

Desafios políticos atuais para o movimento antimanicomial no Brasil

Eduardo Mourão Vasconcelos

Professor da UFRJ

Psicólogo e cientista político

Militante do movimento antimanicomial

Relator na III e IV Conferências Nacionais de Saúde Mental (2001 e 2010)

1) Introdução

Como sou também pesquisador e professor, gostaria de convidar a vocês para uma reflexão mais longa e cuidadosa, e para isso **estou deixando um texto para vocês. Peço que o CRP-SP o disponibilize para todos os interessados, e indicarei os seus pontos principais em minha fala.** Neste texto, desenvolvo uma hipótese de análise que pode parecer estranha para este momento, no dia 18 de maio em São Paulo, logo depois de um ato “quente” de denúncia de violação de direitos humanos em manicômios remanescentes no Estado de São Paulo. Contudo, considero fundamental esta oportunidade de abrir o debate e de tentar estreitar os laços entre as correntes do movimento antimanicomial no país, e esta possibilidade requer uma reflexão mais aberta de nossas visões sobre a conjuntura e nossas estratégias comuns.

Minha hipótese de análise que buscarei desenvolver aqui é a seguinte:

As denúncias de violência e desrespeito aos direitos humanos nos manicômios são fundamentais, constituem um aspecto central de nossa estratégia e agenda política antimanicomial. Entretanto, esta estratégia não pode nos desresponsabilizar do exame dos enormes desafios que temos hoje para construir positivamente a rede substitutiva de saúde mental e avançar nosso movimento antimanicomial.

Uma agenda unilateralmente centrada em seu lado negativo, ou seja, sobre o que queremos denunciar e superar, pode gerar saturação na sociedade e, entre nós, não deve levar à desconsideração das dificuldades para a produção positiva do processo de reforma no Brasil.

Como movimento, precisamos aprofundar nossa agenda positiva, capaz de responder aos inúmeros desafios e perguntas que temos hoje no país, inclusive aqueles colocados pela psiquiatria biomédica que domina a grande imprensa no país, cujo poder simbólico e institucional mudou inteiramente nos últimos anos.

Exemplos:

- o conteúdo dos debates sobre modelos de saúde mental na Folha de São Paulo nesta semana de maio de 2011;
- a publicação *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*, publicada pelo CREMESP em 2010.

Em minha opinião, neste período mais recente em nosso país, temos a **emergência de desafios urgentíssimos, na sociedade, no Estado e na política de saúde mental no país, que podem caminhar para uma regressão de nossas conquistas neste campo.** Contudo, se devidamente avaliados e estabelecidas estratégias adequadas de enfrentamento, podem também **constituir um**

estímulo para a renovação e aprofundamento da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial.

A meu ver, temos duas linhas de desafios:

a) no nível macropolítico e social: aqui nos referimos à conjuntura econômica, social e política mais ampla vivida pelo país e pela correlação de forças entre os diversos atores políticos na área social, da saúde e da saúde mental, e dos desafios principais que esta conjuntura vem colocando especificamente para o campo da saúde mental;

b) no nível interno ao movimento antimanicomial e às iniciativas da rede de saúde mental: aqui falamos de suas tendências internas, da agenda de reivindicações e da organização dos trabalhadores, usuários e familiares, e das iniciativas e projetos que devemos apoiar mais diretamente na rede de saúde mental.

2) Desafios colocados no nível macropolítico e social:

2.1) Os traços mais estruturais da atual conjuntura político-econômica e das políticas sociais

Reformas psiquiátricas e seus serviços substitutivos sofrem fortemente em conjunturas neoliberais em praticamente todos os países, inclusive na Comunidade Europeia, como o que vem ocorrendo hoje na Itália, o país que mais avançou na reforma, mas cujos serviços sofrem um enorme sucateamento particularmente sob governos conservadores recentes, como o de Berlusconi.

As enormes dificuldades que temos enfrentado na luta pela reforma psiquiátrica e pela reforma sanitária no Brasil significam na verdade um desafio com dimensões muito mais amplas: **o processo de universalização das políticas sociais em contexto periférico ou semiperiférico, como no Brasil, vem se dando em plena crise das políticas de bem estar social no plano mundial, ou seja, sob a hegemonia e expansão de um longo ciclo histórico de políticas neoliberais, com desemprego estrutural, precarização das políticas sociais públicas, desfiliação e desassistência.** Em paralelo, estas políticas incluem estratégias claras de **repressão, desmobilização ou cooptação dos movimentos sociais populares.**

Assim, as dificuldades no avanço do SUS, da assistência social, do ECA, e demais políticas sociais não são fruto apenas do descalabro do governo Collor e dos dois governos de Fernando Henrique Cardoso, bem como das amplas limitações políticas dos governos recentes do PT, mas também e fundamentalmente de **traços estruturais do capitalismo, como um todo, que se acentuaram nas últimas décadas, e particularmente em sua periferia.** Assim, no Brasil, nos últimos anos, apesar de alguns poucos avanços setoriais, como na distribuição de renda e diminuição da pobreza, se mantém os **traços estruturais que provocam a privatização, a focalização e o subfinanciamento das políticas sociais; a precarização dos vínculos de trabalho tanto no setor público quanto privado; a desigualdade social; o desemprego elevado; e o abuso de drogas e a violência, com suas fortes implicações no campo da saúde mental.**

Uma primeira consequência desta conjuntura mais ampla para a rede de saúde mental está no **baixo volume de investimento e no ritmo lento de crescimento do número de serviços efetivamente substitutivos,** que são mais caros e complexos, como os CAPS III e os serviços residenciais. O outro lado desta morosidade está na **sobrevida das velhas instituições psiquiátricas** tanto de agudos como de longa permanência, com suas **constantes violações dos direitos humanos de seus usuários e uma assistência psiquiátrica marcada pela segregação e isolamento da vida social .**

Outra consequência direta desta conjuntura está no tipo de recursos que são mobilizados para construir a rede de saúde e saúde mental. Neste período mais recente em nosso país tem havido **privatização e terceirização da atenção curativa em saúde, com estímulo dos seguros e planos**

privados, para os setores médios e ricos da população, por meio de serviços altamente especializados e com alto índice de incorporação tecnológica, com maior poder de atração e legitimidade no complexo médico industrial, na corporação médica e junto à elite da sociedade.

Na outra ponta, no setor público, temos as várias estratégias de **serviços e cobranças de serviços para os que “podem pagar”**, comprometendo os princípios básicos de universalidade, equidade e integralidade do SUS. Para a grande maioria da população, sobra uma **assistência pública sucateada, focalizada** e/ou uma forte tendência para a **privatização crescente de várias linhas de atendimento à população, via provisão de serviços de saúde e saúde mental terceirizados (fundações, organizações sociais [OS], convênios com ONGs, etc)**. Esta estratégia tem inclusive apoio em alguns setores do movimento sanitário mais ligados ao governo Lula e Dilma.

A partir desta perspectiva crescente de privatização/terceirização, são difundidas formas de gestão oriundas da esfera privada, contrárias à lógica dos interesses públicos, que enfatizam a avaliação de custos/desempenho e eficiência, que pensam a assistência no forma de número de atendimentos e de aumento unilateral da produtividade. Assim, **se desvaloriza o trabalho de equipe, se bloqueia mudanças qualitativas nas lógicas tradicionais de cuidado e das práticas profissionais, bem como se reduz os espaços de participação popular e de controle social do SUS, em favor de esferas de decisão altamente seletivas do ponto de vista político e tecnoburocrático**. Este quadro emerge nos muitos indícios e sinais que nos chegam de **excessiva institucionalização e burocratização dos novos serviços na rede de saúde mental**.

Ainda neste quadro, no campo da saúde e saúde mental, assistimos também a uma **massiva precarização dos vínculos de trabalho, com alta rotatividade, expulsando trabalhadores mais experientes e mobilizando novos contingentes de gestores e profissionais, muitos dos quais sem qualquer contato com a história e a experiência política** que marcou o período de mobilização e lutas anteriores da reforma. Nos últimos anos, a geração original dos militantes antimanicomiais vem envelhecendo, se reduzindo e **hoje somos cada vez mais uma minoria no conjunto dos novos trabalhadores de saúde mental**.

