratamento das pessoas consideradas desviantes. Ainda hoje, a psiquiatria atual, quando encarada com a visão alienista, remonta uma função social e ideológica que legitima a loucura, quando recorre à psicopatologia encontrada nos manuais nosográficos de psiquiatria para classificar o que se denomina de transtornos psiquiátricos descritos em sintomas, características e descrições no DSM-IV (1995) para, assim, marcar essas pessoas à exclusão.

No Brasil, a reforma psiquiátrica foi um processo que surgiu mais concretamente no fim da década de 70. Teve como fundamento uma crítica ao subsistema nacional de saúde mental, mas também e principalmente uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas. (Yasui, 1999)

Em um primeiro momento, a reforma psiquiátrica se apresentou como uma trajetória alternativa, sustentada pelos movimentos sociais de oposição à ditadura militar, que começaram a demandar serviços e melhorias de condições de vida, uma vez que denunciavam práticas violentas e negligentes, falta de infra-estrutura, controle social e psicopatologização do social, discrepância entre a psiquiatria para ricos e pobres, além de mobilizar projetos alternativos ao modelo asilar dominante.

Um segundo momento desse movimento era a trajetória sanitarista, iniciada nos primeiros anos da década de 80. Vigorou como um movimento institucionalizante, em que se destacava a importância do saber sobre a administração, planejamento e gerenciamento de sistemas e/ou serviços públicos de saúde mental. (Amarante, 1995)

Ainda, no interior do movimento reformista eram discutidos temas como cidadania, sociedade e qualidade de vida, considerando a doença mental como fruto do processo de marginalização e exclusão social, devendo se resgatar a cidadania por meio da promoção da saúde mental da população. Isto era possível a partir da oferta de condições de sobrevivência dignas e possibilidade de que, também os profissionais, tivessem condições mínimas para a execução de um trabalho pautado nas atribuições decorrentes e necessárias para com o ser humano.

Para tanto, além da cidadania era enfatizado o direito ao acesso a todos os recursos objetivos disponíveis: atendimento multidisciplinar, assegurando a liberdade de escolha de tratamentos menos invasivos; condições trabalhistas dos pacientes durante o tratamento, inclusive o seguro desemprego e revisão e atualização do código civil em relação ao doente e à doença mental; execução dos incisos anunciados nas Conferências Nacionais de Saúde Mental e sobre a Reforma Sanitária, entre outros (Costa-Rosa; Luzio & Yasui, 2001). Essas Conferências consideravam a saúde como uma resultante transversal em conjunto com condições mínimas de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho não alienado e acesso a serviços de saúde de qualidade.

A proposta trazida acima pretendia/pretende reverter a tendência hospitalocêntrica, por meio de atendimentos alternativos em saúde mental de modo a diminuir o número de leitos psiquiátricos, transformando-os em recursos extra-hospitalares, como hospital-dia, hospital-noite, lares protegidos, pré-internações, núcleos autogestionários entre outros.

Assim é que o início da trajetória institucional da estratégia sanitária é uma tentativa tímida de continuar fazendo reformas, sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades. (Amarante, 1995, p. 93)

Já no terceiro momento da reforma psiquiátrica era marcado pela trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção, com o lema: *Por uma sociedade sem manicômios*. Com isso esse movimento reencontrou suas origens e se distanciou do movimento pela reforma sanitária, percebendo a inviabilidade da mera transformação institucional, da simples modernização da psiquiatria e suas instituições. Agora, a questão da loucura e das instituições psiquiátricas deveria ser levada à sociedade e, assim, surgiam às associações de familiares e usuários, ou seja:

. . . a questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas. (Amarante, 1995, p. 95)

A instituição psiquiátrica é bem aceita pela sociedade porque oferece respostas objetivas e rápidas a respeito de algo muito complexo como a doença mental. Em contrapartida, a reforma psiquiátrica pressupõe a recusa a uma resposta definitiva, ou seja, assumir que há uma realidade que está além do que já se sabe e já se conhece. Mais do que isto, a reforma vai contra muitos interesses que anunciavam o desrespeito contra pessoas que apresentavam algum tipo de sofrimento psíquico.

