

V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Luta Antimanicomial 2001:
Como estamos? O que queremos?
Para onde vamos?

17 a 21 outubro 2001



Miguel Pereira / RJ

Escultura "O GRITO", símbolo do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, exposta no Museu Nacional de Belas Artes/RJ (Agosto/Outubro 2000), de autoria de Alexandre Bellagamba, usuário ativo no Movimento Antimanicomial/RJ, representa o pensamento da equipe à frente da Secretaria Nacional biênio 1999-2001, de fazer ecoar cada vez mais forte "o grito" dos usuários.

RELATÓRIO FINAL

**V ENCONTRO NACIONAL
DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL**

**Miguel Pereira / Rio de Janeiro
17 a 21/10/2001**

**Organizado por:
Ana Carla Souza Silveira da Silva
Márcia Schmidt de Andrade
Sandra Regina Guedes Pacheco**

SUMÁRIO

PREFÁCIO	03
APRESENTAÇÃO	05
PROPOSTAS PARA A III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	
I - REORGANIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL	11
II - FINANCIAMENTO	14
III - CONTROLE SOCIAL	15
IV - RECURSOS HUMANOS	16
V - DIREITO, ACESSIBILIDADE E CIDADANIA	17
PROPOSTAS PARA O MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL	
I - ORGANIZAÇÃO DO MOVIMENTO	19
II - ATUAÇÃO DO MOVIMENTO	22
RELATÓRIOS DOS GRUPOS TEMÁTICOS	
I - MANICÔMIOS	24
II - MÍDIA E INCLUSÃO SOCIAL	25
III - SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS	25
RELATÓRIO DA REUNIÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES	26
MOÇÕES APROVADAS	27
TESES ENCAMINHADAS PARA DISCUSSÃO NO V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL	
Tese de Alagoas	31
Teses da Bahia I, II e III	32
Tese do Ceará	60
Teses do Distrito Federal I, II, III e IV	69
Tese de Goiânia	87
Tese de Minas Gerais	93
Teses do Rio de Janeiro I e II	95
Tese do Rio Grande do Sul	107
Tese de Santa Catarina	111
Tese de São Paulo	113
Contribuição do Deputado Federal Marcos Rolim	116
PLENÁRIAS NACIONAIS DE CONTINUIDADE DO V ENCONTRO	
I Plenária Nacional de 09 de março de 2002	118
II Plenária Nacional de 12 de outubro de 2002	128
COMISSÃO ORGANIZADORA DO V ENCONTRO NACIONAL DO MLA	132
PROGRAMAÇÃO DO V ENCONTRO NACIONAL DO MLA	133

PREFACIO

“Com união, força e voz
venceremos a grande batalha
psiquiátrica no Brasil”

(Moisés / Morador da Residência Terapêutica do
Instituto Municipal Juliano Moreira/RJ)

Decorridos dois anos e meio da realização do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (Miguel Pereira / RJ, Outubro 2001), é com satisfação que fazemos chegar às mãos dos militantes o seu Relatório Final.

Nesse período (2001-2004), observamos várias mudanças na estrutura do movimento, o que, de alguma forma, atinge o movimento no âmbito nacional. O Relatório Final do V Encontro poderá, então, fornecer subsídios para uma melhor compreensão dos desdobramentos do movimento a partir daquele momento.

Reconhecemos ser tardia a divulgação do formato definitivo do relatório, contudo, em certa medida, acreditamos poder justificá-la. Ciente da responsabilidade assumida em 1999, a de realizar o V Encontro Nacional e conduzir entre 1999 e 2001 a Secretaria Executiva Nacional, o grupo de usuários, familiares e profissionais – em sua maioria representantes de serviços e associações de saúde mental, entidades profissionais e outros - que compõem o Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial/RJ, desenvolveu intenso trabalho desde então.

Coube a este grupo, dentre outras atribuições, a elaboração do Relatório Final do IV Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (Paripueira/AL, 1999), a realização do V Encontro Nacional (Miguel Pereira/RJ, 2001), a co-realização de Plenárias Nacionais e, por último, a realização do VII Encontro Nacional de Usuários e Familiares (Xerém/RJ,2003).

Desprovido de sede própria, de recursos financeiros regulares, de recursos de infra-estrutura, constituindo-se como um movimento social sem existência formalizada, tal grupo empreendeu suas tarefas sobretudo pela legitimidade do Movimento da Luta Antimanicomial junto à sociedade. Assim, em nome do Movimento, reuniu-se em espaços cedidos por duas entidades profissionais, angariou recursos de órgãos públicos para os eventos, utilizou recursos pessoais - não

ressarcidos - para a concretização dos objetivos traçados.

Entre realizar os registros definitivos dos eventos e participar cotidianamente de atividades no âmbito da Luta Antimanicomial – defesa de direitos de cidadania junto aos serviços de saúde mental, à sociedade civil, ao executivo, legislativo e judiciário; fiscalização de serviços; participação em Conselhos, Fóruns e Conferências; participação em debates a convite de instituições acadêmicas – o grupo escolheu a segunda opção, o que não o exime de críticas.

Transcorridos, como já dito anteriormente, dois anos e meio da realização do Encontro de Miguel Pereira, achamos que ele já deu frutos. Sobretudo, conforme prenunciado em 2001 – com a escolha da escultura “O GRITO” para ser o símbolo do V Encontro –, as vozes dos usuários vêm se fazendo ouvir cada vez com mais intensidade nos diversos espaços, reforçadas pelas vozes dos familiares.

Assim, acreditamos que com o crescente protagonismo de usuários e familiares, o Movimento Social da Luta Antimanicomial irá adquirir maior legitimidade junto à sociedade. Legitimidade a ser obtida não por número de participantes, mas pela capacidade de emitir VOZES.