A meu ver, perante tal conjuntura econômica, política e social, não se trata de fazermos uma análise linear, no sentido de apenas de radicalizar nossos objetivos e palavras de ordem. Não somos apenas um movimento social independente dos aparatos de Estado, temos também responsabilidades no sentido de lutar e buscar garantir a melhor assistência possível no presente, e muitos de nossos companheiros estão nas diversas instâncias de gestão estatal.

Além disso, este quadro nos exige uma reflexão mais aprofundada sobre nossa estratégia e objetivos táticos possíveis no curto e médio prazo.

Um primeiro risco, a meu ver, está na própria desconsideração de certas limitações estruturais que temos hoje para realizar mais integralmente o processo de reforma neste contexto, a partir de algumas visões reducionistas dos processos históricos de reforma psiquiátrica. Uma das possibilidades é se fazer uma **análise histórica simplista da psiquiatria convencional e biomédica, como se constituísse apenas um dispositivo de poder-saber, de violência e de segregação/normatização cultural e social facilmente desmontável e superável de forma isolada**.

Esta visão também tende a **subestimar o enorme buraco gerado pelas condições estruturais de desigualdade social, miséria, desemprego, violência social e até mesmo de barbárie que assola o país**. As avaliações mais otimistas não avaliam devidamente a enorme dificuldade na sociedade contemporânea e na atual conjuntura neoliberal, particularmente em países periféricos e semiperiféricos, de se gerar **cuidado social na esfera privada e pública**.

Na esfera privada, isso se manifesta, por exemplo, em uma estrutura familiar em profunda mudança, com laços que o sociólogo Zygmunt Bauman chama de cada vez mais “líquidos” e com vínculos interpessoais cada vez menos duradouros. Além disso, cresce o número de idosos e de pessoas que moram sozinhas no conjunto da população, aumentando ainda mais a demanda por cuidado socializado na sociedade.

Na área pública, **as condições estruturais descritas acima criam obstáculos duros para a produção de um sistema intersetorial e integrado de bem estar social e de proteção dos direitos humanos, capaz de oferecer cuidado social personalizado e salvaguardas de direitos na comunidade, particularmente para todos os indivíduos que apresentam alguma forma de fragilidade ou dependência.** Estes obstáculos, porém, não chegam a inviabilizar avanços, como vimos acima, mas as conquistas que tivemos requereram a mobilização de uma enorme vontade política pelos movimentos sociais, na sociedade civil e em todos os níveis de governo, e só são mais significativas em municípios com governos mais progressistas no longo prazo. Um exemplo disso hoje, no Brasil, está no próprio setor saúde, pois apesar de todos os esforços do movimento sanitário, foi colocado em segundo plano durante os dois mandatos de Lula e hoje não garante aos nossos usuários da saúde mental um acesso adequado aos serviços clínicos básicos. O nosso SUS atual é marcado, entre outras coisas, por dificuldades estruturais de financiamento, difícil acesso, precária resolutividade, e baixa capacidade para absorver novos desafios.

Outras vezes, a desconsideração deste contexto mais amplo pode se aliar a **uma visão voluntarista e politicista, pela qual bastaria conquistar a gestão política e institucional em alguma esfera de poder municipal, estadual ou federal e ter vontade política, para acelerar o fechamento dos leitos manicomial e a sua substituição por uma rede de serviços de atenção psicossocial, para que o processo ocorra efetivamente.** Essa perspectiva tende ao desconhecimento dos limites históricos, e dos problemas econômico-políticos e gerenciais mais amplos, e da forma como se manifestam nos diversos níveis de governo, em um sistema descentralizado de políticas sociais, aspectos que precisam ser analisados com mais cuidado, para se lidar bem com os desafios que temos em conjunturas como a atual.

Por exemplo, para além da esfera nacional, as políticas sociais com base na gestão regional e local apresentam avanços mais significativos quando temos governos estaduais e municipais sucessivos com maior compromisso político com os interesses populares. Na direção inversa, por exemplo, **grandes estados, cidades e distritos como São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília, além da vasta complexidade típica das grandes áreas metropolitanas, têm sido palco de contínuos governos estaduais, municipais e distritais conservadores,** aprofundando a imensa dívida social com suas populações e gerando enormes dificuldades para os movimentos sociais e forças de esquerda buscarem reivindicar e garantir a implementação das políticas sociais universais de forma minimamente satisfatória.

Por outro lado, estas mesmas características desfavoráveis da presente conjuntura social e política têm nos levado a perceber melhor a **necessidade inexorável da articulação intersetorial de políticas e programas,** tema que inovamos e assumimos já na organização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em 2010. Esta estratégia é difícil, torna a articulação política e institucional muito mais complexa e delicada, mas é inteiramente necessária e oportuna.

Neste contexto, cabe nos perguntar:

- Como o movimento antimanicomial como um todo e suas tendências internas têm avaliado este contexto e conjuntura, e estabelecido suas estratégias de luta?
- Como vêm se posicionando diante deste quadro em ações concretas?
- Como tem se organizado internamente, de forma a poder responder de forma rápida e ao mesmo tempo com democracia interna, a estes desafios da conjuntura?
- Como têm se colocado perante os hoje poucos movimentos sociais mais críticos, incluindo as alas mais engajadas do movimento sanitário, para denunciar e resistir a estas tendências regressivas?
- Como têm participado das lutas dentro dos conselhos e demais dispositivos de controle social?

2.2) Corporativismo médico e o avanço tecnológico: as implicações do novo capital simbólico e da reorganização política da psiquiatria biomédica no Brasil

No início do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, **nas décadas de 1970 e 1980**, a psiquiatria convencional no país e no mundo oferecia um nível muito baixo de eficácia técnica e de qualidade de serviços. A proposta da desinstitucionalização de inspiração italiana e da atenção psicossocial significou portanto um confronto com uma **psiquiatria já razoavelmente desacreditada**, tanto do ponto de vista técnico-científico quanto ético-político, dado os horrores do sistema hospitalar e asilar, que compunha o centro do modelo assistencial que ela promovia na época. Podemos dizer que este quadro não sofreu mudanças estruturais no Brasil até o final da década de 1990, constituindo até então um período em que a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) apoiou de maneira inequívoca e explícita o processo de reestruturação da assistência.

O quadro mudou muito a partir da virada do milênio. A já longa deterioração das condições de trabalho profissional médico na área pública e privada e o fortalecimento das demais categorias do campo da saúde, que também vêm reforçando seus interesses corporativos, estimularam a luta dos médicos por melhores condições de trabalho, pelo controle legal, técnico e gerencial do mercado de trabalho e de seu mandato profissional, mobilizando-os para a luta corporativista pelo Projeto de Lei do Ato Médico (PL 7703/06, atualmente no Senado Federal, que estabelece as funções privativas da medicina). Este projeto é claramente contrário a todos os esforços interdisciplinares e intersetoriais que temos realizado para assegurar uma atenção integral em saúde e saúde mental.

De outro lado, a recente onda de novos exames e mapeamento cerebrais, de decodificação do genoma humano (e da eventual descoberta de pré-disposição genética, de novas formas de detecção precoce e de tratamentos potenciais para algumas nosologias específicas), do uso potencial de células tronco para tratamento de problemas somáticos, neurológicos e neuro-psiquiátricos cada vez mais variados, e de novas alternativas farmacológicas (por exemplo, dos neurolépticos da nova geração, muito mais caros mas com menores efeitos colaterais) vêm **reforçando indubitavelmente o capital simbólico da psiquiatria biomédica**. Isto a aproxima ainda mais dos demais ramos da medicina, com seus processos típicos de intensa tecnificação, sofisticação, especialização e alto custo, dos modelos de prática clínica privada e empresarial, bem como das suas demandas corporativistas, componentes nos quais os interesses do complexo médico industrial (indústria farmacêutica, de equipamentos médicos e dos seguros e planos privados de saúde) são hegemônicos. Este novo contexto permitiu uma abertura de novas possibilidades de prática na clínica liberal e no mercado privado, com enorme autonomia e poder profissional para os psiquiatras.

No entanto, quando se inserem no setor público, estes profissionais reclamam da inserção em uma equipe interdisciplinar em nível de igualdade com os demais profissionais, dos níveis baixos de incorporação tecnológica, e portanto sem a autonomia e o poder que têm no setor privado, gerando insatisfação e os induzindo a posições ainda mais defensivas e conservadoras.