Na atualidade, as políticas públicas de Saúde Mental têm se organizado em torno da Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, que visam a integralidade da dimensão social das enfermidades psiquiátricas, dentro de uma proposta que contempla práticas curativas e preventivas, com efeitos individuais e coletivos, contextualizando a saúde-doença no campo psicossocial, que pode ser compreendido como um conjunto de processos que:

. . . designa experiências de reforma da Psiquiatria agregando a seu objeto aspectos psíquicos e sociais, vai aspirar ao estatuto de conceito, a partir do momento em que lhe são acrescentadas às contribuições de movimentos de crítica mais radical à Psiquiatria, como a Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática e alguns aspectos originários da Psicoterapia Institucional. Tais elementos traduzem-se, a partir de certo momento, em transformações nas concepções de “objeto”, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo, e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que têm, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares. (Costa-Rosa et al., 2003, pp. 18-19)

Assim, a partir do exposto até então, após a constituição de 1988 (Brasil, 1988), no país, ocorreu o avanço legislativo englobando a Política Pública de Saúde, quando se abriu caminhos para o surgimento da lei nº 8.080, de 19/09/1990 (Brasil, 1990), que apresenta não apenas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde como também sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Especificamente sobre a Saúde Mental, foi elaborada a lei nº 10.216, de 06/04/01 (Brasil, 2001), que dispõe a respeito da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e, desse modo, redirecionando o modelo assistencial nesta área. Seguindo os mesmos princípios, foi criada a portaria GM/MS nº 336, de 19/02/2002 (Brasil, 2002), que oferece a forma de regulamentação, organização e atribuição de

Centros de Atenção Psicossocial, dentre eles: atendimento especializado, atendimento familiar, atividades terapêuticas e laborais, assim como também atividades comunitárias que enfocam a integração do doente mental ou dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social.

Amarante (1995; 1996) enaltece a reforma psiquiátrica no Brasil dizendo que este movimento emancipatório embasado no discurso dos Direitos Humanos possibilitou a construção de ações que privilegiem o trabalho com questões de inclusão social, solidariedade e, em especial, promovendo a participação não apenas do profissional de saúde, mas incluindo tantos outros atores sociais que funcionam como potencializadores da melhoria das condições de vida de usuários de serviços de Saúde Mental.

Para essas propostas, o paradigma Psicossocial, por meio de seus dispositivos institucionais - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pressupõe uma política emancipatória e de reconhecimento dos direitos de cidadãos de seus usuários, de modo que efetive fundamentos teóricos e técnicos em uma consolidação ética. Estes fundamentos de cunho político possibilitam a autonomia de ir-e-vir destas pessoas, evitando a reprodução do modelo manicomial/asilar dada pela visão alienista. Em sua dimensão ideológica-política e, assim, o modelo Psicossocial objetiva:

. . . a construção de um outro lugar social para a loucura que não seja o da anormalidade, da periculosidade, da irresponsabilidade, da incompetência, da insensatez, do erro, do defeito e da incapacidade. Na dimensão teórico-técnica busca-se a construção de um paradigma teórico e de novas tecnologias de intervenção capazes de viabilizar os objetivos propostos na esfera ideológico-política. (Luzio, 2003, p. 122)

Essa objetivação apresenta como respaldo a Portaria GM/MS n°336 (Brasil, 2002), a qual organiza o atendimento de acordo com a população atendida, visando também, a descentralização do serviço de saúde mental, abrangendo o maior número de pessoas e sua efetiva ação na qualidade de vida e atendimento em saúde mental, especificados conforme vistos a seguir:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria: § 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3o desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante. § 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território:

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar: Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria. (Brasil, 2002)

