

Mental na região das Américas quando esteve na Organização Panamericana de Saúde. A aguda sensibilidade de Levav identifica algo que é crucial: A Reforma Psiquiátrica Brasileira é exitosa, porém inconclusa. Ela é contra hegemônica por natureza. Esteve e estará dependente da dinastia de coordenadores nacionais da política de saúde mental, implicados com a Reforma, e seus recursos pessoais de negociação na condução das políticas públicas do setor no país. Antes que se instalem as redes de serviços comunitários nos territórios, inimigos insidiosos impedem que a Reforma se implante — bancada de parlamentares defensores das comunidades terapêuticas e dos hospitais psiquiátricos, as academias conservadoras que não ousam produzir ciência e conhecimento do cuidar em liberdade, e ainda, o estigma arraigado na sociedade civil e nas suas representações, nos governos, nas corporações profissionais, que jamais consentiram que se investisse nos dispositivos da Reforma de forma eficiente.

Além de nos alertar que saúde mental não é apenas hospitais e serviços especializados, Levav traz para o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira o desafio de “culturalizar” iniciativas de promoção de saúde mental na vida em sociedade, advogando atenção para crianças e adolescentes, populações indígenas, e outros grupos vulneráveis e excluídos de cuidados decentes.

Já Jair de Jesus Mari, dos mais produtivos e autorizados pesquisadores do país, põe em evidência que o Brasil é um país vitimizado cronicamente por desmandos técnicos, científicos e políticos. Assiste-se na chamada “indústria da loucura” a montagem de um parque hospitalar desigual, particularmente concentrado nas regiões sudeste e nordeste, e vinculados a interesses políticos privados, quando em todo o mundo já se repudiava os manicômios e se rumava “hacia la comunidad”, desde 1955. As evidências epidemiológicas assinalam que os transtornos depressivos, ansiosos, somatoformes, os mais prevalentes nas populações, devem ser tratados com procedimentos ambulatoriais, e que existe um melhor prognóstico nos transtornos graves e severos de humor e esquizofreniformes quando tratados na comunidade em redes socio-sanitárias. Por que então a fixação de setores importantes das Universidades e das corporações de profissionais em defender e instalar-se em hospitais psiquiátricos nas suas práticas para os pobres, quando nos seus consultórios privados tratam todos os transtornos dos que lhes podem pagar? Seriam ricos e pobres seres humanos de espécies diferentes, requerendo cenários opostos para serem tratados?

The author replies

O autor responde

Um sentimento de gratidão múltiplo! Aos editores desse número do periódico *Ciência & Saúde Coletiva* pela honrosa tarefa a mim delegada de desencadear um debate sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira em momento tão delicado e oportuno. E a grata surpresa de ter provocado nos meus instigantes e generosos debatedores, uma transcendência de argumentos que extrapolam muito os limites do singelo artigo disparador desse rico campo dialógico.

O diálogo com Itzak Levav é francamente facilitado pelo respeito que dedico àquele que foi o melhor articulador de políticas públicas de Saúde

Já Ana Marta Lobosque no seu texto tocante consegue integrar e valorizar a experiência psico patológica e subjetiva dos sujeitos que sofrem com transtornos mentais e a clareza política dos que advogam com rigor, e há muito, um modo de cuidado que inclua a experiência da loucura no território, no mundo em que todos vivem. Para cuidar em liberdade, é preciso que essas redes sejam descentralizadas... devem estender se na tessitura do espaço social, tornando se cada vez menos técnicas e menos sanitizadas.

Endossando o que ela nos traz vou defender, entretanto, uma competência técnica e sanitária sofisticada no sentido da escuta, no manejo do sintoma, da organização dos serviços e da articulação da rede territorial de cuidados sanitários específicos... a favor da Reforma e não contra ela. Quicá não seja uma divergência, mas quero assumir o ridículo de exigir que todos aqueles profissionais de saúde que defendem a Reforma Psiquiátrica sejam também militantes de uma clínica ampliada do sujeito vivendo em liberdade nos diferentes serviços substitutivos ao manicômio. Advogo também que sejam sujeitos implicados nos movimentos sociais organizados, para que possam com conhecimento de causa criticar os erros eventuais desses movimentos. E ainda, a partir de suas boas provocações, denunciar o “gozo antimanicomial” dos que reclamam das situações aviltantes dos manicômios, mas que vivem pacificamente com eles e nada constroem como alternativa. Respeitaríamos mais esses críticos se estivessem também desconstruindo manicômios, inovando nos serviços territoriais para fazê los mais potentes e resolutivos, como ocorreu com os militantes nos processos de Reforma de países como Itália, Canadá e Holanda.

