



Patrícia Villas-Bôas

Psicóloga e Psicanalista, Mestre em Psicologia Social pela USP, Coordenadora da especialização "Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: clínica e política na transformação das práticas", do Instituto Sedes Sapientiae e lutadora antimanicomial de carteirinha. Atualmente, além do consultório particular e da docência no Sedes, atua como supervisora clínico-institucional em instituições abertas de saúde mental e no projeto de educação permanente em saúde mental para trabalhadores do município – REDESAMPA.



**A LUTA
ANTIMANICOMIAL E A
POLÍTICA PÚBLICA EM
SAÚDE MENTAL**

Por ocasião do lançamento da Revista Brasileira de Práticas Públicas e Psicopatologia – importante iniciativa a ser comemorada - ocorrido no dia 30 de maio de 2015, na II Roda Temática de Saúde Mental da FMU, tive o prazer de compor a mesa de abertura e trazer a discussão sobre a Luta Antimanicomial. Aos organizadores, meu agradecimento! Segue um pouco do que pudemos conversar naquele dia, acrescido de alguns dados recentes sobre a atenção em saúde mental em território nacional.

Maio é o mês da Luta Antimanicomial, um importante movimento social surgido no Brasil em meados dos anos 80, que tem como meta o fechamento dos manicômios e sua substituição por serviços de tratamento abertos, de base comunitária, no território de moradia do cidadão. Estas ideias têm afinidades importantes e surgiram no mesmo bojo dos movimentos pela redemocratização do país, bem como do movimento sanitário brasileiro, que deu origem ao SUS. A Constituição de 1988 garantiu uma série de direitos, duramente conquistados pelos movimentos sociais, como a volta do regime democrático e as eleições diretas. No campo da saúde, desde então contamos com um sistema de saúde público e universal, que é um direito do cidadão e um dever do estado. Apesar dos muitos desafios que o SUS ainda tem para seguir em sua implantação, que ainda não se completou em muitos lugares (a exemplo da cidade de São Paulo¹), é inegável que ele representa um grande avanço na garantia do direito à saúde para todos. Antes dele, apenas trabalhadores com carteira de trabalho registrada e seus dependentes tinham direito ao atendimento pelo INPS, precário e segregativo. A parcela mais vulnerável da população, quando precisava de atendimento em saúde, ficava à mercê das caridades. Sobre o SUS, é importante lembrar que foi inspirado em dois dos mais bem-sucedidos sistemas de saúde pública do mundo: da Suécia e da Inglaterra, adaptado às necessidades e características brasileiras.

Assistimos no mundo ocidental, depois da segunda guerra mundial, e do horror do holocausto, uma crescente organização na luta por direitos humanos. No Brasil, tivemos os porões da ditadura e os horrores do manicômio, que muito se assemelhavam a campos de concentração². A partir da constatação desta realidade, e ligados às grandes lutas da sociedade brasileira no fim dos anos setenta, grupos de trabalhadores começaram a se reunir para transformá-la. Alguns eventos foram bastante marcantes nesse processo, como o I Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1978, a vinda de Franco Basaglia (mentor da psiquiatria democrática italiana) e Erwing Goffmann (importante crítico das instituições totais) em 1979, e outros. O movimento foi ganhando adeptos e consistência teórica, além de experiências práticas inovadoras, inspiradas nas rupturas com a assistência psiquiátrica tradicional em outros países. Em 1987 é fundado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Ao mesmo tempo, no campo da assistência, tínhamos projetos transformadores: Santos, a primeira cidade sem manicômios no Brasil (de 1989 a 1997) e seus NAPS, o CAPS Itapeva, primeiro CAPS do país, e a rede de atenção em saúde mental, enfatizando pontos de atenção básica, na gestão da Luíza Erundina em São Paulo (1989-1993).

Estas experiências bem-sucedidas, no Brasil e fora dele, e outras que começaram a se desenvolver em todo o território nacional, com forte inspiração no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), bem como a organização e pressão popular do próprio movimento, foram criando as condições políticas para a reversão no modelo de assistência em saúde mental no país. Antes hospitalocêntrico, esse sistema, centrado na figura do médico e tendo como técnicas de tratamento, quase que exclusivamente, o encarceramento e a intervenção medicamentosa, gerava aumento de sofrimento, privação de liberdade, cronificação dos quadros psicopatológicos e incapacidade para a vida social.

Contra esse quadro, aprova-se no Congresso Nacional em outubro de 2001, depois de 11 anos em tramitação e muita pressão do MNLA, a Lei 10.216, que institui a reforma psiquiátrica como política pública de atenção à saúde mental no Brasil. Seus princípios são a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por modelos de atenção comunitária e de cuidado em liberdade, em parceria com a família e o território. Também garante uma série de direitos às pessoas com transtorno mental.