Cabe a nós, usuários, familiares e profissionais, entender que vivemos um momento único no Movimento Social, extremamente importante, com diversidade de participação e surgimento de novas lideranças. Esperamos que a partir disso, seja possível a realização de encontros que pressuponham a diferença de posições políticas e ideológicas como forma de ampliar e aprofundar o debate e fortalecer o coletivo antimanicomial.

Finalmente, esse relatório é um documento histórico por conter nele variedade de idéias, formas de compreensão de uma realidade movidas, sem dúvida alguma, pelo objetivo fundante das lutas sociais no campo da saúde mental que é o de “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”. É esse objetivo que nos une.

Secretaria Executiva Nacional Colegiada do Movimento da Luta
Antimanicomial / RJ
Março de 2004

RELATÓRIO FINAL DO V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

“COMO ESTAMOS? O QUE QUEREMOS? PARA ONDE VAMOS?”

APRESENTAÇÃO

De 1993 a 2004 – previsto para a realização, em São Paulo, do VI Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial - são transcorridos 11 anos de encontros formais sucessivos entre militantes do movimento.

Muitas mudanças ocorreram, nesses anos, no campo da saúde mental, no âmbito das políticas e práticas públicas. Mudanças nos planos da assistência e da promoção da inserção social dos usuários de saúde mental. Contudo, ainda há muito o que se fazer. Os Encontros Nacionais vêm evidenciando a força dos militantes do Movimento Antimanicomial, que têm sido responsáveis, ao lado de outros atores, pelo surgimento de novas configurações no cenário da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O tema central do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, qual seja: “Como Estamos? O que queremos? Para onde vamos?”, mostra o interesse dos militantes em discutir idéias, ações e em reafirmar a “cara” do Movimento. O grupo à frente da Secretaria Executiva Nacional buscou, durante toda a sua gestão, a participação conjunta de militantes dos outros estados da federação, que coletivamente escolheram o tema do V Encontro.

A Organização do V Encontro ficou sob a responsabilidade da Secretaria Executiva Nacional Colegiada/ RJ e de uma Comissão Ampliada, composta por militantes do Movimento da Luta Antimanicomial de Minas Gerais, Goiás e São Paulo. Previamente ao V Encontro, foram realizadas duas Plenárias Nacionais, ocorridas em maio e em julho de 2001, na cidade de São Paulo, que definiram data, temário, estrutura, dinâmica, número de participantes, tamanho das delegações.

O V Encontro aconteceu na cidade de Miguel Pereira/RJ, no Hotel Montanhês, entre os dias 17 e 21 de outubro de 2001. Dentre os 21 estados da federação convidados, onde existem núcleos organizados do movimento, compareceram delegações de 17 estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal,

Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe. Os estados estiveram representados por cerca de 600 participantes.

O número de participantes por estado – com direito a hospedagem e alimentação gratuitas e/ou com direito somente a voz – ficou determinado consensualmente em Plenária Nacional preparatória, em julho de 2001. Nesta Plenária, também ficou acertado que as delegações enviariam previamente Teses à Comissão Organizadora, para serem debatidas coletivamente durante o V Encontro, as quais seriam consolidadas com a intenção de fornecer subsídios para os grupos de discussão.

Durante o V Encontro, o consolidado das Teses foi entregue aos representantes das delegações e aos coordenadores de cada grupo. Estes mini-grupos de discussão transcorreram com tranquilidade, tendo a participação ativa de todos os membros na elaboração das propostas de seus relatórios parciais.

Diante da riqueza das discussões dos diferentes grupos, a comissão de relatoria optou por não realizar uma consolidação por temas das propostas formuladas. Preferiu apresentar cada relatório individualmente, levando à repetição de propostas, em consequência.

Na Plenária Final, em 20/10/01, pela manhã, devido a não consolidação das propostas por temas, houve dificuldade na dinâmica dos trabalhos. Então, com a concordância do plenário, optou-se pela elaboração de um único relatório, feito a partir da consolidação dos relatórios parciais dos grupos. Posteriormente, este relatório foi apresentado sob dois subtítulos:

“Propostas de Organização do Movimento”;

“Propostas para a III Conferência Nacional de Saúde Mental”.

A Plenária Final foi retomada à tarde e à noite do dia 20/10/01, com a discussão do relatório “Propostas de Organização do Movimento”. Propostas divergentes relacionadas à reorganização do movimento foram debatidas e levadas à votação. Os ânimos dos militantes que defendiam propostas excludentes entre si ficaram alterados, em diferentes momentos, não sendo possível dar seqüência aos trabalhos naquele dia.

Por discordar da forma como os trabalhos estavam sendo conduzidos e do clima de embate entre os defensores de propostas divergentes, sob protesto a delegação de Minas Gerais retirou-se do V Encontro antes do reinício dos trabalhos

da Plenária Final, em 21/10.

No último dia do V Encontro, a Plenária Final foi retomada a partir da pauta original. O relatório "Propostas de Organização do Movimento" ficou inconcluso, não sendo possível chegar-se a um consenso naquele momento. O relatório "Propostas para a III Conferência Nacional de Saúde Mental" foi debatido e aprovado como documento oficial do Movimento da Luta Antimanicomial para a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que seria realizada em Brasília, em dezembro de 2001. Ainda neste dia foram lidas e aprovadas moções.

Foi deliberado pelos presentes que, a continuidade da discussão do relatório "Propostas de Organização do Movimento" e as escolhas do estado-sede da nova Secretaria Executiva Nacional e dos representantes do Movimento da Luta Antimanicomial, titular e suplente, junto a Comissão Nacional de Saúde Mental seriam feitas em uma próxima Plenária Nacional, a ser convocada no prazo de um mês, e que teria como tarefa dar continuidade ao V Encontro. A convocação ficou sob a responsabilidade da Comissão Organizadora do V Encontro e da delegação de São Paulo.