Este posicionamento geral mais conservador da categoria médica e da psiquiatria já conquistou e consolidou espaços significativos nas instituições acadêmicas, científicas e de pesquisa, particularmente nas universidades e órgãos de fomento à pesquisa, como CAPES e CNPq, e na área parlamentar. De nosso ponto de vista, embora tenhamos feito algum esforço na criação de residências médicas em psiquiatria ou multiprofissionais, no sentido de recrutar e capacitar psiquiatras para a lógica da reforma psiquiátrica, nossa tendência tem sido a de abandonar aos poucos o debate acadêmico e científico nos espaços, publicações e eventos específicos da psiquiatria, bem como de deixar de polarizar e ocupar o espaço necessário dentro da própria ABP.

A partir de 2006, as lideranças mais ativas da psiquiatria biomédica, com destaque para certos grupos paulistanos e para a ABP, retomaram sua militância em um patamar organizacional muito mais elevado (o que incluiu a contratação de empresa especializada em *lobby* político, institucional e cultural), gerando uma campanha anti-reforma aberta no campo político e cultural, parlamentar, no Judiciário (particularmente no Ministério Público), nos grandes meios de comunicação e nos principais executivos estaduais e municipais, particularmente nas coordenações de saúde mental, e às vezes até

mesmo nos conselhos de saúde. É importante lembrar que a influência deste setor não se restringe apenas às articulações políticas do PSDB e seus aliados, pois também tem fortes penetrações no PMDB e até mesmo no PT.

Há também **mudanças significativas no conteúdo de debate colocado por estes setores**. É claro que a questão política da oferta da internação e de demais serviços em instituições psiquiátricas especializadas constitui a questão de fundo principal do debate, mas o **foco explícito da discussão é colocado em indicadores de efetividade, de resposta às necessidades da população, e em denunciar evidências de desassistência ou baixa qualidade dos serviços e programas**. Assim, pelo menos explicitamente, não há um confronto e explícito direto com a perspectiva de desinstitucionalização ou com a nova lei psiquiátrica, mas sim com os **resultados do processo, em termos de efetividade da rede de serviços e de sua capacidade para lidar com certas necessidades assistenciais da população**, particularmente de alguns grupos sociais e de portadores de transtorno específicos, com enorme impacto na opinião pública, no parlamento, no Ministério Público e na mídia.

Assim, **hoje o debate acadêmico/político principal no campo da saúde mental se deslocou mais explicitamente para os resultados e a efetividade dos novos serviços, e os possíveis problemas de desassistência ou baixa efetividade da rede hoje implementada**. Neste eixo, as fragilidades ainda existentes em nossa oferta de programas e serviços estão mais claramente em foco, e nós temos que necessariamente enfrentar esta discussão. Entretanto, **este debate vem sendo colocado pela psiquiatria biomédica organizada no campo da medicina com base em evidências, da epidemiologia e da avaliação de políticas, programas e serviços**. Um exemplo desta ênfase no debate atual está na publicação *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*, publicada pelo CREMESP em 2010.

A meu ver, o avanço da produção científica e do debate no campo da avaliação de serviços é muito salutar para qualquer política social, mas é importante assinalar que neste campo está também **em luta os paradigmas científicos que sustentam a avaliação**. Se nós damos ênfase aos estudos predominantemente qualitativos e participativos, capazes de captar as mudanças mais sutis e profundas no processo histórico e clínico dos serviços, a psiquiatria biomédica ataca com estudos com ênfase quantitativa, epidemiológica e normativo/gerencial, perspectiva esta que, em minha opinião, não deveríamos descuidar e deixar apenas para a iniciativa deles.

A atuação da grande mídia constitui uma boa ilustração deste novo poder de fogo do setor e de nossa fragilidade no novo foco do debate colocado pelo lobby da psiquiatria biomédica. Já temos 33 anos de lutas pela reforma psiquiátrica, os novos serviços e projetos representam hoje o *status quo* e deixaram de ter apelo para a mídia. Esta normalmente se pauta pelos apelos sensacionalistas, particularmente pelas denúncias de má assistência ou de negligência. Por outro lado, as denúncias na área de direitos humanos nos asilos remanescentes, que precisam continuar, hoje são menos comuns e também acabam resvalando em nós mesmos, responsáveis de certa maneira pela demora na sua desinstitucionalização. Além disso, em geral, não temos cultivado sistematicamente contatos na grande imprensa nacional, e me parece que isso se repete também na maioria dos estados, o que nos torna menos capazes de abrir um pouco mais de espaço e de pautar as nossas matérias positivas, ou para posicionamentos e artigos defensivos.

Assim, ao longo destes 33 anos do processo de reforma psiquiátrica no país, **o capital simbólico e a legitimidade social desta psiquiatria biomédica mudou significativamente, gerando um novo quadro de poder político**, que tem sido devidamente canalizado para uma ação organizada na sociedade civil e nos aparelhos de Estado, em esferas muito mais amplas que aquelas do controle social, no qual seu poder é razoavelmente contrabalançado para melhor acolher os interesses dos usuários do SUS.

No processo de transição para o governo Dilma, nossos interesses históricos correram um risco enorme no processo de escolha do Ministro da Saúde. Se a escolha tivesse recaído sobre uma das opções colocadas anteriormente na mesa, que chegou a ser anunciada na imprensa, certamente teríamos

uma gestão que não teria um compromisso claro com a reforma psiquiátrica, abrindo mais espaço para o lobby corporativo da medicina e da psiquiatria biomédica.

Assim, as perguntas que o atual quadro conjuntural nos coloca hoje podem ser então sintetizadas da seguinte forma:

- **até quando será possível sustentar politicamente, de forma inteiramente intocada, esta estratégia de confronto aberto e global com o conjunto da psiquiatria biomédica**, que hoje apresenta um potencial ascendente de legitimidade e hegemonia?
- quais são as **estratégias e táticas que o movimento antimanicomial tem para se contrapor ao lobby cada vez mais poderoso destes setores?**
- **como avançar em cada uma das áreas** em que este lobby tem investido massivamente nos últimos anos:
 - + a grande imprensa nacional e regional;
 - + os órgãos gestores do ciência, tecnologia e pós-graduação (CAPES e CNPq);
 - + o parlamento (particularmente a Câmara e o Senado, mas também as assembleias legislativas);
 - + o Ministério Público Federal e estaduais;
 - + e os executivos estaduais e municipais, particularmente as coordenações de saúde mental?

2.3) Áreas onde esses desafios são mais urgentes I: a atenção a indivíduos com uso abusivo de drogas, particularmente crack e oxi:

O abuso de álcool e outras drogas, e particularmente aquelas de efeito mais devastador, avança prioritariamente em estratos e grupos sociais caracterizados por:

- um alto nível de desfiliação social (combinação de perda ou forte fragilização de laços relacionais/familiares com desemprego de longa permanência), que muitas vezes leva à situação de vida nas ruas;
- histórias pessoais e comunitárias (algumas vezes de duas ou três gerações) com elevado nível de segregação urbana e social, violência cotidiana, criminalidade, exploração sexual de crianças e adolescentes, e mortes violentas (na sua maioria são moradores de favelas ou bairros sem estrutura urbana adequada, com presença regular de organizações do tráfico de drogas);
- sérias dificuldades para ter acesso ou para seguir a carreira escolar, ou para adquirir capacitação para o trabalho, que seriam capazes de criar alguma perspectiva de um futuro de vida melhor.

Estes grupos da população normalmente desconhecem, ou não têm acesso, ou certamente têm muito medo dos serviços de saúde mental e de assistência social existentes, e uma das razões principais disso está no próprio autoritarismo frequente da intervenção pública neste campo. O problema é mais agudo nas grandes regiões metropolitanas, mas hoje se difunde também para a maioria das cidades de médio porte do país.

A atual disseminação epidêmica no país do **crack**, e mais recentemente da nova droga chamada de **oxi**, com efeitos ainda mais avassaladores e de curtíssimo prazo sobre a saúde humana, vem agudizando e espalhando ainda mais rapidamente este problema, com alta visibilidade social e na mídia, e com muitos casos com níveis elevadíssimos de deterioração psíquica e cognitiva, particularmente entre as crianças e adolescentes.

