

CONDIÇÕES HISTÓRICAS, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA UMA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Eduardo Mourão Vasconcelos ²³

1. Apresentação

- O sucesso dos processos de Reforma Psiquiátrica e de nossa clínica antimanicomial não dependem apenas de nossa vontade, mas de condições históricas concretas mais amplas que possibilitam a conquista dos direitos sociais e da cidadania para todos os explorados e oprimidos da sociedade, nos quais nossos usuários estão inseridos.

- É necessário avaliar constantemente estas condições históricas e suas implicações em nossa luta, na teoria e prática de nossa clínica e em nossa subjetividade militante, e buscar estratégias apropriadas de luta e organização política, de prática profissional, e adequadas às particularidades dos novos desafios que se apresentam.

- Este texto visa descrever as condições históricas que vem possibilitando avanços nos processos de Reforma Psiquiátrica; os desafios colocados pela conjuntura social e política recente no Brasil; e apontar estratégias para nossa luta antimanicomial em uma perspectiva temporal mais longa.

2. Visão comparativa das condições históricas que possibilitam maiores avanços no processo de Reforma Psiquiátrica

Os processos de Reforma Psiquiátrica foram estimulados pelas seguintes transformações históricas:

a) Contextos históricos de guerra: ênfase na solidariedade nacional e investimento na reabilitação de soldados e/ou civis com problemas associados à guerra. Ex.: comunidades terapêuticas nos EUA e Inglaterra durante e após a II Guerra.

b) Conjunturas históricas de escassez de força de trabalho, pleno emprego e revalorização do trabalho humano: estímulo ao investimento na reabilitação de grupos populacionais considerados como improdutivos. O processo inverso também foi constatado: altas taxas de desemprego implicam menos oportunidades de reinserção social através do trabalho e desvalorização da força de trabalho excedente.

²³Psicólogo, cientista político, professor da UFRJ

c) Processos de transição demográfica, com aumento da população idosa, transformação das estruturas familiares convencionais, aumento do número de famílias monoparentais e de pessoas sozinhas; ocupação do mercado formal de trabalho pela mulher; crescente individualização. Esses fatores, quando encontram políticas sociais adequadas, forçam a ampliação de serviços sociais substitutivos ou de suporte ao cuidado informal prestado pela família e pelas mulheres no âmbito doméstico.

d) Conjunturas políticas de democratização, de processos revolucionários ou de emergência e mobilização de movimentos sociais populares: geram processos de afirmação dos direitos civis e políticos, de crítica das instituições totais e estimulam a formação de movimentos sociais diretamente no campo da Saúde Mental.

e) O desenvolvimento de sistemas massivos de bem estar social e/ou contextos de afirmação dos direitos sociais e da cidadania: ampliação de programas e seguros sociais para os grupos populacionais dependentes vivendo na sociedade, criando as condições para um melhor suporte à desinstitucionalização e o apoio dos usuários da Saúde Mental na comunidade. O contrário também é verdadeiro: a crise das políticas sociais dificulta a provisão do cuidado social e os processos de desinstitucionalização.

f) Reconhecimento do anacronismo das instituições totais e asilares para portadores de doenças contagiosas (ex: tuberculose e hanseníase) do ponto de vista médico, bem como desenvolvimento de uma crítica sistemática das instituições totais, particularmente nos casos de deficientes e portadores de transtorno mental, na virada das décadas de 50-60 (Barton, Goffman, Foucault, Sartre, etc).

g) Políticas neo-liberais de desinvestimento em políticas sociais podem induzir a processos de desospitalização, como medida de economia estatal, mas sem garantia de assistência na comunidade, provocando negligência social e aumento da população de rua, incluindo portadores de transtorno mental. Além disso, como indicado anteriormente, políticas neoliberais provocam o sucateamento do conjunto das políticas sociais (em saúde, assistência social, previdência, educação, habitação, trabalho, etc) que sustentam diretamente o processo de desinstitucionalização e a inserção social ativa e autônoma dos usuários da Saúde Mental.

h) Mudanças nas ciências e profissões no campo das ciências humanas e em psiquiatria: crítica da psiquiatria convencional, de seus modelos de conhecimento e do excessivo poder dos profissionais, gerando estratégias de modernização e/ou humanização por parte de setores tradicionais da corporação médica para responder a estas críticas.

i) O desenvolvimento de terapêuticas psicofarmacológicas: a partir do final dos anos 50, os neurolépticos possibilitaram um melhor controle dos sintomas mais disruptivos e o tratamento em ambientes menos coercitivos e menos isolados.

