

É preciso repensar o horizonte da Reforma Psiquiátrica

It is necessary to rethink the horizon of Psychiatric Reform

*Benilton Bezerra Júnior*⁵

“Estaria a Reforma dando sinais de exaustão?” Protagonista deste movimento desde seus primórdios, Ana Pitta pergunta com a autoridade de quem entrou para a psiquiatria nos tempos em que descrições fenomenológicas sutilíssimas se mesclavam a portas de ferro trancadas, aos banhos de sol em pátios de cimento nu, e ao cheiro insuportável e inesquecível dos hospícios. A Reforma mudou drasticamente este quadro, mas a história não para. A sociedade mudou e a psiquiatria não é mais a mesma. É preciso discutir a natureza dos desafios que a Reforma terá que enfrentar nos próximos anos para manter sua vitalidade e evitar sua entrada precoce na história dos movimentos sociais do passado.

Tensão e conflito

Começamos pela observação feita por Ana de que a unanimidade discursiva existente em relação às grandes bandeiras da Reforma não tem correspondido a um consenso no movimento acerca de como agir. Desde o início do movimento, a consigna “por uma sociedade sem manicômios” ajudou a evidenciar seu caráter político, social e ético, fornecendo uma espécie de mapa geral do movimento, reconhecível por qualquer de seus militantes profissionais, usuários, familiares, simpatizantes. É preciso admitir, no entanto, que tendeu a se transformar em “política pública consen-

tida” (apesar dos constantes ataques pelos adversários de sempre) a unanimidade em torno do caminho a ser seguido cedeu lugar à polêmica. Como Ana diagnostica corretamente, instalou-se uma clara tensão entre o movimento social e os planejadores da Reforma que se encontram no interior do estado. É possível superar essa tensão com um novo consenso, aos moldes do que havia nos primeiros tempos? Desconfio que não, e na verdade, isso talvez não seja tão ruim. Explico: a posição de quem governa e a de quem fiscaliza a ação do governo são fundamentalmente diversas. Falo de posições que se definem mutuamente por exclusão, e não de pessoas (essas podem mudar de lugar). Vidraça e pedra, precisamos dos dois para que o processo da Reforma continue ativo e fértil. Quem está no governo precisa ser acossado pelos movimentos sociais, ou será engolido pelo monstro da máquina política burocratizada. Os problemas na realização municipal das diretrizes normativas nacionais deixam isso muito claro. Por outro lado, quem não deseja se cristalizar na posição de alternativo tem que aceitar o desafio de Sartre, e meter as mãos na política de estado. No Brasil temos mais aversão que adesão ao conflito explícito, argumentado um traço do caráter nacional a ser revisto, porque a prática do confronto de opiniões é essencial ao aprofundamento democrático. O que é problemático não é a existência de tensão ou conflito, ao contrário. O problema está na recusa do debate franco, da crítica bem fundada, que às vezes (como em alguns ataques de setores da ABP) dá lugar ao intuito de destruir as bases de sustentação da política de saúde mental atual, reconhecida mundialmente como bem sucedida. Como organizar melhor e qualificar o debate, estimulando a participação do maior número de sujeitos e atores, e tornando-o um instrumento de fermentação de idéias e controle de práticas – esse parece ser o desafio, e não a procura de um consenso.

Atmosfera cultural e formação de quadros

Ana cita as “missões ético-políticas” de gente como Basaglia, Castel, Foucault e Guattari na virada dos anos 70/80, que impulsionaram as primeiras gerações de militantes da Reforma no país. De fato, essas gerações viveram seu engajamento no processo como inserido numa luta

⁵ Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. beniltonjr@gmail.com

mais geral pela democracia no país, e articulado a um rico e complexo conjunto de movimentos políticos e sociais de natureza reformista ou libertária no país e no mundo. Atividade profissional e exercício ético político se confundiam naturalmente na consciência dos praticantes.

Este quadro, como se sabe, mudou profundamente. O declínio da política e a ascensão dos discursos técnicos, juntamente com o vertiginoso crescimento da economia da saúde, e a difusão no imaginário social de vocabulários e práticas que visam a regulação biotecnológica da performance pessoal, etc., modificaram fortemente o enquadramento sociocultural em que tanto profissionais quanto usuários, familiares e leigos se orientam subjetivamente. Boa parte das gerações que ingressa atualmente no campo da saúde mental se vê como agentes técnicos mais do que como sujeitos políticos. Para muitos residentes de vinte e poucos anos, Foucault é pouco mais do que uma figura histórica curiosa, mas dispensável quando se trata de pensar as novas descrições da esquizofrenia como transtorno de neurodesenvolvimento, por exemplo. Nessa atmosfera social, como formar profissionais competentes e críticos o bastante para levar adiante o ideário de democrático e o impulso instituinte, transformador, que caracterizou a história da Reforma? Não basta inserir sua formação na rede, nem ensinar a história da Reforma. Embora essencial, necessária, esta medida não é suficiente. É fundamental encontrar um modelo de formação que acople capacitação técnica especializada em alto nível e igual investimento na capacidade crítica dos profissionais, por meio da discussão das bases epistemológicas, filosóficas, éticas e científicas que subjazem às teorias e práticas que predominam nas três grandes áreas que formam nosso campo: psiquiatria, psicanálise e saúde pública. Essa estratégia permitiria contemplar a notória diversidade teórico-clínica e política no universo da Reforma, limitando tanto o risco de fragmentação especializada quanto o ecletismo anêmico. Sem ela, corremos o risco de ver, em poucos anos, um expressivo número de profissionais na rede mesmerizados pelo discurso técnico e desconectados do espírito da Reforma – elemento essencial para a sustentação de sua inspiração ético-política e para a renovação de seus caminhos.