Com a intenção de manter a unidade do Movimento da Luta Antimanicomial, de possibilitar a todos os militantes o acesso aos documentos produzidos no V Encontro, de mobilizar todos os participantes para acompanharem e/ou participarem da Plenária Nacional, a Comissão Organizadora encaminhou aos Núcleos Locais e às entidades de cada município que se fez representar, os seguintes documentos: 1- Teses originais enviadas pelas delegações e/ou pessoas individualmente; 2- Consolidado das Teses; 3- Relatórios dos Grupos; 4- Consolidados dos Relatórios dos Grupos; 5- Relatórios dos Grupos de Discussão Específicos.

Para darem continuidade ao V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, estiveram reunidos em Plenária Nacional no município de São Paulo/SP, em 09/03/02, militantes do movimento representantes dos estados de Alagoas, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro, Roraima, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins.

A Plenária Nacional foi convocada para definir o estado-sede da Secretaria Executiva Nacional - gestão 2002-2004, para escolher os representantes do movimento, titular e suplente, junto à Comissão Nacional de Saúde Mental e para aprovar o relatório "Propostas de Organização do Movimento".

Em comum acordo entre os participantes, a Plenária Nacional iniciou-se com um debate sobre a conjuntura do movimento naquele momento, sendo identificada uma “crise interna” instaurada a partir de Encontros Nacionais anteriores e com repercussões e desdobramentos no V Encontro Nacional e na Plenária Nacional de sua continuidade. Foram feitas análises sobre a “crise”, registradas em ata.

Dando seqüência à pauta original da Plenária de 09/03/02, sob clima de tensão entre os militantes, foram escolhidos os novos representantes do movimento junto à Comissão Nacional de Saúde Mental, sendo eles Elizabeth Arouca Carossi / SP, do segmento dos profissionais, para titular, e Nilo Marques de Medeiros Neto / SC, do segmento dos usuários, para suplente.

Apesar de considerada produtiva pelos militantes presentes, a Plenária Nacional de março/2002 ficou inconclusa, optando os participantes pela convocação de uma II Plenária Nacional, que seria também realizada no município de São Paulo, em data a ser determinada, devendo ser convocada por uma Secretaria Executiva Nacional Transitória, composta por militantes do Rio de Janeiro e de São Paulo, vinculados à ex-Secretaria Executiva Nacional e ao Fórum Paulista de Saúde Mental, respectivamente.

Nenhum estado da federação apresentou candidatura para sediar a Secretaria Executiva Nacional - gestão 2002-2004. Diante deste fato, esta questão da pauta foi transferida para a II Plenária Nacional, quando seria retomada a partir do seguinte ponto: cada estado indicaria os nomes de três representantes (01 usuário, 01 familiar e 01 profissional), escolhidos previamente nos estados por todos os Núcleos Locais ali sediados, para comporem uma Secretaria Executiva Nacional Ampliada, cuja dinâmica seria determinada na segunda plenária de continuidade do V Encontro. O relatório “Propostas de Organização do Movimento” seria rediscutido, levando-se em consideração, também, os desdobramentos em torno da discussão deste novo formato para a Secretaria Executiva Nacional.

Em 12 de outubro de 2002, no município de São Paulo/SP, estiveram reunidos, em II Plenária Nacional, militantes do Movimento da Luta Antimanicomial representantes dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Paraná e Santa Catarina, para darem continuidade ao V Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial.

Esta II Plenária Nacional foi convocada pela Secretaria Executiva Nacional Transitória RJ / SP – escolhida em Plenária Nacional no dia 09/03/02 -, que determinou em carta convocatória a pauta: “avaliação política atual do Movimento da Luta Antimanicomial, sua agenda de luta e a definição do novo formato da Secretaria Executiva Nacional”.

Representando cinco estados da federação e oriundos de diferentes municípios, previamente ao início dos trabalhos, os militantes presentes à II Plenária Nacional consensualmente avaliaram o Movimento Antimanicomial enquanto força social de transformação, sendo o espaço de Plenária Nacional considerado legítimo e preferencial para definição dos rumos do movimento.

A II Plenária Nacional de continuidade do V Encontro foi coordenada por representantes dos cinco estados presentes. A pauta foi redefinida: 1) Avaliação da conjuntura política nacional e sua relação com o Movimento Antimanicomial; 2) Formato da Secretaria Executiva Nacional – gestão 2002 / 2004; 3) VI Encontro de Usuários e Familiares; 4) Participação do Movimento Antimanicomial no Fórum Social Mundial / 2003, em Porto Alegre.

Em relação ao primeiro ponto de pauta, a partir de diversas avaliações dos militantes, foi elaborada uma análise do Movimento Antimanicomial naquele momento, sendo apontadas linhas de ações a partir da conjuntura política nacional de outubro de 2002.

Como segundo ponto de pauta, após minuciosa discussão, foi definido o novo formato para a Secretaria Executiva Nacional Colegiada. Optou-se por distribuir as tarefas da Secretaria pelos representantes dos cinco estados presentes (SP, RJ, CE, PR, SC), que comporiam uma Secretaria Executiva Nacional Colegiada para a gestão 2002 / 2004.

Esta Secretaria Executiva Nacional Colegiada seria auxiliada por representantes indicados pelos demais estados (01 usuário, 01 familiar, 01 profissional), que participariam de tele-reuniões, seriam consultados sobre a conjuntura nos estados, seriam multiplicadores de informações, dentre outras tarefas, conformando uma Secretaria Executiva Nacional Ampliada.

A Secretaria Executiva Nacional Colegiada, gestão 2002 / 2004, foi subdividida em 05 Sub-secretarias, cada qual ficando responsável por atribuições particulares, devendo haver consultas em relação as deliberações tomadas e circulação das informações.