3. As características dos países da periferia capitalista, a conjuntura neoliberal e suas implicações gerais nos processos de reforma psiquiátrica

3.1) Características estruturais dos países periféricos:

- a) perfil de acentuada desigualdade social, com grande proporção da população vivendo na pobreza;
- b) setor de serviços inchado, com grande parte da força de trabalho na informalidade;
- c) políticas sociais não universais, ou com processos de universalização com baixa cobertura e qualidade;
- d) provisão de suporte e cuidado social prestado principalmente pela família, e dentro delas, pelas mulheres.

3.2) As consequências da conjuntura neoliberal recente:

- a) aprofundamento da desigualdade social e da pobreza;
- b) desinvestimento do Estado nas políticas sociais em geral, e de Saúde e Saúde Mental;
- c) massificação do desemprego e da precarização do trabalho, desestimulando a promessa de um futuro melhor pelo investimento na educação e pelo trabalho, particularmente entre os jovens;
- d) aceleração do processo de inclusão da mulher no mercado de trabalho, fragmentação das estruturas familiares convencionais, diminuição do cuidado aos membros dependentes e da presença real dos pais na criação dos filhos, sem a devida compensação por serviços educacionais e sociais públicos adequados, provocando o enfraquecimento da “função paterna” (de autoridade), a delinquência e a perda de referenciais éticos;
- e) crescimento da desfiliação social, da violência, do abuso de drogas, do narcotráfico e do crime organizado, e seus efeitos de aumento da incidência de quadros de estresse, ansiedade, fobias, neurose pós-traumáticas, ou mesmo de transtornos mentais mais graves.
- f) o conservadorismo e a crise ética do PT e do governo Lula representaram um duro golpe na esperança em toda a esquerda e nos sonhos da população de um governo mais sintonizado com os interesses populares.

3.3) Implicações para o processo de Reforma Psiquiátrica e para a luta antimanicomial:

- Se comparamos as condições históricas que favoreceram as reformas psiquiátricas, expostas

na primeira seção, e as características estruturais do capitalismo periférico e da conjuntura neoliberal que vivemos hoje, indicados nesta seção, o quadro que temos mostra uma série de dificuldades e riscos para o processo de reforma psiquiátrica brasileira.

- Este quadro desfavorável requer uma avaliação realista das dificuldades e desafios específicos, para a proposição, em nossa militância antimanicomial, das várias estratégias particulares adequadas para o seu enfrentamento.

4. Os desafios colocados pelo contexto e esboço de estratégias de enfrentamento em nossa luta antimanicomial

4.1) O fio da navalha entre a pressa revolucionária, as exigências éticas do cuidado e o risco de gerar ou não responder à desassistência:

a) no início da fase antimanicomial da Reforma, falava-se em “extinção” dos leitos manicomiais, depois aprendemos a lição e falamos em sua “substituição” por serviços de atenção psicossocial, como forma de garantir a continuidade dos recursos da Saúde Mental;

b) acho que aprendemos corretamente que as dificuldades históricas nos exigem paciência histórica, para aceitarmos uma gradualidade no processo, para podermos garantir a continuidade do cuidado na comunidade. Essa é uma marca ética muito positiva da Reforma Psiquiátrica brasileira.

c) os CAPS II não são inteiramente substitutivos e muitas vezes também sofrem sucateamento ou têm uma população de referência muito grande; por sua vez, os CAPS III, nosso ideal, exigem recursos bem mais complexos, nem sempre disponíveis, e portanto ainda são poucos no país. Constituem nossa prioridade, mas no atual quadro, principalmente nas grandes cidades, o risco de desassistência na atenção à crise é alto, e precisamos acertar o ritmo da redução de leitos especializados de curta duração ou aumentar a oferta de leitos em hospital geral. A desassistência aqui não é só ruim em si, mas também abre uma vulnerabilidade política enorme junto aos setores da psiquiatria convencional, às famílias e à sociedade, capitalizada por exemplo por associações do tipo AFDM.