Saúde mental e atenção básica

A Reforma viveu boa parte de sua trajetória como um campo adjacente ao da atenção básica em saúde. Mas com a expansão e a consolidação

da rede alternativa ao modelo manicomial, a reflexão sobre sua inserção global nos diversos níveis de atuação do SUS tornou-se imperiosa. Este talvez seja o desafio mais complexo e estimulante que temos pela frente. Várias coisas estão em jogo. Como manter a especificidade da clínica num contexto de atuação (atenção básica) profundamente marcado por direcionamentos normativos, controle e intervenção? Como tratar a articulação entre os dois aspectos da *saúde mental* – uma dimensão inerente a toda ação de saúde (nos postos de saúde, CTIs, escolas, nas práticas comunitárias), e um *campo especial* da clínica, que abarca um largo espectro que vai das psicopatologias graves e crônicas (que exigem cuidado intensivo e especializado) aos chamados transtornos mentais comuns (que necessitam de outros estilos de atenção). Quanto mais se imbricam os dispositivos da rede de atenção psicossocial com a estrutura do SUS e da Estratégia da Saúde da Família, mais surgem questões para as quais é preciso encontrar as soluções adequadas (papel dos Caps, dos Nasfs, portas de entrada, formas de participação dos usuários, etc.). A questão é complexa, pois não se trata simplesmente de escolher a qual *modelo* de relação entre saúde mental e atenção básica aderir, e sim criar as condições para que, em cada contexto, as melhores soluções possam ser exploradas, levando em conta as particularidades de cada um.

Esta questão se torna ainda mais relevante quando lembramos que se no início do processo da Reforma o tema da loucura e suas formas de exclusão eram o centro de gravidade em torno qual girava o questionamento da cultura manicomial e suas instituições, hoje o cenário é outro. Diagnósticos psiquiátricos perderam grande parte de seu peso estigmatizante, sendo cada vez mais requisitados e exibidos na vida social comum. O estímulo ao consumo de medicamentos, o uso crescente do vocabulário psiquiátrico, a multiplicação de terapêuticas, expressam a força do processo de medicalização da vida cotidiana atual, que é progressivamente inclusivo. Com o fim dos manicômios, e com os psicofármacos e as novas biotecnologias, a psiquiatria se volta cada vez mais para a gestão da vida normal, para além do tratamento da doença mental, ou controle da loucura. A reflexão em torno da Reforma precisa lidar com esse fenômeno.

Avaliação e eficiência

Precisamos abandonar o discurso defensivo em relação ao tema da *avaliação*. É inadmissível

ser simplesmente contra mecanismos de avaliação da prática de atenção. Não há como sustentar a superioridade de uma proposta assistencial sobre outras se não temos como dar evidências disso. O fato de que os modelos de avaliação utilizados em outras áreas da saúde não nos servem não implica que possamos abdicar de submeter nossas propostas à avaliação. O que nos cabe é construir mecanismos sensíveis, objetivos e convincentes que levem em conta a natureza complexa da atenção à saúde mental, em suas várias dimensões.

Outro ponto a ser examinado: na medida em que o centro de gravidade da reflexão e da ação da Reforma vai deixando de ser o manicômio e suas populações encarceradas, o movimento político que a embasa se candidata a uma articulação mais forte com outros setores sociais cuja luta também ultrapassa o âmbito de suas questões específicas, abrindo-se para uma crítica social e política que toma como alvo o modo de ser da sociedade como um todo. Um deles, em expansão no Brasil, é o movimento em torno das chamadas deficiências. O caso polêmico do autismo tem posto recentemente boa parte dos militantes de ambos os movimentos em campos opostos e frequentemente antagônicos. No entanto, embora essa aproximação possa ensejar debates difíceis, creio que tanto um movimento quanto o outro se beneficiariam da criação de estratégias de atuação conjuntas no que diz respeito ao enfrentamento do estigma, da normatização, da medicalização e da ampliação e aprofundamento da cidadania.