No âmbito privado, familiar e comunitário, o nível de dramaticidade colocado pelo uso contínuo destas drogas é altíssimo, pois o seu usuário, para manter o consumo, muitas vezes passa a vender os bens da família, a traficar, a cometer pequenos crimes, a morar na rua, a se prostituir etc. As estratégias usadas pelas famílias e comunidades para lidar com tais situações lembram aquelas utilizadas em

relação aos loucos antes da própria existência histórica da psiquiatria como profissão, ou seja, antes do século XIX: o cárcere privado nas casas, a prisão policial, a eliminação física, o abandono nas ruas ou em áreas remotas etc. Isso sem levar em conta, nos casos frequentes de dívida com o tráfico, a humilhação, perseguição, ameaças ou morte efetiva do usuário pelos traficantes, que podem também envolver medidas violentas de cobrança de pagamento ou de retaliação violenta contra a sua família. Outras vezes, os usuários de crack e oxi são os próprios pais, o que leva a abandono ou negligência no cuidado dos filhos, ou induzi-los também ao consumo. Ambas as possibilidades implicam no aumento vertiginoso do contingente de crianças e adolescentes supervisionadas ou assumidas integralmente pelos Conselhos Tutelares, que por sua vez se dizem despreparados para lidar com os desafios qualitativos e quantitativos da nova situação. Por exemplo, hoje, em muitos abrigos, não há qualquer atenção especial às crianças com dependência ao crack e oxi, para dar suporte pelo menos no período mais difícil da síndrome de abstinência e seus efeitos agudos.

Assim, o impacto desta realidade para a população é enorme, e também tem forte apelo na mídia, no parlamento e na justiça. Vários destes casos vêm sendo divulgados regularmente na mídia, com amplo impacto na opinião pública e forte desgaste político para os gestores de programas e políticas de saúde mental/drogas e para a perspectiva da reforma psiquiátrica. Em muitos casos, é preciso reconhecer um exagero significativo dos grandes veículos de comunicação, claramente induzido e instrumentalizado pelos setores organizados da psiquiatria biomédica, criando espaço para a reivindicação de serviços tradicionais de internação. Entretanto, o impacto real e o sofrimento na população não devem ser subestimados, como atestam claramente nossos colegas que atendem nos serviços e programas dedicados a esta população.

É importante reconhecer que não estamos paralisados, e que há vários anos já tínhamos lançado algumas iniciativas claras neste campo: os CAPS ad (álcool e drogas); os serviços ambulatoriais especializados; a atenção básica em saúde e os programas de redução de danos. A partir de 2009, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde lançou o PEAD (Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas), dirigido para os 100 municípios mais populosos do país, com mais de 250 mil habitantes, as capitais e 7 municípios de fronteira. Entre estes últimos, vale ressaltar a originalidade da experiência hoje ainda inicial dos projetos de *consultórios de rua*, montados em várias cidades do país, que procuram ativamente as áreas urbanas de maior consumo de crack. Além disso, há algumas experiências iniciais de CAPS ad 24 hs, um dispositivo capaz de sustentar melhor casos de cuidado mais intensivo e contínuo, bem como CAPS ad com serviços residenciais integrados.

Entretanto, **a mensagem que vem da rede de serviços é de que estas iniciativas ainda são poucas, de que estamos despreparados e de que temos dificuldades estruturais para lidar com os desafios colocados pela difusão do crack e agora do oxi.** Sem dúvida alguma, esta fragilidade das abordagens hoje disponíveis vem constituindo munição para a atual campanha dos setores anti-reforma psiquiátrica no país. Nossos princípios éticos básicos em saúde mental se baseiam particularmente nos pressupostos de valorização da autonomia do sujeito, de um mínimo de intervenção involuntária, de atenção em ambiente não restritivo, e em apoio farmacológico capaz de diminuir os sintomas mais agudos a níveis mais toleráveis no curto prazo, o que por sua vez diminui a pressão por formas de contenção espacial e institucional, bem como possibilita ao próprio sujeito assumir gradualmente tomar decisões e buscar novas direções em sua vida.

No entanto, em relação ao crack e oxi, a realidade é na verdade muito mais grave. Estas drogas são baratas, acessíveis aos usuários muito pobres, vem normalmente associada a muitas outras substâncias tóxicas, devastadoras para a saúde dos indivíduos, e acaba monopolizando toda a vida do indivíduo, fazendo-a girar apenas em torno de ações para garantir a próxima pedra. Hoje, em várias regiões do país, o tráfico de drogas não oferece mais as demais drogas até então típicas. Diferentemente da coca e particularmente da maconha, o crack e o oxi raramente possibilitam usos recreativos, pontuais e irregulares, e para a maioria absoluta daqueles que querem realmente mudar de vida, a

abstinência ou a sua substituição por outra droga mais leve parecem constituir a única alternativa. É sintomático que nossos colegas que trabalham na área muitas vezes expressem sua perplexidade em relação ao que está acontecendo, como uma espécie de “saudade” do tempo em que a maioria dos usuários que chegava ao serviço fazia uso de maconha e cocaína.

Este campo do uso abusivo de drogas representa um enorme desafio e o risco político para a luta antimanicomial e para uma assistência em saúde mental aberta, na comunidade, assumindo hoje o tema mais urgente da agenda governamental e da mídia. E aqui, o lobby da medicina e da psiquiatria biomédica vem ganhando espaços consideráveis, tanto dentro do Ministério da Saúde, quanto na Secretaria Nacional Antidrogas, e com base nisto vem abrindo uma forte campanha contra a nossa política de reforma psiquiátrica no país.

Disso tudo, podemos levantar as seguintes perguntas:

- nossa abordagem reconhece efetivamente a gravidade, a urgência e o alto nível de suporte exigido pelo quadro de “fundo do poço” colocado pela dependência neuro-químico/subjetiva e pela síndrome de abstinência geradas pelo crack e oxi, bem como pelo nível baixo de eficácia dos recursos farmacológicos hoje disponíveis e pelo longo prazo para seu tratamento?
- é possível entrar na discussão sobre o proibicionismo estrito que vigora no país, em relação a drogas mais leves, debate que tem levado às experiências pioneiras que hoje já estão em vigor em países como Portugal e Espanha?
- podemos nos manter distantes e frívolos diante de tanto sofrimento da população em geral e dos indivíduos e famílias envolvidos? Podemos simplesmente lavar as nossas mãos, dizendo apenas se tratar de demandas institucionalizantes ou manicomializantes?
- ou ainda, podemos aceitar, como se faz hoje em alguns locais do país, que o problema não deve ser da saúde mental, remetendo-a para outras áreas de política social (assistência social, segurança, etc)?
- estamos **oferecendo** efetivamente e na escala desejada, **leitos de atenção intensiva e integral para os momentos de desintoxicação e de crise de abstinência?**
- sabemos que a simples oferta de leitos é ineficaz sem a continuidade do tratamento intensivo na rede de atenção psicossocial, mas negar a sua importância intrínseca, quando devidamente integrada a uma atenção psicossocial de base territorial, pode ser não reconhecer a gravidade do quadro em que vivemos. **Daí, como** lidar com as clínicas e comunidades ‘terapêuticas’, organizadas por agremiações religiosas (notadamente os evangélicos), pelo setor privado, filantrópico ou Terceiro Setor?

2.4) Áreas onde esses desafios são mais urgentes II: a atenção à crise

O cuidado aos estados de crise mental aguda exige necessariamente **a provisão de uma rede de atenção integral, com disponibilidade de assistência contínua e intensiva, cujo maior desafio é constituído pelo acolhimento noturno, no formato de leitos.** No modelo anterior, o hospital psiquiátrico especializado constituía o *locus* principal ou exclusivo de assistência, com todos os seus problemas. No nosso modelo de reforma psiquiátrica, estes devem ser providos no território e de forma articulada com a atenção diária e a atenção básica. Assim, **a unidade mais adequada para estes leitos é o CAPS III, com funcionamento durante as 24 h do dia e nos fins de semana.** Contudo, é possível pensá-los também na forma de **leitos psiquiátricos em unidades de emergência ou em hospitais gerais** (é importante distingui-los das chamadas alas psiquiátricas, que são muito mais problemáticas), desde que representem dispositivos regulados, supervisionados, e não busquem centralizar a rede de cuidados, que deve ser referenciada no âmbito dos serviços territoriais abertos. Nos casos de usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas, já existe também no país a previsão em portaria de leitos de referência *ad* em hospital geral. Um rápido balanço da Coordenação de Saúde Mental em 2010 constata que há um **reconhecido déficit**

em todos estes tipos de leitos de atenção integral, apesar de apontar que essa percepção também é gerada por baixa efetividade e articulação da rede de saúde mental já existente.