Há muito o que contar sobre a história do MNLA, ou sobre as experiências da Reforma Psiquiátrica Brasileira – mais do que comporta esse breve comunicado. Vejam que aqui diferencio propositalmente o que é o movimento social e o que é a política pública dele decorrente, pois apesar das muitas conquistas no campo da reforma, a assistência em saúde mental no Brasil está longe de atender a todas as reivindicações do MNLA. Ainda temos hoje mais de 25.000 leitos em 127 hospitais psiquiátricos. Só no estado de São Paulo, maior parque manicomial do país, são 52 hospitais e 9.000 leitos, aproximadamente. Metade dessa população é considerada moradora de hospital, ou seja, é vítima de internação de longa permanência (mais de dois anos), extremamente deletéria aos vínculos sociais. Mas não podemos esquecer que há 20 anos atrás eram quase 100.000 leitos, e 90% do dinheiro empregado no cuidado aos pacientes com transtorno mental ia para os donos dos hospitais. Hoje temos a inversão desse quadro de investimentos (quase 80% do gasto em atenção comunitária), e um aumento vertiginoso de serviços e equipes para o cuidado em liberdade: são mais de 5.400 equipes/serviços de atenção comunitária, entre CAPS, Nasf, consultórios na rua, leito em hospital geral, residências terapêuticas etc. Este dado não inclui ainda equipes em UBS tradicional nem Cecco's, o que certamente eleva este número para mais de 6.000 equipes ou serviços. Ou seja, existem muitos ganhos, mas também muito ainda por fazer e transformar, e por isso, a luta antimanicomial segue na sua busca pelo cuidado digno em saúde mental para a população brasileira.

Além da reversão do tipo de atenção e financiamento, hospitalocêntrico ou comunitário, é fundamental a transformação da cultura em relação às pessoas que demandam cuidados em saúde mental, e que cuidados serão estes a partir de uma mudança de paradigma no trato com a loucura. É preciso investigar em cada trabalhador e em cada cidadão, os preconceitos, construídos historicamente, em relação a essas pessoas. Os mais importantes e que exigem desconstrução imediata e constante são os de incapacidade e periculosidade. O primeiro porque retira autonomia e contratualidade do sujeito em relação a todos os aspectos de sua vida, inclusive o de poder decidir sobre o tratamento, e todos os outros atos da vida civil. O segundo porque justifica o enclausuramento, além de reforçar o medo dos ditos "normais" em relação aos ditos "loucos", que em nada ajuda a aproximar pessoas que, nas suas diferenças, sofrem psiquicamente (todos!).

Na minha trajetória de quase 20 anos na luta antimanicomial e na atenção pública em saúde mental, pude perceber que a mudança na cultura é mais lenta, mais difícil e mais importante que a reversão da política de atenção apenas. O que garante um cuidado libertário e passível de promover sujeitos desejantes e cidadãos é a postura de quem trata e da sociedade em geral. É preciso poder sustentar o direito do outro às suas escolhas, mesmo que muito diferentes e estranhas às nossas... e isso não se dá apenas entre "loucos" e "normais", certo? Isso é o que constitui a base de uma sociedade democrática. É preciso também entender que diferente não significa desigual, e que a desigualdade – econômica, racial, de gênero, de idade e tantas outras – gera mais sofrimento, e contra ela, de qualquer tipo, qualquer trabalhador que se diz antimanicomial deve lutar, primeiramente dentro de si.

Nessa linha, fui entendendo que análise pessoal (ou o cuidado de si que mais aprouver a cada um), supervisões e formação permanente são fundamentais para a reversão paradigmática no cuidado em saúde mental, no sentido de caminharmos na direção de uma sociedade sem manicômios – posto que estes podem ser invisíveis e reproduzirem-se em serviços abertos, por cada um de nós. A partir daí, de 8 anos para cá, dirijo minha militância antimanicomial ao campo da formação de trabalhadores, em diversos locais. A quantidade de trabalhadores nos serviços abertos de saúde mental cresce a cada ano – importante campo de trabalho - e é fundamental que essas e muitas outras experiências e reflexões sejam compartilhadas, que convoquemos cada um à pensar criticamente a prática e se formar para ela, para podermos seguir avançando com a reforma psiquiátrica.



Antes de encerrar, gostaria de alertar sobre duas importantes ameaças que estamos sofrendo neste campo, uma já instituída e outra no horizonte. As comunidades terapêuticas para tratamento de dependentes de álcool e drogas, são uma excrescência que, por força da bancada religiosa no congresso, forçou há aproximadamente três anos sua “entrada” na rede de atenção em saúde mental, com financiamento público pelo SUS. É um retrocesso de mais ou menos trezentos anos, quando o encarceramento, sem nenhum cuidado em saúde, se justificava para aqueles que causavam algum transtorno à sociedade. É urgente seguirmos fiscalizando e denunciando os abusos destes lugares, no sentido de revertermos essa derrota em nosso campo. Além disso, com a entrada do novo Ministro da Saúde, Marcelo Castro – aliado da bancada ruralista e da psiquiatria tradicional – a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), contrária à reforma psiquiátrica como política pública de atenção à saúde mental no Brasil, pediu a este para indicar uma nova coordenação nacional de saúde mental. Se isto acontecer, podemos perder muito, 30 anos de lutas e conquistas. Por estas e outras, urge não perdermos e registrarmos nossa história. Por tudo isso, amigos, a luta continua!

Saudações Antimanicomiais!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, no 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015

NOTAS

1 Durante quase oito anos a cidade de São Paulo esteve fora do SUS, inventando para si um outro Sistema de saúde baseado em cooperativas de médicos, o PAS, de 1995 a 2002. Este ato político, ligado às gestões de Paulo Maluf e Celso Pitta, não apenas paralisou o processo de implantação do SUS em São Paulo, como o fez retroceder, gerando um prejuízo enorme às políticas públicas de saúde na cidade e para a saúde da população.

*2 Alguns retratos impressionantes dos hospitais psiquiátricos brasileiros podem ser encontrados no livro *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex e no filme *Os porões da Loucura*, de Helvécio Ratton.*