d) Estas exigências requerem manter sob constante vigilância e avaliação as instituições asilares e hospitalares ainda existentes, denunciando os casos mais graves, por meio de várias estratégias, entre as quais o PNASH e a interpelação em nosso campo da luta pelos direitos humanos. Acho que temos realizado bem esta tarefa, e especialmente nesta última, temos de reconhecer o esforço do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Psicologia.

e) Em muitas regiões do Brasil, a inexistência anterior de instituições psiquiátricas provoca uma desassistência diferente: a população que vive nas ruas ou em cárcere privado, dentro das casas. Nestas áreas, a estratégia é mobilizar vontade política para a abertura dos CAPS e particularmente das estratégias de Saúde da Família.

f) Os tópicos acima ainda apontam para a importância do reconhecimento do desafio que representa o cuidado domiciliar no atual quadro de transformações por que passa a família e as mulheres no país, e a necessidade de estratégias adequadas de atenção à família em nossos serviços de atenção psicossocial.

4.2) O desafio da crise da Saúde Pública em vários estados e municípios:

a) Em vários locais do país, a rede de Saúde Pública vem sendo sucateada. Isto impõe sérios desafios em termos de:

- dificuldades na atenção clínica geral e de urgência de nossos usuários da Saúde Mental, muitas vezes impossibilitando a atenção a intercorrências clínicas graves e o cuidado contínuo em áreas sensíveis como clínica geral, cardiologia, ginecologia, gerontologia, etc. Já tivemos casos de lideranças de usuários muito conhecidas que faleceram por dificuldade de acesso a serviços médicos adequados e ágeis;

- desabastecimento de psicofármacos básicos, na rede pública, gerando novas crises ou sacrifícios enormes dos usuários para comprá-los no mercado privado;

- deterioração das condições de trabalho e precarização dos vínculos dos trabalhadores de Saúde, com forte impacto na atenção.

b) Muitas vezes, o desinvestimento, o sucateamento e a precarização do trabalho se dá diretamente na área da Saúde Mental.

c) Isto nos requer manter um forte investimento na luta sindical, na ocupação dos conselhos de saúde, nas alianças com parlamentares engajados na luta da saúde, com a imprensa e com gestores comprometidos, constituindo alianças regionais e em cada território.

d) Além disso, isso nos exige reforçar nosso trabalho de mobilização cultural, como no 18 de maio, como também nossas alianças com outros movimentos sociais mais ativos: o movimento estudantil, o movimento dos sem terra e dos sem teto, o movimento negro, de mulheres, etc.

4.3) A prioridade absoluta na substituição dos leitos hospitalares e dos recursos aí congelados, ou seja, a ênfase na clientela adulta com transtornos graves, e a exigência de reconhecimento da enorme dívida com outros grupos atualmente secundarizados:

- a clientela com transtornos mais leves, inclusive aqueles estimulados pela violência e miséria, o que implica investimento no PSF e em ambulatórios flexibilizados;

- as crianças e adolescentes, particularmente aqueles em situação de rua ou com problemas com a justiça;

- as pessoas com problemas de abuso de drogas;

- os idosos.

b) Cada um destes grupos exige estratégias e serviços específicos. Os CAPSi, os CAPSad e a integração da Saúde Mental no PSF requerem um investimento cada vez maior de nossa parte. Não conseguimos ainda esboçar uma abordagem mais sistemática para as necessidades em Saúde Mental dos idosos e para os ambulatorios, particularmente nas grandes cidades. Em todas estas frentes, precisamos ampliar o número de projetos-pilotos com efeito demonstrativo.

4.4) O desinvestimento neoliberal nas demais políticas sociais implica em dificuldades crescentes nos projetos intersectoriais:

a) Nossa estratégia vem sendo de produzir dentro da própria área de saúde mental os serviços e projetos de moradia, trabalho, cultura, etc.

b) Entretanto, nem sempre temos os recursos necessários, ou essa estratégia é impossível:
Ex.:

- transporte público;
- serviços de saúde;
- serviços de cartórios;
- benefício de prestação continuada;
- emprego formal;
- habitação, de forma incisiva.

Para estes casos, precisamos aumentar nosso investimento político nos contatos e no trabalho intersectorial.