Ainda, destaca-se que, de acordo com a mesma Portaria GM/MS nº336 (Brasil, 2002), o respeito às especificidades referentes aos destinatários deste tipo de serviço prestado. Quando se refere ao CAPS infantil, por exemplo, tem suas ações direcionadas para o atendimento nos moldes para crianças e adolescentes, assim como o CAPS AD, que atende pessoas que fazem o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Focando a questão do uso de álcool/drogas e sobre a abordagem intersetorial para o atendimento aos usuários, os fatores que facilitam as vulnerabilidades, tanto quanto a proteção contra o uso abusivo de álcool/drogas, podem estar presentes em todas as esferas da vida, entre elas: condições subjetivas do próprio sujeito; contexto familiar, escolar, trabalhista ou comunitário, relações de amizade ou, ainda, em qualquer outro nível de convivência sócio-territorial. Entretanto, é importante salientar que estes fatores não ocorrem de forma cristalizada, possuindo uma plasticidade de atuação e combinações relacionais que ampliam a variabilidade de influências exercidas sobre uma pessoa. Se existem fatores de risco atuantes em cada um dos domínios citados, também é fato que, dependendo do contexto, podem os mesmos ser identificados como fatores específicos de proteção.

Os fatores de risco ou de proteção para o uso abusivo de álcool/drogas devem ser compreendidos na realidade das pessoas envolvidas, pois as vulnerabilidades sociais são construídas historicamente e podem ser direcionadas e potencializadas para o auxílio e bem-estar do usuário tanto quanto para intensificar o uso excessivo dessas substâncias. No caso específico da família, se observa que esta possui um papel fundamental para a reflexão, prevenção e intervenção junto a todas as pessoas envolvidas no processo de resignificação e relação com o álcool/drogas. Assim sendo, torna-se de suma importância, a mobilização familiar e comunitária para que a pessoa em tratamento não seja excluída do seu meio social ou estigmatizada pelo fato de estar dependente dessas substâncias.

Ainda sobre a questão do uso de álcool e drogas, o Ministério da Saúde encara essa demanda como objeto de intervenção de saúde pública, sendo alguns princípios que permeiam tal política pública: Atenção integral – o usuário é visto na sua totalidade, não apenas como um caso relacionado à falta de saúde, mas relacionado a diversos componentes para a qualidade de vida; Base comunitária - o cuidado do usuário na comunidade, em seu contexto e perto de sua família; Territorialização – refere-se ao atendimento descentralizado na saúde, cada unidade atendendo territórios determinados para facilitar o vínculo entre usuário e serviços; Intersetorialidade - com a premissa de que o tratamento não é apenas uma questão da saúde, sendo necessário que se concretizem parcerias objetivando a inclusão do usuário em outros espaços de cidadania e Lógica de Redução de Danos⁵ - preconiza que não existe um objetivo único para se alcançar a abstinência, pois o principal objetivo do tratamento seria atingir melhora na qualidade de vida do usuário. (Supera, 2006, p. 41)

Partindo desses pressupostos, sabe-se que é fundamental que a rede de serviços de saúde para a questão de álcool/drogas esteja integrada com a comunidade e com outros serviços de saúde. Ainda, com outras políticas públicas, facilitando a construção de uma

⁵ A Redução de Danos pode ser compreendida como uma estratégia da saúde pública, promovendo condições menos prejudiciais do uso de substâncias psicoativas, objetivando reduzir práticas de risco, as quais podem levar a pessoa a contrair doenças (hepatites, tuberculose, leptospirose, DST/HIV/AIDS) e também identificando relações de uso que possam levar a perda de controle e de responsabilidade quanto ao uso de drogas legais ou ilegais. Baseia-se na Política Pública de Saúde, Direitos Constitucionais Artigo 1º inciso III e o Artigo 5º inciso X da Constituição Federal de 1988, partindo das premissas encontradas na Declaração dos Direitos Humanos.

rede de suporte social para que a promoção à saúde, prevenção e tratamento do uso dessas substâncias ocorra de maneira contínua, considerando a resposta intersectorial a essa situação.