As atribuições foram as seguintes: **Sub-secretaria São Paulo** - **Tarefa:** Organização do VI Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial e Infra-estrutura; **Sub-secretaria Rio de Janeiro** - **Tarefa:** Organização do VII Encontro de Usuários e Familiares e Finanças; **Sub-secretaria Ceará** - **Tarefa:** Assessoria política (organização de respostas políticas do movimento a fatos conjunturais); **Sub-secretaria Paraná** - **Tarefa:** Intersetorialidade (coordenação da relação do Movimento Antimanicomial com demais movimentos sociais); **Sub-secretaria Santa Catarina** - **Tarefa:** Comunicação (coordenação da comunicação inter Núcleos Locais e Fóruns Estaduais, via Circuladô, mala direta e e-mail do movimento: antimanicomial@ig.com.br).

O terceiro ponto da pauta, referente ao VII Encontro de Usuários e Familiares, foi debatido durante a discussão da Secretaria Executiva. Coube à Sub-secretaria Rio de Janeiro a organização desse encontro, que deveria convocá-lo previamente ao VI Encontro Nacional do Movimento.

Como último ponto de pauta, debateu-se a participação do Movimento Antimanicomial no Fórum Social Mundial, realizado em Porto Alegre, em janeiro de 2003.

Foi avaliada a necessidade de se dar maior visibilidade à participação do Movimento Antimanicomial neste Fórum, através da presença maciça de nossos militantes e da realização de uma oficina sobre o tema Saúde Mental.

Por fim, foi deliberado na II Plenária que fosse encaminhado breve relato das deliberações da mesma para os Núcleos Locais e Fóruns Estaduais e que fosse elaborado, pela sub-secretaria Ceará, um Manifesto Político do Movimento Antimanicomial, para ser encaminhado aos parlamentares e governantes escolhidos no pleito eleitoral de 2002, contendo as bandeiras de luta do movimento.

Assim, deu-se por encerrado nesta II Plenária Nacional o V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial.

PROPOSTAS PARA A III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

I - REORGANIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

- 1 - Manter os hospitais-dia, garantindo-se a sua expansão, e que neles as oficinas terapêuticas estejam em funcionamento, com os horários para atendimento de acordo com a singularidade dos casos;
- 2 - Garantir assistência farmacêutica gratuita e de qualidade, inclusive com distribuição de medicamentos descobertos mais recentemente;
- 3 - Apoiar uma política de assistência integral à população de rua;
- 4 - Utilizar os diversos recursos da comunidade, visando uma efetiva inserção social dos usuários de saúde mental;
- 5 - Garantir a autonomia e a qualidade dos serviços de saúde mental, mesmo sob condições de "políticas adversas"; clarear a conceituação dos diferentes dispositivos assistenciais em saúde mental;
- 6 - Garantir união, aceitação e diálogo nos serviços de saúde mental; que os funcionários dêem atividades para os usuários e trabalhem junto aos mesmos, evitando discussões desnecessárias;
- 7 - Que os usuários estabeleçam relações mais diretas com os médicos, sem necessidade de intermediários;
- 8 - Modificar a portaria que cria o hospital-dia, garantindo que exista um clínico geral treinado onde não tenha psiquiatra, para que possa ocorrer intervenção junto ao usuário;
- 9 - Garantir maior assistência ao usuário que está excluído, desde o nível da atenção básica;
- 10 - Garantir dentre as diretrizes que devem direcionar a implementação dos serviços substitutivos a inclusão social e o estabelecimento de relações democráticas;
- 11 - Garantir o transporte institucional para acompanhamento domiciliar de usuários; trabalhar com usuários de longa internação, realizando visitas domiciliares e inserindo-os em projetos (p.ex.: "projeto de volta para casa");
- 12 - Que se cumpra a lei que prevê a não instalação de CAPS e NAPS dentro de hospitais psiquiátricos;

PROPOSTAS PARA A III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

I - REORGANIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

- 1 - Manter os hospitais-dia, garantindo-se a sua expansão, e que neles as oficinas terapêuticas estejam em funcionamento, com os horários para atendimento de acordo com a singularidade dos casos;
- 2 - Garantir assistência farmacêutica gratuita e de qualidade, inclusive com distribuição de medicamentos descobertos mais recentemente;
- 3 - Apoiar uma política de assistência integral à população de rua;
- 4 - Utilizar os diversos recursos da comunidade, visando uma efetiva inserção social dos usuários de saúde mental;
- 5 - Garantir a autonomia e a qualidade dos serviços de saúde mental, mesmo sob condições de "políticas adversas"; clarear a conceituação dos diferentes dispositivos assistenciais em saúde mental;
- 6 - Garantir união, aceitação e diálogo nos serviços de saúde mental; que os funcionários dêem atividades para os usuários e trabalhem junto aos mesmos, evitando discussões desnecessárias;
- 7 - Que os usuários estabeleçam relações mais diretas com os médicos, sem necessidade de intermediários;
- 8 - Modificar a portaria que cria o hospital-dia, garantindo que exista um clínico geral treinado onde não tenha psiquiatra, para que possa ocorrer intervenção junto ao usuário;
- 9 - Garantir maior assistência ao usuário que está excluído, desde o nível da atenção básica;
- 10 - Garantir dentre as diretrizes que devem direcionar a implementação dos serviços substitutivos a inclusão social e o estabelecimento de relações democráticas;
- 11 - Garantir o transporte institucional para acompanhamento domiciliar de usuários; trabalhar com usuários de longa internação, realizando visitas domiciliares e inserindo-os em projetos (p.ex.: "projeto de volta para casa");
- 12 - Que se cumpra a lei que prevê a não instalação de CAPS e NAPS dentro de hospitais psiquiátricos;