Entretanto, é fundamental avaliar a nossa oferta atual de leitos de atenção integral, no dispositivo que consideramos mais adequado para sua locação. **Temos hoje, em abril de 2011, em todo o país, cerca de 56 CAPS III; os CAPS II estão abarrotados, têm dificuldades de atender a crise e estão fechados à noite e nos finais de semana; e estamos reduzindo naturalmente os leitos em hospitais especializados de curta permanência.** Temos ofertado poucos leitos psiquiátricos de atenção integral em hospitais de emergência e hospital geral, na medida em que seu número não tem crescido muito além daqueles já instalados no início da década de 1990.

Na expectativa de chegar imediatamente ao nosso objetivo estratégico, ou seja, o CAPS III, reduzimos, congelamos ou deixamos sucatear nossa retaguarda de leitos de atenção integral mais convencionais até então existente. Em outras palavras, esta transição no processo gradual de reforma implica em um *gap* (vazio) assistencial na área da atenção à crise, que ocorre principalmente nas grandes regiões metropolitanas, mas que atinge também cidades de médio/pequeno porte, *gap* este que tem ampla visibilidade social e veiculação na mídia escrita e falada.

Este tema tem sido fortemente explorado pelo *lobby* da psiquiatria biomédica para criticar a reforma psiquiátrica brasileira. Isso aparece por exemplo na avaliação dos CAPS paulistas feita pelo CREMESP (*Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*), que analisou uma amostra de 36,9% dos 230 CAPS existentes no Estado na época. Segundo o estudo, “a maioria destes (54,2%) possui retaguarda regular para emergências psiquiátricas; enquanto 31,3% não possuem nenhum tipo de retaguarda e 14,5% contam apenas ocasionalmente com retaguarda para emergência psiquiátrica”.

Se aprofundarmos nosso olhar e levantarmos a questão do financiamento, há razões efetivas para preocupação. Em 2010, pudemos estimar, pela experiência de alguns municípios paulistas mais comprometidos, como São Bernardo, que um CAPS III razoavelmente aparelhado, mas sem supérfluos, custa no mínimo R\$ 120.000,00 por mês, e exige uma enorme vontade política de gestores e profissionais para lidar com os desafios e a complexidade de sua tarefa. Em Campinas, o custo mensal é ainda mais alto, estimado em R\$ 210.000,00. Além disso, **um dos maiores dilemas é manter o plantão de psiquiatria nas 24 h e 7 dias da semana, pelo custo ou pelas condições do mercado profissional.** Na maioria das cidades de médio/pequeno porte, o número de psiquiatras disponíveis já é baixo, ainda mais daqueles dispostos a trabalhar na atenção psicossocial, o que encarece ainda mais ou até mesmo inviabiliza o seu funcionamento como linha direta e principal para o atendimento da crise aguda, particularmente à noite e nos finais de semana. Por sua vez, nas grandes metrópoles, o número de CAPS III exigidos para uma cobertura adequada é elevado, e só algumas cidades com governos mais comprometidos politicamente, durante várias gestões, têm conseguido prover este nível de oferta de forma contínua. Assim, a rede acaba fazendo uso de alguns leitos psiquiátricos no hospital geral ou de emergência mais próximo ou, o que ainda é muito frequente, se recorre a hospitais psiquiátricos de agudos ainda remanescentes nas áreas de referência.

Em nosso sistema tripartite, o governo federal repassa um terço do custo do CAPS III, e os governos estaduais e municipais deveriam dividir o restante da conta. Na verdade, no quadro atual, poucos governos estaduais têm contribuído financeiramente para a manutenção direta de serviços de atenção psicossocial, e só municípios muito engajados politicamente conseguem conquistar o apoio financeiro de seus respectivos estados, ou são mais ricos e conseguem assumir sozinhos os dois terços do custo dos serviços. Lembramos que ainda convivemos com um problema político estrutural de financiamento do SUS, que o governo Lula tem jogado para debaixo do tapete. Em outras palavras, **no presente quadro político e econômico, tanto do governo federal em curso e do quadro mais geral da conjuntura internacional de hegemonia neoliberal, como vimos acima, quanto da maioria dos governos estaduais e municipais, a expansão necessária de serviços de atenção integral à crise mais efetivamente substitutivos do hospital apresenta impasses estruturais.**

Na **Itália neoliberal de Berlusconi**, os depoimentos a que tivemos acesso apontam no sentido de que o recurso mais frequentemente encontrado para lidar com o **sucateamento dos serviços substitutivos** vem sendo fazer uso prolongado e massivo dos leitos psiquiátricos em hospital geral, com algumas características similares aos antigos hospitais psiquiátricos. Isso claramente perverte o que, no modelo da reforma, seria apenas um dispositivo muito temporário e pontual de admissão, com rápido reenvio do usuário ao serviço de atenção psicossocial aberto, na sua área de referência de moradia e vida.

O que fazer neste quadro? A meu ver, há uma série de perguntas que deveríamos tentar responder:

- que estímulos e dispositivos podemos utilizar para estimular e aumentar a capacidade dos CAPS II existentes de acolher a crise?
- que medidas realistas de caráter político, normativo e de suporte financeiro podem ser pensadas para estimular o crescimento do número dos CAPS III e sua capacidade de atender a crise nas 24 horas do dia e nos fins de semana?
- como podemos comprometer de forma mais clara os governos estaduais no financiamento direto de serviços substitutivos?
- contudo, seria possível ignorar as limitações estruturais e conjunturais indicadas e manter apenas a expectativa de que os CAPS III se espalhem por todo o país?
- **que estratégias de transição podemos traçar no curto e médio prazo, tanto no nível macro, com também para cada estado e município, para cobrir o *gap* assistencial indicado, em relação aos leitos de atenção integral?**
- há medidas arquitetônicas, de regulação, de monitoramento e de integração com a rede de atenção psicossocial capazes de tornar os leitos em hospital de emergência ou hospital geral menos iatrogênicos, ou eles já estariam condenados de antemão no modelo da reforma que queremos?

2.5) Uma área não tão urgente, mas também preocupante no médio prazo: o suporte aos familiares e a suas demandas específicas

No âmbito privado, o peso cotidiano do cuidado ao portador de transtorno tende a recair nos familiares, e particularmente nas mulheres, que muitas vezes sacrificam seus projetos de vida e seu tempo diário para a produção do cuidado, com fortes implicações financeiras e psicológicas para elas e demais cuidadores, em um fenômeno que geralmente não tem visibilidade social. Este quadro se torna mais dramático tendo em vista as **atuais transformações na estrutura da família**, já indicadas acima, e dos papéis de gênero, com as mulheres participando do mercado formal de trabalho, sem a devida contrapartida dos homens assumirem as tarefas domésticas na mesma proporção. Isso sem dúvida alguma diminui estruturalmente a disponibilidade do cuidado social existente, capaz de sustentar o devido acolhimento e apoio a pessoas com alguma forma de dependência, no âmbito domiciliar e comunitário.

Neste contexto, na experiência internacional, os processos de reforma psiquiátrica tendem a encontrar sempre algum nível de oposição por parte de algumas organizações de familiares, no sentido de que a desinstitucionalização induziria necessariamente à privatização e ao aumento do peso do cuidado sobre os familiares e demais cuidadores. Entretanto, o volume desta oposição e a capacidade de apropriação e articulação política deste fenômeno dependem de vários fatores. Um dos aspectos centrais é a **capacidade do processo de reforma oferecer suporte real para o cuidado direto e para lidar com o peso do cuidado, de gerar oportunidades para os familiares participarem dos serviços e do projeto terapêutico de seus filhos e para se organizarem, gerando relações de aliança com o serviço e os profissionais**. Além disso, o processo também depende da abordagem profissional, pois frequentemente os familiares são confrontados com visões que os culpabilizam pelo transtorno ou que

apenas descarregam a responsabilidade pelo cuidado em suas costas. E mais, as pesquisas e os projetos que estamos desenvolvendo no Projeto Transversões, no Rio de Janeiro, indicam que os familiares precisam de ambientes muito sensíveis e que estimulem a cumplicidade entre eles, para que possam se abrir e falar mais abertamente de seus problemas.