Especificamente sobre as políticas públicas que elaboram e buscam operacionalizar e articular trabalhos intersectoriais e multiprofissionais em suas ações, Ana Lúcia Gomes (2007), Secretária Nacional da Assistência Social, afirma que, desde a proclamação da Constituição Federal de 1988, a Política da Assistência Social intensificou a busca em assegurar a assistência social como dever do Estado e direito do cidadão, conforme as diretrizes constantes em documentos normativos tais como a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Brasil, 1993); Política Nacional de Assistência Social - PNAS (Brasil, 2005); Norma Operacional Básica – NOB/SUAS (Brasil, 2005); Sistema Único da Assistência Social - SUAS (Brasil, 2007) entre outros.

De modo geral, os documentos supracitados pleiteiam a universalização dos direitos assegurados na Constituição Federal (Brasil, 1988): Seguridade Social, Saúde, Assistência e Previdência Social, ou seja, a proteção socioassistencial. Para a efetivação dessa proposta normativa da Federação, criou-se dois níveis de proteção garantida no SUAS (Brasil, 2007): proteção social básica e proteção social especial. A proteção social básica objetiva a prevenção de situações de vulnerabilidades sociais e riscos, por meio do desenvolvimento das potencialidades e aquisições; já a proteção social especial foca atendimentos em um nível de complexidade especializada⁶.

Os serviços de proteção social básica ofertados por profissionais vinculados a Assistência Social são executados, organizados e coordenados nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Assim são definidos os CRAS:

. . . é uma unidade pública estatal, que atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando à orientação e fortalecimento do convívio sócio-familiar. (Brasil, 2004, p. 35)

O CRAS é uma unidade descentralizada da política de assistência social destinada ao atendimento da população excluída do acesso aos bens e serviços que vive em áreas com maior concentração de pobreza. São realizadas atividades de caráter de proteção social básica com o objetivo de inclusão e promoção social, bem como de fortalecimento dos vínculos sociais e participação popular. (Silveira & Colin, 2006, p. 39)

São competências de atribuições do CRAS, de acordo com o documento “Orientação técnica para o Centro de Referência de Assistência” (Brasil, 2006):

Executar serviços de proteção social básica; organizar e coordenar a rede de serviços socioassistenciais locais da Política de Assistência Social; atuar com famílias em seu contexto comunitário; ser responsável pelo Programa de Atenção Integral às Famílias – PAIF⁷; prestar informações e orientações para a população de sua área de abrangência; articular com a rede de proteção social local no que se refere aos direitos de cidadania,

⁶ Serviços específicos para situações de vulnerabilidades sociais que embora sejam de alta frequência em população de baixa renda, não estão necessariamente condicionados, como por exemplo, atendimentos à crianças e adolescentes vítimas de violência e/ou exploração sexual.

⁷ PAIF – Programa de Atenção Integral à Família. Principal programa da Proteção Social Básica do SUAS (2007). Promove ações e serviços continuados para as famílias em contextos de vulnerabilidades sociais e em situação de pobreza, sendo, portanto, referenciadas pelo CRAS.

mantendo ativo um serviço de vigilância social; sistematizar e divulgar os indicadores sociais de sua área de abrangência, em conexão com os outros territórios; mapear e organizar a rede socioassistencial de proteção social básica e promover a inserção das famílias nos serviços de assistência social local; promover o encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, promovendo o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à sustentabilidade de forma a romper com o círculo de reprodução intergeracional de exclusão social e evitar que essas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidade e risco. (Brasil, 2006, p. 25)

Como apresentado acima e segundo Patrus Ananias (2007), de Estado do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o CRAS tem por atribuição a garantia do acesso e/ou a oferta dos serviços socioassistenciais às famílias público-alvo da Política de Assistência Social. Deve identificar as necessidades dos indivíduos e das famílias de cada localidade, acolhendo inserindo-os em atividades coletivas e/ou, se necessário, deve encaminhar os integrantes do grupo familiar para outros atendimentos. Nesta condição, eles se configuram como instrumento estratégico dentro da rede de proteção e promoção social no Brasil.