4.5) A necessidade de luta por direitos sociais especiais para nossa clientela e as perdas no campo dos direitos civis, contra a discriminação:

a) Quando lutamos, por exemplo, pelo direito ao passe livre no transporte público para nossa clientela, temos de justificá-lo reafirmando a diferença colocada pelo transtorno, provocando perdas no campo da luta contra a segregação, de forma semelhante como ocorre no caso das cotas para negros.

b) Essa estratégia é inevitável em países como o nosso, mas podemos ter táticas de mascarar estas perdas ou compensá-las. Por ex., o critério para acesso ao direito não pode ser o diagnóstico psiquiátrico, mas o uso de serviços.

4.6) As mudanças na territorialização da exclusão social nas cidades e o paradoxo da reinserção social no quadro crescente de deterioração da vida societária, particularmente nas grandes metrópoles:

a) Antes, a miséria, a loucura e a doença crônica eram expulsas da cidade, nos asilos longes da malha urbana. Hoje, isso só ocorre em áreas turísticas, pois as ruas são o lugar aberto da desassistência e da violência. Assim, as instituições manicomiais ficaram efetivamente absoletas.

b) Esta nova lógica obrigou a reforçar as fronteiras do contato das elites com a exclusão: os muros e as cercas elétricas nas casas, os condomínios fechados, os shopping centers, os carros blindados, etc.

c) Isso nos coloca o desafio de repensar nossas estratégias de reinserção social: o mapeamento cuidadoso dos espaços e recursos sociais saudáveis na cidade, de sobrevivência da solidariedade e da cultura popular, priorizando aqueles que não sejam de natureza segregadora ou voltados para o artificialismo do consumo, como nos *shopping centers*.

4.7) Os desafios da organização autônoma do movimento de usuários e familiares:

a) A atual conjuntura tem provocado a desmobilização e maiores dificuldades para a organização da maioria dos movimentos sociais populares mais autônomos no país.

b) Dentro do movimento da luta antimanicomial, nós profissionais e gestores temos melhor acesso a meios e recursos organizativos, através das agências corporativas e do Estado.

c) Se a luta antimanicomial tem realmente como valor ético-político a autonomização crescente da organização dos usuários e familiares, temos o compromisso de buscar todos os meios para estimular e dar suporte financeiro e organizacional a suas associações, sem atrelá-las.

4.8) Os desafios da reorganização política da psiquiatria convencional no país:

a) as novas tecnologias farmacológicas, de diagnóstico por imagem, de mapeamento genético, etc, vem promovendo novas bases de legitimidade para a psiquiatria biológica.

b) Os principais grupos profissionais e acadêmicos desta forma de psiquiatria vem buscando reocupar os espaços políticos nas instituições acadêmicas e de fomento à pesquisa, com relativo sucesso.

c) O próximo alvo deles sem dúvida alguma é a própria Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, via negociações para a ocupação do Ministério pelo PMDB. Isso requer um esforço comum da várias linhas do movimento para a defesa da Reforma enquanto política de Estado já consolidada, de estratégias para mostrar a importância política da Coordenação e do Ministério na continuidade da Reforma, e buscar influir nas negociações referentes ao próprio Ministério no próximo governo.

4.9) Os desafios do sofrimento psíquico do trabalho em Saúde Mental:

a) os trabalhadores em saúde mental são atingidos diretamente pelo quadro de desemprego ou multiemprego por cada trabalhador, deterioração e precarização do trabalho, aumento da crise social, de confronto diário com o sofrimento, a miséria, a violência, e com as perdas no campo da ética e da solidariedade na sociedade.

b) Isso vem gerando um aumento da incidência e da gravidade dos quadros de estresse e da síndrome de esgotamento (Burnout), particularmente entre os trabalhadores da área social, saúde e educação.

c) Este quadro nos requer estratégias múltiplas de enfrentamento: aprofundamento da pesquisa, iniciativas de educação em saúde e de difusão de informação (particularmente dos sintomas, das estratégias de tratamento e de seu gerenciamento nos serviços), dispositivos de supervisão que levem em conta este desafio, etc.