- 29 - Que seja ampliada a fiscalização dos hospitais psiquiátricos;
- 30 - Que sejam redefinidas as normas para os serviços substitutivos em saúde mental;
- 31 - Que seja regulamentada a lei 10.216 (abril/2001);
- 32 - Priorizar o fechamento de leitos de longa permanência, prestando-se assistência especial aos usuários dos mesmos, garantindo-se para estes usuários projetos de moradia inseridos na comunidade;
- 33 - A Política de Saúde Mental deve substituir o modelo hospitalocêntrico de assistência por uma rede diversificada de serviços, que tenha como princípio a integralidade da assistência ao cidadão, e que adote os conceitos de território e de responsabilidade, para que a regionalização em saúde mental garanta o direito de acesso ao tratamento aos usuários, bem como a responsabilização dos serviços pela referência e contra-referência;
- 34 - Garantir perícia médica especializada junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social / INSS nos casos de Benefício de Prestação Continuada / BPC (LOAS);
- 35 - Estabelecer intercâmbios entre serviços de saúde mental nacionais e internacionais;
- 36 - Definir um prazo determinado para que os hospitais gerais se adequem para atender pessoas portadoras de transtorno mental, em cumprimento à portaria n.º 224, substituindo-se progressivamente os hospitais psiquiátricos;
- 37 - Garantir que os programas municipais de saúde mental, de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política, evitando-se assim que os recursos técnicos e materiais efetivos, conquistados pelo serviço, sejam despotencializados, respeitando-se as instâncias de controle social das leis 8080 e 8142 do SUS;
- 38 - A eletroconvulsoterapia (eletrochoque) é crime de tortura, pretensamente dito terapêutico, devendo ser abolida;
- 39 - Que os profissionais da equipe de saúde mental trabalhem em parceria com a equipe de médicos de família, para que estes possam identificar, abordar e encaminhar o paciente com sofrimento psíquico para tratamento psiquiátrico ou mesmo clínico;
- 40 - Que seja garantida a assistência de dependentes de álcool e drogas em hospitais gerais, quando necessária a internação clínica, e a inserção dos mesmos em CAPS comunitários, considerando a existência de sofrimento psíquico na drogadição;

- 41 - Propor atenção aos usuários dependentes químicos em serviços assistenciais abertos, interligados sob a forma de rede;
- 42 - Viabilizar formas de financiamento que garantam atendimento intersetorial a usuários dependentes químicos;
- 43 - Articular parcerias entre os órgãos que cuidam de questões de dependência química;
- 44 - Garantir na Política Nacional de Saúde Mental a atenção ao alcoolismo e a drogadição, incluindo a criação de fóruns intersetoriais para discussão e implementação de uma política mais abrangente, voltada para a criação de novos espaços terapêuticos;
- 45 - Solicitação de acréscimo na lei 8080 do SUS, no seu último artigo: onde se lê "que os donos de clínicas privadas conveniadas com o SUS não podem exercer cargo de direção nas administrações públicas" incluir na referida lei "com parentesco até o 3º grau";
- 46 - Promover intersetorialidade das ações de saúde mental;
- 47 - Efetivar a prevenção, o tratamento e a reinserção de pessoas com transtorno mental, garantindo-se educação, saúde e atividades culturais;
- 48 - Reafirmar a reorientação da assistência em saúde mental, rejeitando-se o modelo assistencial hospitalocêntrico, promotor de empobrecimento mental das pessoas em consequência da longa institucionalização;
- 49 - Garantir acesso à educação, à assistência em saúde, visando a reinserção social, para que sejam garantidos os direitos dos cidadãos;
- 50 - Promover discussão sobre saúde mental no setor saúde como um todo e na comunidade, através dos movimentos populares e associações;
- 51 - Que os serviços substitutivos (CAPS, NAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos) se constituam como estruturas comunitárias, com autonomia administrativa, preferencialmente com gestão participativa, com representação dos segmentos envolvidos nos serviços, incluindo a participação das associações de bairro e de usuários e familiares, assim como das parcerias estabelecidas com os setores cultural e educacional, dentre outras.

II – FINANCIAMENTO

- 1 - Capacitar os serviços para o desenvolvimento de projetos com recursos intersetoriais;

- 2 - Incluir as ações de saúde mental no Piso de Atenção Básica (PAB);
- 3 - Redirecionar os recursos destinados às internações psiquiátricas para os serviços públicos municipais de atenção em saúde mental;
- 4 - Garantir que recursos das Autorizações de Internação Hospitalar / AIHs, referentes a usuários de saúde mental, sejam destinados aos serviços de saúde mental substitutivos;
- 5 - Que o SUS elabore formas de financiamento que permitam aos municípios implantar emergências psiquiátricas, Serviços Residenciais Terapêuticos, CAPS, NAPS, etc.;
- 6 - Estabelecer pressão junto ao Ministério da Saúde para que sejam garantidos e facilitados os mecanismos de financiamento para os Serviços Substitutivos em Saúde Mental;
- 7 - Ampliar a discussão sobre financiamento / NOAS;
- 8 - Garantir que o recurso da AIH acompanhe o paciente; fazer um estudo para objetivar o fluxo dos pacientes, para se orientar a discussão de financiamento dentro dos municípios;
- 9 - Propor que os gestores estaduais possam contribuir para o investimento na construção de rede substitutiva, considerando o aporte de recursos na PEC;
- 10 - Garantir maiores recursos financeiros, humanos e materiais para a Saúde Mental.