Desse modo, se entendermos o CRAS como uma estrutura de referência descentralizada e estrategicamente territorializada, este equipamento da Assistência Social pode e deve dispor de estratégias convergentes e complementares que envolvam ações socioeducativas (individuais e grupais) com famílias, bem como ações de inclusão produtiva (geração de renda), que auxiliem a busca das vulnerabilidades contextuais pelas quais passam determinados territórios.

Partindo de todo o histórico sobre Saúde Mental e sobre as condições do surgimento do CRAS e suas funções, será, então, apresentado o relato de experiência inicial sobre o trabalho de descentralização e territorialização do serviço de Saúde Mental com a população que também era público-alvo do CRAS, ou seja, proporcionará a experiência de atendimentos com grupos de familiares ou responsáveis de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. O referido trabalho visou realizar a ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional, propondo aos usuários da rede de serviços, um referencial teórico-metodológico pautado na percepção dessas pessoas enquanto sujeito de direitos e protagonistas da própria história.

Para a formação dos grupos, utilizou-se cinco estratégias para a participação dos mesmos nos encontros promovidos no CRAS, sendo eles: 1- levantamento e cruzamento de listas de familiares que eram atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial - álcool/drogas (CAPS/AD) e referenciadas pelo CRAS; 2- levantamento de lista de famílias referenciadas e/ou atendidas pelo CRAS que correspondiam aos critérios para inserção nos grupos⁸ partindo dos relatos indicados nos atendimentos; 3- abordagem e busca ativa no território⁹ por meio de visitas técnicas interdisciplinares e em conjunto com o serviço do CAPS AD por meio do técnico de referência do território atendido; 4- articulação com a rede de serviços que atendem o referido território, como exemplo,

⁸ Os critérios para inserção nos grupos eram os de que a família fosse público da assistência social e que residisse no território de abrangência do CRAS. Também era estabelecido que tivesse no bojo familiar algum membro que fizesse uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, maiores de idade ou que fossem acompanhados por responsáveis legais aos encontros.

⁹ Os autores entendem território como não sendo apenas “. . . o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo.” (Delgado, 1997, p. 42)

Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços de Saúde Mental do município; 5- estudo de caso de profissionais que assistem ao usuário nos diversos serviços.

Os encontros eram realizados no espaço físico do CRAS, quinzenalmente, sendo conduzido por um técnico do CAPS AD e outro do CRAS. A média de participação no grupo se aproximava de 10 pessoas, sendo que, embora os membros não desistissem do grupo, a assiduidade era inconstante. Uma das estratégias para que não ocorresse a desistência em participar dos grupos consistia na realização de visitas programadas para as famílias participantes, uma vez que as mesmas apresentavam necessidades de acompanhamento sistemático não somente no grupo, mas também na verificação da concretização de encaminhamentos, adesão a tratamentos e atendimento psicossocial e intersetorial.

Entre as características em comum apresentadas pela população atendida, notou-se que todos pertenciam a grupos de baixa renda e baixa escolaridade, quase a totalidade formada por mulheres (mães e avós) entre 30 e 60 anos; possuíam histórico de algum tipo de violência, negligência e outras vulnerabilidades sociais¹⁰; alguns dos responsáveis pelos usuários também já realizaram o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas; possuíam grau de intimidade uns em relação aos outros, devido a pertencerem ao mesmo território e por se identificarem na trajetória de vida ou por parentesco; apresentavam baixa auto-estima e dificuldade em apresentar habilidades sociais no que tange aos relacionamentos interpessoais, entre outros.