E para se contrapor a nossas atividades neste campo, estamos assistindo a um **trabalho ativo de entidades representativas dos médicos e psiquiatras, bem como da própria indústria farmacêutica, no sentido de financiar e cooptar associações de usuários e familiares do campo da saúde e saúde mental, para que sirvam de correia de transmissão de seus interesses**. Isso se dá hoje no Brasil por meio de **patrocínio direto** a estas associações, como também pela **abertura de editais para financiamento de seus projetos**.

Por exemplo, um estudo da ONG norte-americana *Essential Action*, dedicada à saúde pública, resenhado pela Folha de São Paulo (18/05/08), indica que até então pelo menos **nove entidades brasileiras de defesa dos direitos de usuários da saúde (hemofílicos, diabéticos e usuários com câncer e hepatite) são financiadas por fabricantes de remédios**. As entidades passam então a defender os interesses do setor farmacêutico, realizando campanhas pela proteção de patentes de remédios ou contra os genéricos, pela compra estatal de remédios caros ou estimulando usuários a entrar na justiça para adquirir medicamentos novos e muito caros. Isso vem estimulando, por exemplo, que estas associações passem a apoiar a reivindicação de fármacos caros ainda não disponíveis nos serviços públicos, ou para estimular os familiares a entrarem na justiça por sua obtenção.

Em 2009, tivemos conhecimento de que uma grande indústria farmacêutica brasileira produtora de psicofármacos lançou um edital pra financiamento a fundo perdido de projetos específicos de associações de usuários e familiares.

Não temos ainda um quadro preciso desta realidade no país, mas a parca literatura produzida sobre o assunto indica um **baixo reconhecimento do problema** e um **baixo volume de iniciativas efetivas neste campo por parte de nossa rede de saúde mental**. A **fragilidade da maioria das atuais associações de usuários e familiares no Brasil**, mostrada em pesquisa já publicada sobre o tema, indica um nível muito baixo de protagonismo pelos serviços de atenção psicossocial e pelos atores sociais mais relevantes nesta área. Esse quadro abre um espaço de fragilidade política que é muito facilmente aproveitado por algumas associações de familiares já tomadas por posturas conservadoras e apoiadas pela psiquiatria biomédica, em sua campanha contra a reforma psiquiátrica.

De meu ponto de vista, **as demandas dos familiares precisam ser reconhecidas e valorizadas pelo campo da reforma psiquiátrica**, e é de fundamental importância investir maciçamente em metodologias e abordagens de assistência em saúde mental adequadas para eles, em suporte e empoderamento dos familiares cuidadores, em iniciativas de educação popular, de defesa dos direitos, de suporte a projetos das associações, de inclusão digital destas associações e a seus projetos etc. Assim, os serviços e programas podem oferecer suporte real para o cuidado direto e para lidar com o peso do cuidado, novas oportunidades para os familiares participarem dos serviços, do projeto terapêutico de seus filhos e se organizarem, gerando relações de aliança com o serviço e os profissionais.

Além de aumentar a nossa cobertura a necessidades efetivas e reais no campo da saúde mental, estas iniciativas tendem, gradualmente e no médio prazo, também a diminuir a pressão política sobre a reforma psiquiátrica na opinião pública e na mídia, ao esvaziarem pouco a pouco as denúncias de desassistência, ou de que ela estaria privatizando e aumentando o peso do cuidado sobre os familiares e cuidadores.

3) Desafios no nível interno ao movimento antimanicomial e às iniciativas da rede de saúde mental

3.1) O quadro atual da organização de usuários e familiares no Brasil hoje

Há uma considerável escassez de pesquisas mais abrangentes a respeito da organização dos usuários e familiares em saúde mental no Brasil. Certamente temos algumas dissertações, teses e artigos científicos acerca do movimento antimanicomial como um todo, estudos sobre projetos e iniciativas locais de usuários e familiares, trabalhos de coleta de depoimentos e narrativas pessoais de lideranças, ou ainda estudos de políticas municipais nas quais há inserção de algumas destas organizações. Contudo, uma tentativa recente de investigar e traçar o perfil, a tipologia das formas de organização dos usuários e familiares no país e sua comparação internacional (Vasconcelos, 2008), mostrou não só a inexistência de estudos abrangentes, como também a enorme dificuldade de coleta de dados em associações e projetos de caráter muito local, e cuja estrutura organizativa se mostrou muito informal, frágil ou volátil.

Entre os vários achados desta pesquisa, realizada entre 2004 e 2007, se destacou o seguinte **perfil mais comum:**

Associação mista (usuários, familiares, e técnicos), fundada depois de 1992, criada a partir de e ligada a um CAPS, fortemente dependentes dele e de seus profissionais, com um funcionamento central baseado em plantão ou atendimento regular por técnico do CAPS e membro da associação, muitas vezes um militante do movimento antimanicomial ou de reforma psiquiátrica, com uma reunião quinzenal ou mensal, cobrando uma contribuição financeira quase simbólica (2 a 5 reais), apoiando a reforma psiquiátrica, expressando sua missão em termos da defesa dos direitos do usuário e familiar, e desenvolvendo pelo menos alguma oficina, projeto ou atividade de trabalho e geração de renda.

Há vários outros tipos de associações, e em alguns casos com uma estrutura organizativa e consciência política mais avançada, mas o perfil descrito acima corresponde à maioria absoluta das associações existentes. Além disto, é preciso lembrar também que o número de CAPS no país que possuem uma associação de usuários e familiares constitui uma fração muito pequena do total geral destes serviços. **Hoje, em abril de 2011, temos mais de 1620 CAPS no Brasil, e o cadastro de associações criado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental em 2009 recebeu apenas cerca de 108 inscrições.**

Em tese, este perfil se coaduna com países cuja cultura é ainda hegemonicamente patrimonialista e hierárquica, ou seja, que estimula a dependência econômica, política e até mesmo pessoal às lideranças e autoridades sociais. Há que considerar também que a maioria absoluta dos usuários dos serviços de atenção psicossocial é oriunda dos setores mais empobrecidos, com menor nível de escolaridade formal, com pouco acesso a bens e serviços culturais, e com poucos recursos para pagar até mesmo o transporte público para a presença regular nos serviços ou em atividades organizativas. Assim, no campo da saúde mental brasileiro, as iniciativas são geralmente induzidas por profissionais a partir das discussões e da cultura política gerada dentro dos movimentos de reforma psiquiátrica e antimanicomial.

Os resultados da pesquisa permitem então concluir que atualmente **um dos problemas principais das associações de usuários e familiares e do próprio movimento antimanicomial está em suas bases de sustentação econômica, organizacional e política.** Uma fonte clássica e eventual de recursos para as atividades são as coordenações de saúde mental municipais, estaduais e nacional comprometidas com a reforma. Entretanto, como sabemos, para qualquer movimento social popular, a dependência contínua e regular em relação aos governos e ao Estado é conseqüentemente problemática. Outra estratégia tem sido utilizar as organizações corporativas dos profissionais, o que pode até mesmo constituir um avanço político para as suas respectivas categorias. Contudo, do ponto de vista do movimento, pode também apresentar vários riscos, particularmente se for centralizada em apenas poucas categorias profissionais. Isso gera dependência em relação aos recursos de seus aparelhos

institucionais, centralização política nos principais detentores de cargos e lideranças, descolamento das bases do movimento e continuidade da concentração do poder nas mãos dos profissionais.

Neste contexto, podemos ter casos de lideranças extremamente capazes e que se politizaram no processo, mas a tendência é de se autonomizarem do cotidiano das associações de usuários e familiares, passando à militância social e política mais ampla nos conselhos de políticas sociais e de saúde, ou na própria militância antimanicomial. Entretanto, estas lideranças não têm mais tempo, recursos ou paciência de acompanhar o processo na base, deixando a associação com os padrões organizacionais de fragilidade indicadas acima. Além disso, o engajamento e a participação política nas esferas institucionais apresentam enormes desafios em termos de conflito, competição, ritmo de militância e cooptação política, em certas fases incompatíveis com os limites existenciais e psíquicos de usuários e familiares da saúde mental. Por isto, mesmo para estas lideranças mais avançadas, é necessário pensar espaços de acolhimento e elaboração na retaguarda, junto a seus pares, para que possam se recuperar e retomar mais tarde a militância política. Assim, ainda que as atividades públicas regulares em torno do 18 de maio, ou os eventuais momentos de mobilização razoavelmente fortes, possam dar uma primeira impressão de força, a fragilidade organizacional nas bases do movimento de usuários e familiares se mantém.