III - CONTROLE SOCIAL

- 1 - Que ocorra a fiscalização dos serviços de saúde mental pelos Conselhos Gestores;
- 2 - Que sejam implantados grupos de estudo para aprofundar discussões sobre Reforma Psiquiátrica, SUS e Controle Social;
- 3 - Aprovar leis estaduais e municipais que reafirmem aspectos não considerados na Lei Federal 10.216, como a proibição de construção e de ampliação de hospitais psiquiátricos, buscando-se formas substitutivas de atenção em saúde mental (p.ex.: Serviço Residencial Terapêutico);
- 4 - Que seja indicada a constituição de Comissões Estaduais e Municipais de Reforma Psiquiátrica, subordinadas aos Conselhos de Saúde, com uma composição que respeite a paridade e que possibilite a representação do Movimento da Luta Antimanicomial;

- 5 - Que o campo da saúde mental discuta e conheça mais os mecanismos de funcionamento do SUS (p.ex.: financiamento, medicação, controle social);
- 6 - Garantir a participação de usuários, familiares e técnicos de saúde mental em instâncias de elaboração e fiscalização das políticas públicas;
- 7 - Criar Fóruns de Direitos Humanos que informem à opinião pública questões relevantes sobre o campo da Saúde Mental;
- 8 - Que os Serviços de Saúde Mental (CAPS, NAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Cooperativas Sociais, Clubes de Lazer dentre outros) tenham também como diretriz política à criação de Associações de Usuários e Familiares;
- 9 - Buscar respaldo jurídico para as ações de fiscalização de serviços de saúde mental desenvolvidas através do controle social, estabelecendo-se parcerias com a OAB, Ministério Público, Organizações de Direitos Humanos, Comissões Municipais e Estaduais de Direitos Humanos, criando-se condições técnicas e legais para impedir a negligência e maus tratos aos usuários na rede de saúde, e punindo-se os responsáveis;
- 10 - Garantir a divulgação da Carta de Direitos e Deveres dos Usuários em Fóruns Nacionais, Estaduais e Municipais;
- 11 - Que os membros das Comissões de Saúde Mental, nas instâncias federal, estadual e municipal, participem de comissões de orçamento e financiamento referentes a gastos específicos na área de saúde mental, como forma de fiscalizá-las;
- 12 - Que os Conselhos de Saúde, nas suas instâncias, discutam a lei de diretriz orçamentária da saúde (até o 5º mês de cada ano), e defendam um percentual de até 5% para a Saúde Mental.

IV - RECURSOS HUMANOS

- 1 - Lutar pela inclusão do profissional de educação física na equipe multidisciplinar de saúde mental, para que sejam “trabalhados” o corpo do usuário e sua auto-estima (esporte é disciplina);
- 2 - Promover maior interação e cooperação entre centros universitários formadores de recursos humanos para a área de saúde mental;

- 3 - Qualificar os profissionais da área de saúde mental para que adotem uma atitude de acolhimento aos usuários nos serviços;
- 4 - Que sejam melhor elaborados os programas de estágios nos Serviços de Saúde Mental;
- 5 - Cuidar para que não ocorra nos Serviços de Saúde Mental a 'exclusão silenciosa', ou seja, profissionais que atendem de forma distanciada os usuários;
- 6 - Adequar o perfil dos profissionais de saúde mental aos princípios preconizados pela Luta Antimanicomial;
- 7 - Criar espaços de capacitação, qualificação e atualização técnica e garantir educação continuada para os trabalhadores de saúde mental;
- 8 - Inserir nos currículos dos profissionais de saúde em geral a disciplina de Saúde Mental, que aborde a Reforma Psiquiátrica com base na ética e na cidadania, trazendo tal discussão para os conselhos de classe, universidades, escolas técnicas, conselhos de saúde e para a sociedade como um todo;
- 9 - Garantir a capacitação dos profissionais na área de Saúde Mental.

V - DIREITO, ACESSIBILIDADE E CIDADANIA

- 1 - Respeitar usuários que tenham vontade de encontrar um lugar onde se sintam bem, mesmo que em outro serviço (municipal ou estadual);
- 2 - Que os familiares sejam acompanhados pelos serviços e que os serviços discutam sobre os direitos de cidadania e estimulem a auto-estima e dignidade dos usuários;
- 3 - Que o olhar dos técnicos se dirija para além do consultório, considerando as crianças em situação de rua como possíveis futuros usuários dos Serviços de Saúde Mental;
- 4 - Fomentar processos de geração de emprego e renda através do estabelecimento de parcerias com o setor privado e outros segmentos da sociedade;
- 5 - Reinserir os usuários de saúde mental no mercado de trabalho;
- 6 - Realizar caravana da cidadania com a participação dos vários movimentos sociais;
- 7 - Modificar o art. 20 da LOAS, substituindo "67 anos" por "60 anos" e renda *per capita* de "¼ do salário mínimo" por "1 salário mínimo";

- 8 - Defender junto ao Ministério da Assistência Social a extinção da exigência de interdição civil para que o cidadão não segurado do INSS receba algum benefício, como o da prestação continuada / BPC (LOAS);
- 9 - Defender que sejam desinterditadas, de imediato, pessoas com transtornos mentais que foram interditas para receber algum benefício, que tenha cessado ou sido suspenso por alguma razão;
- 10 - Estender aos portadores de transtorno mental os benefícios da lei que garante no mercado de trabalho percentuais de vagas para os portadores de necessidades especiais;
- 11 - Que as administrações públicas e os programas municipais absorvam os usuários dos serviços de saúde mental em seus quadros funcionais, para que desenvolvam atividades laborativas justamente remuneradas;
- 12 - Que se garanta espaços de trabalho que preservem a saúde, dignidade e cidadania dos trabalhadores, discutindo-se as diversas formas de adoecimento psíquico oriundas das condições de trabalho;
- 13 - Que sejam garantidos os direitos trabalhistas, estipulados na CLT, aos usuários dos Serviços de Saúde Mental já inseridos no mercado formal de trabalho;
- 14 - Estabelecer convênios com agências e programas de profissionalização, que qualifiquem os Serviços de Saúde Mental na implementação de projetos de geração de renda;
- 15 - Que os processos de ingresso no mercado de trabalho respeitem as características dos Portadores de Necessidades Especiais, não estabelecendo barreiras para eliminá-los;
- 16 - Que sejam desvinculados os processos de concessão de benefícios e de estabelecimento de curatela para pessoas acometidas por transtornos mentais;
- 17 - Trabalhar o conceito de cidadania como sendo uma construção permanente;
- 18 - Promover educação continuada, através de parceria entre Ministérios da Saúde e Educação, dentro da rede escolar - desde o ensino fundamental até o nível superior -, sobre drogas lícitas e ilícitas, bem como sobre demais substâncias químicas que levem à dependência;
- 19 - Garantir que os governantes respeitem a Constituição Federal em seu artigo que estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do estado.