Vivemos um momento crítico quando a “problema das drogas” justifica uma ameaça de retorno ao “enclausuramento” como política pública para a guarda dos usuários de substâncias psicoativas, esquecendo prejuízos oriundos dessa escolha no passado. Desconsideram assim a Lei Federal 10216/2001 que prescreve que a “liberdade é terapêutica” e ordena governos, sociedade e povo, a criar redes e estruturas de cuidados que tornem a lei factível.

O que está publicado no Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 2010 e nas Conferências anteriores (www.saude.gov.br) bem documentam os anseios de cada época. Também o movimento social implicado (ABRASME, MNLAM, RENILA, MDRP) publicam suas insatisfações e querem ser considerados nas decisões. Associam se também comuni-

dades acadêmicas, conselhos e associações profissionais, organizações internacionais como a World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO), World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR) e inúmeras Associações de Usuários e Familiares espalhadas pelo país na defesa de redes resolutivas e comunitárias de cuidados.

Desconsiderar esse desejo de “cuidar em liberdade” significaria uma grave afronta aos Direitos Humanos duramente conquistados. Um retorno ao “Estado de fato” quando governantes decidiam o que fazer com o Brasil sem levar em conta a Lei e os acordos democraticamente estabelecidos.

Nesse sentido, a valiosa contribuição de Sueli Dalari, ativista pioneira do Direito Sanitário no país, vem a nosso favor quando defende que apenas uma política pública sanitária que tenha sido elaborada com a participação popular e formalizada em diferentes suportes legais, nos Municípios, nos Estados e na União, poderá ser reconhecida como um direito vigente no Brasil.

Por que quando o SUS se implica responsavelmente com os usuários de crack lembrando o princípio constitucional “a saúde como um direito de todos e um dever do estado” tem que investir dinheiro e assumir como tecnicamente o mais adequado o que se faz nas “comunidades terapêuticas”, herança da dessassistência pública aos usuários de substâncias psicoativas no Brasil? Por que não se utiliza o dinheiro novo do SUS e SENAD para criar a rede de atenção médico psicossocial e intersetorial faltantes, envolvendo um mutirão dos diversos implicados, que possam “substituir progressivamente” os espaços de enclausuramento, conforme reza a Lei Federal 10.216/2001, tão corajosa e democraticamente conquistada e nesse momento tão duramente violada nessa escolha manicomializante?

As políticas públicas devem, como visto, assegurar a participação popular na Administração para legitimar suas decisões normativas. É preciso que todo o arcabouço normativo, sobretudo o sanitário, seja construído com a efetiva participação de todos os interessados, retoma Dallari, iluminando nossas consciências para um “estado de Direito” que não devemos perder de perspectiva.

Fato novo e louvável é a questão do tratamento de usuários de substâncias psicoativas ter entrado na agenda da presidência da República. Entretanto, excluir e trancafiar longe do olhar público “os loucos de todo o gênero”, os drogados e os malfeitores é uma tentação antiga (Mi

chel Foucault na sua “História da Loucura”, Erwing Goffman em “Manicômios, Prisões e Conventos”, Franco Basaglia com os seus “Crimes da Paz” já denunciavam com esmero esses humanos vícios).

Por fim Benilton Bezerra nos brinda com a sua lucidez ao identificar que a sociedade mudou, a psiquiatria não é mais a mesma, e os militantes da Reforma se espalham entre o interior do estado e os movimentos sociais para realçar o que o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira acaba de evidenciar: é uma metamorfose ambulante e portanto não se exauriu! E encontrada nas redes sociais da internet, em audiências públicas, no congresso nacional, na presidência da República, formas vivas e não fagocitadas de defender a liberdade e a democracia como valores inalienáveis no enfrentamento de quaisquer problemática social e de saúde que historicamente se coloque. E as drogas e o Crack demonizado são a bola da vez!

Resta nos aceitar e aproveitar o conflito que esse desafio atual nos traz e pontuar com Benilton Bezerra duas grandes fontes de enfrentamento: como formar profissionais competentes e críticos o bastante para levar adiante o ideário democrático e o impulso instituinte, transformador, que caracterizou a história da Reforma?; abandonar o discurso defensivo em relação ao tema da avaliação e ir a campo e avaliar os CAPS, os hospitais, as urgências e as emergências, e toda a rede de cuidados, encontrando seus pontos fracos, na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado; e, finalmente, mas não menos importante acrescento o desafio ético de seguir na Stultifera Navis capitaneando a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em mares de tensão e conflito próprios do campo da Reforma, amalhando as pequenas conquistas cotidianas de escutar o sofrimento do Outro com inclusão social, dignidade e liberdade de Ser, num país com equidade e cidadania para todos.

Agradecimentos

Alfredo Schechtmann e Maria da Graça Ribeiro.