É fundamental lembrar que **esta fragilidade também aumenta o risco de sua apropriação por atores políticos contrários a nossa estratégia de desinstitucionalização**. Já tivemos no passado o exemplo de uma associação de familiares de alcance nacional (AFDM) que foi financiada pela Federação de Hospitais Psiquiátricos, e que fez aberta campanha contra nossas propostas. A perspectiva dos familiares é bastante sensível a este tipo de apropriação, e a fragilidade organizacional e financeira das associações aumenta ainda mais este risco. Lembramos acima também a atuação da indústria farmacêutica no financiamento de associações de usuários e familiares.

A nosso ver, reconhecer a fragilidade da organização e a ambiguidade política do segmento dos familiares no contexto da reforma psiquiátrica, não implica em ignorá-los como atores políticos ou desconhecer suas necessidades específicas. **Processos de reforma que não fazem este reconhecimento e não provêm o devido suporte aos familiares podem gerar privatização do cuidado e desassistência**, em um contexto de limitações cada vez maiores para sua produção no âmbito da família, dada a sua fragmentação atual, a participação das mulheres no mercado de trabalho e a ainda forte resistência dos homens em também se responsabilizar por ele, processos estes que têm pouca visibilidade social. Em outras palavras, **o tema do cuidado na família está intrinsecamente ligado às lutas femininas, contra as formas mais sutis de opressão de gênero!** Assim, sem a devida atenção aos familiares na rede de saúde mental, estes ficam cada vez mais disponíveis para serem capturados por posturas e forças políticas contrárias à reforma psiquiátrica (Rosa, 2009).

É importante relembrar que **esta análise não é consensual entre as duas alas do movimento antimanicomial, e tem constituído uma preocupação maior entre as lideranças do MNLA**. Estas têm enfatizado que, neste contexto, torna-se fundamental para a continuidade da luta pela reforma psiquiátrica tentar investir diretamente no fortalecimento da organização dos usuários e familiares pela base no país. Na seção seguinte, passaremos ao exame das reivindicações e propostas pelo movimento como um todo, tanto para a política de saúde mental em geral, como para o seu fortalecimento organizacional em suas bases, para poder enfrentar a fragilidade identificada acima.

3.2) As principais reivindicações e propostas do movimento de usuários e familiares no Brasil recente

3.2.1) Reivindicações gerais em relação à política de saúde mental mais ampla no país:

O movimento de usuários e familiares e as duas principais tendências do movimento antimanicomial (MNLA e RENILA) vêm regularmente produzindo documentos e encaminhando reivindicações às agências pelas políticas de saúde mental nas três esferas de governo. No ano de 2009, se destacaram três iniciativas principais neste campo:

- A *Marcha dos Usuários*, convocada originalmente pela RENILA, que aconteceu em Brasília em setembro de 2009, com participação aproximada de mais de 2.300 pessoas de todo o país, formalizando junto a diferentes órgãos do governo uma pauta importante de reivindicações e propostas, documentada em publicação recente (CFP e RENILA, 2010). Este foi sem dúvida alguma o principal evento político no ano de 2009 neste campo, levando à conquista final da realização da IV CNSM-I;
- A realização do *VII Encontro Nacional de Usuários e Familiares do MNLA*, que aconteceu em São Bernardo do Campo, em 2009, que produziu um relatório final (MNLA, 2009a);
- A realização do *IX Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial*, também em São Bernardo, em 2009, que também produziu um relatório final (MNLA, 2009b).

Embora o documento da Marcha dos Usuários constitua a pauta mais abrangente e sistemática entre as 3 fontes, podemos dizer que há uma **forte confluência entre os dois movimentos** em relação ao perfil das propostas mais gerais para a política de saúde mental no país. Os principais eixos de reivindicações são:

- *Efetivação imediata da rede substitutiva de atenção em saúde mental*: aqui, a ênfase principal está na ampliação do número de CAPS III e CAPS III ad, pela sua capacidade de lidar com crises e urgências, mas também são indicados os serviços residenciais e demais serviços de saúde mental;
- *Ampliação dos projetos de trabalho e renda*, cursos profissionalizantes; iniciativas de empreendedorismo, cooperativismo e economia solidária; bolsa-trabalho; trabalho protegido, etc;
- *Ampliação do Programa de Volta para Casa*, com revisão dos mecanismos de inclusão, dos valores da bolsa e de suas formas de financiamento;
- Regulamentação e financiamento próprio para os *Centros de Convivência*;
- *Não financiamento de ECT e outras intervenções invasivas pelo SUS*.
- *Garantia de provisão regular e adequada de medicação psiquiátrica pelo SUS* a todos os usuários de serviços e pessoas com transtorno mental;
- *Transporte coletivo gratuito* para as pessoas com transtorno mental;
- Criação de *comissões de saúde mental em todos os conselhos estaduais e municipais de saúde*, conforme a Lei 8.142, que garante o controle social pela participação da sociedade civil.
- Ação conjunta da Secretaria Especial de Direitos Humanos e Poder Judiciário para *revisão das interdições judiciais de pessoas com transtorno mental*;
- Abertura de *projetos e serviços gratuitos de defesa dos direitos dos usuários e familiares*, com equipes interdisciplinares e particularmente com assistência jurídica especializada no campo da saúde mental;
- *Aceleração dos processos de desinstitucionalização de hospitais de longa permanência*, com medidas imediatas para coibir ações degradantes e maus tratos;
- Promoção de *eventos e ações para garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental no sistema prisional*, visando também a revisão de toda a legislação penal neste campo;
- Implantação de política conjunta com o Ministério da Cultura para *iniciativas em arte e cultura para as pessoas com transtorno mental*, e particularmente com a participação das associações de usuários e familiares;
- *Revisão dos critérios e garantia do acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC)*, sem a exigência de curatela.

A discussão destas reivindicações e propostas dentro do movimento de usuários e familiares cumpre um papel importante de crescimento da consciência política, de preparar o movimento para o

exercício do controle social nos conselhos e conferências, bem como de mobilizar para as lutas concretas por sua conquista perante a sociedade e as várias instâncias do aparelho de Estado.

3.2.2) Reivindicações e propostas para o empoderamento e fortalecimento organizacional do movimento de usuários e familiares em suas bases

Tendo em vista o enfrentamento do quadro de fragilidade da organização de usuários e familiares no Brasil, há um conjunto de propostas e reivindicações que vem sendo levantado nos últimos anos. Como vimos anteriormente, neste campo não há consenso entre as duas alas do movimento antimanicomial. Este foco particular sobre estratégias adequadas de empoderamento e fortalecimento da organização nas bases do movimento de usuários e familiares constitui uma preocupação mais específica do MNLA, pelo menos ao se considerar os documentos e a literatura a que tivemos acesso. Neste campo, as principais propostas são:

- Ampliação e fortalecimento do *Cadastro Nacional de Associações de Usuários e Familiares em Saúde Mental*, de acesso público, para facilitar o intercâmbio dentro do movimento, e como porta de entrada para uma política de apoio sistemático a estas associações, por todos os atores do campo da saúde mental, incluindo as propostas indicadas a seguir;
- *Programa de inclusão digital para usuários e familiares nos CAPS e para suas associações*, com provisão de um computador completo em cada CAPS com acesso gratuito à internet e a cursos de informática, e estímulo ao uso de articulações via tele-conferências, grupos de discussão, e-mails etc.;
- *Programa de estímulo à pesquisas* sobre a realidade do movimento de usuários e familiares;
- Criação de editais e *fundos públicos para financiamento de pequenos projetos autônomos de associações de usuários e familiares*, com seleção pública para os projetos mais consistentes, e premiação periódica para os melhores projetos executados;
- *Política ativa de comunicação regular, de divulgação e apoio estratégico às ações e projetos desenvolvidos pelas associações*, por todos os atores do campo, bem como de estímulo à criação de novas associações:
- Criação de *equipes específicas para produção de material de educação popular* (cartilhas, vídeos, filmes, revistas, etc) no campo da saúde mental;
- Implantação de *grupos de ajuda e suporte mútuos* facilitados por lideranças de usuários em processos mais avançados de recuperação e de familiares com mais experiência, de forma separada para ajuda mútua e conjunta no suporte mútuo (Vasconcelos et al, 2010), com *esquemas de trabalho remunerado de “oficineiro em saúde mental”*, com capacitação e supervisão específica, para atuar principalmente na comunidade e na rede de atenção básica em saúde;
- Experimentação e implantação de *dispositivos variados de apoio a familiares na rede*, de forma orgânica com as associações de usuários e familiares;
- Experimentação e difusão de *metodologias de gestão autônoma da medicação psiquiátrica para usuários*, com base em experiência bem sucedida realizada no Canadá, no sentido de os capacitarem para identificar melhor os seus efeitos desejáveis e indesejáveis, para discuti-los nas consultas com os psiquiatras, melhorando o monitoramento da medicação e seus efeitos colaterais;
- Promoção de *cursos de capacitação de conselheiros em saúde e saúde mental*, incluindo itens de *educação e formação política*;
- Criação e implementação gradual na rede de saúde mental do *“Plano de Crise”*, pelo qual o usuário estabelece as diretrizes e medidas necessárias para o seu cuidado em períodos de crise aguda, conforme a experiência internacional já consolidada em países como Holanda, Inglaterra, Estados Unidos, etc;
- Abertura de *ouvidorias em saúde mental*, nas áreas programáticas e serviços mais complexos, para escuta de demandas e defesa dos direitos de usuários e familiares, com encaminhamentos monitorados

pelas associações de usuários e familiares, pelas assembleias de usuários dentro dos serviços de atenção psicossocial e pelos conselhos distritais de saúde.

Propostas inovadoras como estas não são reivindicações que se fazem ao Estado para que sejam implementadas automaticamente por ele, como a maioria daquelas listadas na seção anterior, que têm formatos já razoavelmente consolidados no país, a partir das primeiras experiências iniciadas na década de 1980. Ao contrário, várias das propostas acima têm inspiração em projetos bem sucedidos em outros países, outras nascem de projetos mais isolados em locais específicos do país, e requerem ser mais bem conhecidas, experimentadas e adaptadas para o contexto brasileiro como um todo, com formas de fomento e avaliação orgânicas aos projetos-piloto. Um bom exemplo de uma área da saúde coletiva que se desenvolve desta forma no Brasil é a da *Educação Popular e Saúde*. Além disso, a história da organização popular no Brasil e nos países periféricos mostra que entre os fatores primordiais para que os movimentos sociais de base se mantenham ativos, estão o intercâmbio nacional e o internacional, bem como o fomento efetivo à experimentação para projetos inovadores em todo o país, com forte participação popular.

Assim, as propostas indicadas acima precisam ser mais bem conhecidas, financiadas e experimentadas em projetos-piloto, avaliadas e legitimadas, para garantir as estratégias mais adequadas à realidade brasileira, e para assegurar a efetiva participação, empoderamento e autonomização de usuários e familiares. À medida que forem sendo testados, poderão ser difundidos com mais segurança, em decisões formais na esfera do controle social e da gestão do programas de saúde mental. Esta lógica levou à reivindicação por parte do MNLA de um grupo de trabalho junto ao Ministério da Saúde em 2008/2009, e que agora acreditamos ser necessário garantir e ampliar a sua institucionalidade, na seguinte proposta adicional:

- *Oficialização do Grupo de Trabalho de Demandas de Usuários e Familiares*, com representação plural de todas as tendências do movimento de usuários e familiares, **como uma instância particular da CISM** (Comissão Intersetorial de Saúde Mental) do Conselho Nacional de Saúde, como uma instância de debate e amadurecimento das propostas como as listadas acima, para mais tarde poderem encaminhadas com mais segurança aos conselhos de controle social e às coordenações executivas da área nas três esferas de governo, como política para todo o país.

3.2) Pluralismo político e relação entre tendências políticas dentro do movimento antimanicomial

Até 2001, tivemos um movimento antimanicomial razoavelmente unificado, com diferenças internas, mas que não se expressavam em tendências separadas. Naquele ano, houve uma divisão importante, que gerou pelo menos duas tendências mais importantes, a Rede Internúcleos e o Movimento da Luta Antimanicomial. Em tese, a existência de tendências é salutar, pois pluraliza, força o debate entre diferentes posições, aumenta a diversidade de pontos de vista, e isso pode efetivamente contribuir para o fortalecimento de um movimento social como um todo. Neste processo, emergem diferentes formas:

- de analisar a conjuntura política e de conceber a estratégia, a tática e as ações políticas prioritárias e concretas;
- de se avaliar e de se relacionar com os governos existentes e particularmente com as coordenações de saúde mental nos vários níveis do Estado;
- de mobilizar recursos para fazer política;
- de entrar em organizações da sociedade civil, dos profissionais e dos trabalhadores que possam dar suporte à luta;

- de organizar internamente as forças e atores dentro de cada uma das tendências, com maior ou menor centralização diretiva, e verticalidade ou horizontalidade;
- de realizar o debate e criticar as demais forças e tendências no movimento, bem como as forças de oposição.

Assim, **o pluralismo interno, em tese, pode efetivamente potencializar as forças de um movimento social, mas dependendo da forma como esse debate interno é realizado, pode também enfraquecê-lo.** Em qualquer movimento social, isso pode acontecer, em tese, quando:

- uma ou um conjunto separado destas forças passa a não reconhecer as demais, se colocando como a única ou a que deve prevalecer sempre, em quaisquer circunstâncias;
- uma ou mais forças não reconhecem o direito à representação das demais tendências nos órgãos de controle social e nos eventos comuns do campo;
- uma ou mais tendências não são capazes de realizar atividades comuns (unidade na ação), quando isso é necessário, particularmente nos momentos de mobilizar todas as forças para se contrapor aos opositores do movimento ou de ocupar o espaço político aberto para o conjunto do movimento nas demais instâncias de poder, etc;

Atitudes como estas, em qualquer movimento social, geram competição política exacerbada, desconfiança, mal-estar, perda de energia psíquica e política que deveria ser dirigida para os objetivos mais amplos do movimento, desarticulação política nas ações comuns, e acabam não só enfraquecendo o movimento como um todo, como também oferecendo mais munição para os ataques das forças de oposição.

Considero que levantar este ponto constitui um convite para auto-reflexão, visando a construção de um pluralismo mais saudável. Parte do pressuposto de que todos somos capazes de colocar os objetivos comuns do movimento em um plano mais elevado, e avaliar internamente, individual e coletivamente, como estamos realizando hoje o debate interno entre as tendências, para que ele eventualmente não leve ao enfraquecimento do nosso movimento como um todo.

E finalmente, tenho expectativas de que as mudanças recentes na Coordenação de Saúde Mental no Ministério da Saúde constituam um campo e uma boa oportunidade de caminharmos nesta direção.

4) Considerações finais

Esperamos que este breve texto sirva de subsídio efetivo para a compreensão dos desafios atuais do movimento antimanicomial e do processo de reforma psiquiátrica no país, e, dentro deles, para a organização de usuários e familiares em saúde mental no país. Todo movimento social popular que visa intervir na realidade de seu país precisa reconhecer os enormes dilemas e desafios que temos no atual quadro econômico, social e político. A análise da conjuntura esboçada aqui não tem a pretensão de se colocar como guia de reflexão e práxis, mas como um estímulo à reflexão plural de nossos caminhos, no sentido de avançar nossa capacidade política de responder a estes desafios, e continuar o que é mais importante: as nossas lutas comuns pelo objetivo estratégico maior, de construir uma sociedade solidária, que fomenta e combine cuidado social com liberdade, sem manicômios.

Rio de Janeiro, maio de 2011

Eduardo Vasconcelos

Referências

As ideias principais colocadas aqui constam de textos já publicados, que foram atualizados e ampliados, reunidos no livro:

VASCONCELOS, EM (org) *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo, Hucitec, 2010.

As referências bibliográficas e de sites relevantes citados estão todas indicadas nesta obra.