PROPOSTAS PARA O MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL

(A discussão e a aprovação completa deste relatório não foi possível de ser feita durante a Plenária Final do V Encontro, e nem durante as duas Plenárias Nacionais de sua continuidade. Estamos publicando-o a partir de sua última versão, com propostas aprovadas e propostas não discutidas em plenário).

I – ORGANIZACAO DO MOVIMENTO NACIONAL

MOVIMENTO NACIONAL

Reafirmar o Movimento da Luta Antimanicomial como Movimento Social Autônomo, que luta radicalmente pela inclusão social da loucura na sociedade, enfrentando o desafio da democratização desta sociedade. (APROVADO)

ORGANIZAÇÃO DOS NÚCLEOS

2.1. A organização política do Movimento Antimanicomial será baseada em Núcleos Locais, que constituem suas unidades políticas básicas; (APROVADO)

2.2. Os Núcleos são coletivos organizados, que devem pedir filiação ao Movimento Nacional; (APROVADO)

2.3. A criação e o fortalecimento de formas de organização estaduais terão como objetivo o fortalecimento de espaços de troca, intercâmbio e articulação entre os núcleos de cada estado; (APROVADO)

2.4. Recadastramento dos núcleos existentes, identificando os seus participantes, sua localização, seu sistema de funcionamento e seus coordenadores; (APROVADO)

2.5. Caberá à atual Secretaria Executiva Nacional Colegiada organizar as fichas de inscrição do V Encontro para viabilizar o cadastramento referido no item 2.4; (APROVADO)

2.6. Realizar campanha de criação de novos núcleos para ampliar a base organizada; (APROVADO)

ESTRUTURA DE FUNCIONAMENTO

3.1. A Secretaria Executiva Nacional terá sede no estado que se responsabilizar pela realização do Encontro Nacional e será ampliada com 03 (três) representantes de cada estado (um de cada segmento) que a comporão (deverão fornecer endereços, e-mails, telefones). Tele-reuniões poderão acontecer com a participação de 1 a 3 destes representantes de cada estado, a critério do estado. Poderão deliberar sobre questões emergenciais e não estruturais. Também poderão se fazer representar junto às Plenárias Nacionais de 1 a 3 destes representantes, a critério do estado. A Secretaria Executiva Ampliada (colegiada) será coordenada pelo estado responsável pela realização do Encontro Nacional. Os representantes de cada estado junto à Secretaria Nacional deverão ser escolhidos por todos os núcleos locais daquele estado; (APROVADO)

3.2. Realização de uma plenária anual com todos os núcleos – voto por núcleo; (DESTAQUE A SER DISCUTIDO)

3.3. Que os Encontros Nacionais continuem a ser realizados de dois em dois anos, com Plenárias abertas, como sempre aconteceram; (APROVADO)

3.4. Feira de cultura, arte e tecnologia a cada 3 anos, aberta à participação de toda a sociedade.

RELAÇÃO ENTRE OS SEGMENTOS

4.1. Que não haja exclusão de representante de nenhum segmento em nenhuma plenária, seja nos encontros de usuários ou em outros encontros;

4.2. Discutir de maneira ampla e honesta a relação usuários/técnicos, tendo como princípio que ambos os segmentos partilham um projeto comum.

ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES

5.1. Incentivo à criação de Associações de Usuários e Familiares na perspectiva de fortalecimento da organização social no campo antimanicomial;

5.2. Criar Associações de Usuários e Familiares, para que possam discutir e decidir sobre seus interesses, para dialogar com os profissionais e técnicos, garantidos os seus direitos de autonomia;

5.3. Unificar no Movimento da Luta Antimanicomial os eventos culturais, as variadas formas de expressão da arte, valorizando suas produções, o trabalho cooperativado, inserindo profissionais nesta área para que cada usuário consiga se inserir no mercado de trabalho e na sociedade.

ORGANIZAÇÃO DE FAMILIARES

6.1. Considerar como uma das prioridades a organização dos familiares, para uma maior e mais ativa participação no movimento, intervindo, por exemplo, para que os serviços substitutivos se abram efetivamente para acolher os familiares;

6.2. Proporcionar um maior esclarecimento aos familiares sobre questões que envolvem a saúde mental, tais como: processo saúde / doença, tratamento, papel dos diversos segmentos envolvidos, dentre outros;

6.3. Ampliar os espaços de divulgação e informação dos princípios do Movimento da Luta Antimanicomial, ressaltando a importância da participação dos usuários neste processo;

6.4. Integração da família como agente atuante na formação de cooperativas, para que haja geração de emprego e renda;

6.5. Criar comissões de familiares para fiscalizarem os serviços de atenção em saúde mental.

OUTROS TEMAS

7.1. Sustentar e manter uma rede de informações, inclusive sobre a inclusão no trabalho;

7.2. É preciso que as informações sejam democratizadas. O Movimento tem uma dificuldade de fazer circular as informações; isto pode ser considerado um vício manicomial;

- 7.3. Propõe-se que seja feito um catálogo para mapear as associações de cada estado, e que seja divulgado entre todos os membros;
- 7.4. Criar uma rede de e-mails e, na Plenária Final, divulgar estes e-mails;
- 7.5. Que todos os representantes do movimento na Comissão Nacional de Saúde Mental enviem relatórios aos Núcleos Estaduais, contendo informações sobre as reuniões;
- 7.6. Que exista uma lista de todas as Associações de Usuários e Familiares do Brasil e que esta seja divulgada;
- 7.7. O Movimento Antimanicomial deve se fazer representar, e divulgar suas idéias e lutas, em todos os setores sociais;
- 7.8. Construir um site com informações de todos os estados para agilidade das ações;
- 7.9. Realizar um Fórum Nacional permanente pela Internet;
- 7.10. Realizar a revisão de representação na Comissão Nacional de Saúde Mental;
- 7.11. Organizar uma assessoria jurídica especializada nas questões de saúde mental, na defesa do direito das pessoas com transtornos mentais;
- 7.12. Realizar maior divulgação do Movimento Antimanicomial nos meios de comunicação de massa.