Os bairros do território de abrangência regional do CRAS possuem baixa infraestrutura, índice de criminalidade e homicídios altos; ausência de áreas de lazer, índice alto de natalidade; taxa de desemprego e sub-emprego crescente. De modo a operacionalizar as potencialidades e fragilidades do território, foi importante atentar-se ao fato de que as famílias atendidas apresentavam uma identidade e se reconheciam enquanto pertencentes àquele contexto vivencial. A construção subjetiva desses moradores se fez pela interiorização dada por diversos atravessamentos sociais que refletiam em práticas sociais e, conseqüentemente, na história de vida e de construção do bairro, atreladas uma na outra.

Além disso, os grupos possuíam uma programação pré-definida de temas pertinentes ao entendimento do papel do grupo e o papel de cada participante¹¹. Contudo, devido à entrada de novos participantes rotativamente, as reuniões possuíam um formato com início e fechamento de temas por encontro e que, por sua vez poderiam anunciar a proposta do próximo encontro. Geralmente, as propostas dos encontros seguintes eram trazidas pelos próprios participantes, por exemplo: relacionamento mãe-filho; relacionamento conjugal; auto-estima e auto-conhecimento; conceito sobre Redução de Danos e o uso abusivo de álcool/drogas; direitos e deveres do cidadão; papel do cuidador e da família; resignificação da vida após eventos traumáticos; funcionamento dos serviços de Saúde Mental; organização subjetiva para a concretização da entrada (in)formal no mercado de trabalho; retorno aos estudos; relacionamento afetivo e práticas sociais violentas; identidade do morador do território entre outros.

¹⁰ As violências, negligências e as vulnerabilidades sociais dizem respeito à violência intrafamiliar; abuso e/ou exploração sexual infantil; envolvimento com a criminalidade; situação circunstancial de rua; saída compulsória de bairros por ameaça de morte; negligência das diversas políticas públicas que não assistiam essas pessoas; falta de moradia adequada e emprego entre outros.

¹¹ Era estipulado o compromisso ético em relação ao sigilo do que se era dito nos encontros.

O resultado dos encontros, até então, tem-se mostrado muito satisfatório, partindo de alguns indicadores: 1- o retorno e adesão a tratamento no CAPS AD e CAPS III; 2- inserção de familiares em outros serviços das diferentes e complementares políticas públicas (Educação, Saúde, Cultura) que visam a inserção dessa população em projetos de geração de renda (Economia Solidária) ou profissionalizantes; 3- tratamento de saúde, manutenção para que cumpram as condições para que continuem recebendo benefícios da Federação e do município¹².

Ainda, os relatos trazidos pelos participantes do grupo revelam condições de aprendizagem que facilitaram o convívio e o modo de lidar com as dificuldades, não só relacionadas ao álcool e/ou drogas, mas relataram também o desenvolvimento de habilidades sociais para lidar com as emoções; buscar autonomia, tomar decisões, ter iniciativa e enfrentar as adversidades trazidas pelo contexto de vulnerabilidades sociais; descoberta de potencialidades que se refletiram na compreensão do sofrimento dos parentes que são usuários das referidas substâncias psicoativas. Também é exposto de maneira unânime que o investimento na melhora da dinâmica familiar auxiliou no retorno, busca e aderência a tratamentos que possibilitaram o maior controle do usuário sobre as substâncias, assim como a aprender a reduzir danos relacionados ao uso abusivo das mesmas. Outro apontamento interessante é o entendimento dos mesmos enquanto sujeitos de direitos e a verbalização do pedido de ajuda e solicitação de encaminhamentos.

Por fim, a luta a favor da descentralização e territorialização dos serviços de Saúde Mental parece ganhar força quando se constroem noções, conceitos e estratégias interventivas pautadas em um corpo social, como sendo multideterminado por fatores psicossociais, culturais e políticos, portanto, sendo necessário intervir e criar condições de proximidade da população que necessita da percepção de si enquanto sujeito de direitos. Dessa forma, o sujeito do sofrimento psíquico deve ser sensibilizado a ser o protagonista de sua própria história, proporcionando alternativas criativas que o auxiliem no processo de aproximação social com familiares, amigos e comunidade. Ainda, deve ser o agente transformador da sua história pessoal, se envolvendo na trama política da Saúde Mental de maneira que possa auxiliar nas propostas e nas reflexões estratégias de participação cidadã. É fundamental a quebra de tabus e crenças que estigmatizam essa população como algo a ser depreciado, e não como uma expressão singular de existência que merece atenção especial e criativa.