5. Reflexões finais

5.1) Os desdobramentos políticos:

Os atuais tempos sombrios, que buscamos sistematizar nesta análise, implicam necessariamente em desânimo, em arrefecimento de nossa luta? Não é isso que estou sugerindo, mas sim:

a) o aprofundamento de nossa capacidade política de análise da conjuntura mais global e de identificação de seus vários desafios específicos e respectivas estratégias de enfrentamento;

b) a identificação precisa dos espaços políticos para avanços nos planos municipal, regional, estadual e mesmo em instâncias e agências específicas no plano nacional, já que em um sistema descentralizado de políticas sociais, cada nível da federação ou instância do Estado tem uma autonomia relativa. Por exemplo, há várias cidades ou regiões com políticas sociais e de saúde ainda razoavelmente preservadas, e aí é possível realizar mais avanços significativos.

c) uma ação mais integrada entre as várias linhas do movimento antimanicomial, em torno dos objetivos comuns de defesa da reforma psiquiátrica, buscando recriar canais de comunicação e de discussão de atividades e formas de luta que possam ser desenvolvidas com um mínimo de unidade de ação;

d) a busca de uma visão histórica em uma perspectiva de maior longo prazo, reconhecendo que a concretização mais efetiva de nossas utopias dependem de um contexto mais amplo, que no momento é desfavorável. A sabedoria política implica em reconhecer o possível em cada conjuntura, os momentos de avanço ou de resistência, com conquistas menores, para sermos capazes de uma militância ao longo de toda a nossa vida.

e) a produção de experiências piloto bem sucedidas: em contextos como limitações estruturais como o atual, se não podemos ter a pretensão de universalizar para todos um cuidado de qualidade, podemos produzir e buscar sistematizar experiências piloto bem sucedidas, dirigidas para as diversas temáticas e grupos da clientela, que têm um grande valor demonstrativo. Assim, quando as condições mais gerais melhorarem, já teremos know-how acumulado e legitimidade para a sua expansão e difusão massiva.

5.2) Os desdobramentos no plano pessoal:

Tendo em vista assegurar a esperança e a nossa luta no longo prazo, penso que é necessário aprofundar o conhecimento e interpelação das raízes de nossas fontes éticas, políticas e subjetivas de nosso engajamento: as nossas motivações político-ideológicas; e/ou religiosas ou espirituais, e/ou subjetivas (nossas experiências pessoais de individuação e a busca para que outros possam vivenciá-las), e/ou a nossa compaixão básica pelos seres humanos, etc.

Além disso, creio ser fundamental estimular formas de subjetivação que expressem as forças profundas a serem mobilizadas nestes momentos mais difíceis. Cada um deve buscar a sua forma, mas eu gostaria de propor imagens mitológicas. Os mitos são relatos ou imagens metafóricas e polissêmicas, como se fossem sonhos coletivos, que constituem uma fonte inesgotável de sabedoria e de mensagens profundas.

As imagens que gostaria de propor são a de Dédalo e Ícaro, e o que os gregos chamavam de *hybris* (descomedimento, perda da noção de limites) dos heróis, representando duas formas diferentes deles lidarem com a adversidade. Apesar de ser uma estória conhecida, vale a pena lembrá-la.

Dédalo era um artesão talentoso, e construiu o labirinto, onde morava o Minotauro. Após a derrota do Minotauro por Teseu, o rei Midas, como punição, aprisionou ele e o filho, Ícaro, um rapaz cheio de força e juventude, em uma ilha isolada. Dédalo descobre que nesta ilha tinha a sua disposição penas de aves marinhas e cera de abelha, e propõe construir asas colando com cera as penas nos braços. No entanto, adverte seu filho de que seria necessário voar baixo, perto da linha da água, onde a temperatura é mais baixa, para não provocar o derretimento da cera e a soltura das penas, tendo em vista a longa distância que teriam que percorrer.

Os dois partem, e Ícaro, inebriado pelo poder de voar, se aventura cada vez mais alto, provocando a perda das penas, sua queda no oceano e sua morte. Dédalo, em sua maturidade e experiência, consegue voar por todo o percurso, chegando ao continente.

Eu desejo a todos a força e a sabedoria para, nestes tempos sombrios, sabermos sustentar a nossa ética e a nossa luta em um vôo mais longo, no espaço e no tempo.

Muito obrigado!