¹² Referem-se à transferência de renda, Bolsa Família, entre outros.

Nascimento, M. A. N.; Carvalho, A. (2009). The decentralization and territorialization process of mental health services in CRAS. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(1), 32-47.

Abstract: *The present article presents the vision by professionals involved in the intersector experience with people's relatives' groups that make abusive use of alcohol and other drugs. The start point are the current proposals by Public Politics in the Health and Social Attendance areas, that motivate the services decentralization rendered to community and the concomitant approach of territories where situations of social vulnerabilities are more appealing. The groups were frequented by relatives that looked for support to tell their difficulties and to change experiences with other family. They looked for aid to potentialize strategies that aimed the users' adhesion to some kind of psychic suffering treatment and, over all, the relatives intended to establish a more respectful and equal family relationship.*

Key words: *Mental health; CRAS; Psychology.*

Referências

- Ananias, P. (2007). CRAS, um lugar de (re)fazer histórias. In *CRAS, um lugar de (re)fazer histórias*. Brasília: MDS.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais – DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Amarante, P. (1995). *Loucos Pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O Homem e a Serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1993). *Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742 de 07 dezembro de 1993*. Brasília: Presidência da República/Senado.
- Brasil. (2001). *Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2002). *Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). *Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica – NOB/SUAS*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social.
- Brasil. (2006). *Orientação técnica para o Centro de Referência de Assistência Social*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social.

- Brasil.(2007). *SUAS: Sistema Único de Assistência Social*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social.
- Costa, J. F. (1989). *Ordem médica e norma familiar* (3a ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Costa-Rosa, A.; Luzio, C. A. & Yasui, S. (2001). As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. In *Saúde em Debate*, 25(58), 12-25. Rio de Janeiro.
- Costa-Rosa, A.; Luzio, C. A. & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau.
- Delgado, P. G. (1997). A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. In *Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, 1(16).
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (19ª ed.). (Raquel Ramallete, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2001). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2005). *História da sexualidade I: a vontade de saber* (16º ed.). (Maria Thereza da Costa Albuquerque & J. A. Guilhon Albuquerque, trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Goffman, E. (1974). *Manicômicos, prisões e conventos*. SP: Ed. Perspectiva.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. (4º ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Gomes, A. L. (2007). Experiências de CRAS consolidam a Assistência Social como política pública. In *CRAS, um lugar de (re)fazer histórias*. Brasília: MDS.
- Januzzi, G. M. (1985). *A luta pela educação do “deficiente mental” no Brasil*. São Paulo: Cortez: autores associados.
- Luzio, C. A. (2003). *A Atenção em Saúde Mental em Municípios de Pequeno e Médio Portes: Ressonâncias da Reforma Psiquiátrica*. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Unicamp – Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, São Paulo.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e AIDS*. (Cláudia Pinheiro, trad., Vol. 1, Coleção ABIA – Cidadania e direitos). Rio de Janeiro: ABIA.
- Rabinow, P. & Dreyfus, H. (1995). *Michel Foucault — uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Silveira, J. I. & Colin, D. A. (2006). *Centro de referência de assistência social: gestão local na garantia de direitos*. Curitiba: SETP.
- Supera - sistema para detecção de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. (2008). *O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais: módulo 1*. Brasília: SENAD.

- Torre, Eduardo Henrique Guimarães; Amarante, Paulo. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, 6(1). Rio de Janeiro. Acessado em 11/08/2009 do http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso
- Yasui, Silvio. (1999). *A construção da reforma psiquiátrica e seu contexto histórico*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Assis, São Paulo.

Recebido: agosto de 2009.

Aprovado: novembro de 2009.