II – PROPOSTA DE ATUAÇÃO DO MOVIMENTO

- 1 - Realização de um Seminário Nacional sobre a questão do trabalho;
- 2 - Divulgar para os familiares o que é saúde mental e garantir que eles estejam dando apoio aos usuários do Movimento da Luta Antimanicomial;
- 3 - Conscientizar que as propostas não são uma questão particular, e sim de militância política de toda a sociedade brasileira;
- 4 - Retomar, em nível nacional, a discussão sobre a criança e o adolescente;
- 5 - Garantir para o movimento uma assessoria de imprensa ágil e incisiva;
- 6 - Realizar uma pesquisa sobre o olhar da mídia, principalmente a televisiva, sobre a loucura;
- 7 - Participar de encontros científicos da saúde, em especial, sobre os que discutem funcionamento e serviços dos hospitais gerais, sensibilizando os profissionais de

saúde e divulgando a política de inserção e de não discriminação do portador de sofrimento mental em todos os setores da sociedade, inclusive o da saúde;

8 - Manter a mesma estrutura atual do Movimento Nacional (Secretaria Executiva, Plenárias, Encontros Nacionais, etc.), criando um grupo consultivo (grupo de apoio Nacional ao Movimento), composto por dois representantes (composição paritária) de cada região do Brasil que se articularia regularmente, através de tele-reuniões, mantendo a autonomia dos núcleos estaduais;

9 - Aprofundar, através da realização de seminário, a discussão a respeito do portador de sofrimento mental infrator;

10- Defender o direito ao tratamento do portador de sofrimento mental infrator, dentro dos princípios da Luta Antimanicomial;

11 - Aprofundar a interlocução entre o movimento e as instituições formadoras, com definição de uma pauta, como por exemplo, ação junto ao Ministério da Educação e Cultura / MEC intervindo nos currículos;

12 - Implementar e participar de todos os dispositivos de controle social;

13 - Continuar exigindo do poder público, em todos os níveis, a implantação de uma Política de Saúde Mental de desinstitucionalização e investimento na rede substitutiva, respeitando-se os princípios do SUS;

14 - Que a questão de gênero seja contemplada nas discussões de saúde mental;

15 - Criação de uma Câmara de Conselhos Profissionais, ligada à saúde, para viabilizar estratégias de sensibilização e atualização dos profissionais;

16 - Realizar Seminários Nacionais sobre: Serviços Residenciais Terapêuticos, inclusão no trabalho;

17 - Que as intervenções do Movimento da Luta Antimanicomial se estendam aos hospitais psiquiátricos privados e filantrópicos;

18 - Fortalecimento das comissões de fiscalização dos serviços;

19 - Discutir a atenção em saúde mental nos manicômios judiciários;

20 - Implementar o diálogo com gestores, comunidade e judiciário;

21 - Incentivar a participação dos militantes nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde;

22 - Extinguir a exigência de interdição para que o cidadão 'não segurado' receba benefício;

23 - Ter uma assessoria jurídica especializada para que o movimento conheça com maior profundidade o funcionamento do SUS;

- 24 – Garantir vagas para usuário, familiar e técnico na Comissão de Reforma;
- 25 - Criar rede de economia solidária em todos os setores sociais;
- 26– Que haja a participação maciça dos militantes nas Conferências de Saúde;
- 27 - Participar dos órgãos de controle social, articulando-se com outros movimentos;
- 28 - Que os profissionais, usuários e familiares participem de caravanas de fiscalização de Serviços de Saúde Mental, objetivando divulgar o Movimento Antimanicomial e os Serviços Substitutivos;
- 29 - Trabalhar os conceitos de doença / deficiência mental junto à comunidade;
- 30 - Fortalecer o Movimento Antimanicomial em sua organização política;
- 31 - Desconstruir os manicômios judiciários;
- 32 - Redigir um documento onde os profissionais se posicionem a favor da Luta Antimanicomial;
- 33 - Que o movimento se posicione diante dos termos marginais: Manicômios Judiciários, Abrigos para Portadores de Deficiência Física e Mental;
- 34 – Pressionar os estados em que não há Reforma Psiquiátrica, como na Bahia, para que a mesma ocorra.

RELATÓRIOS DOS GRUPOS TEMÁTICOS

I - MANICÔMIOS

- 1 – Desativar os hospitais psiquiátricos, com cronograma que estipule a data limite para o encerramento desses grandes manicômios, garantindo-se que os recursos SUS/AIH, que eram direcionados aos hospitais, acompanhem os pacientes nos novos serviços (realocação de verbas) e que seja criada uma multa diária quando o prazo não for respeitado;
- 2 – Definir Políticas de Recursos Humanos para que haja formações específicas voltadas para a Reforma Psiquiátrica, tanto nas universidades quanto em educação continuada;
- 3- Definir Políticas de Recursos Humanos, garantindo uma remuneração que permita ao profissional dedicação exclusiva a um único serviço, de modo que favoreça um comprometimento total do profissional;

4 - Que haja fiscalização e avaliação de serviços substitutivos pelas comissões de Reforma Psiquiátrica;

5 - Realizar, ainda este ano, uma campanha na mídia para divulgação e reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica, aproveitando a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental e o Ano Internacional da Saúde Mental.

II - MÍDIA E INCLUSÃO SOCIAL

1 - Compreender o significado da idéia de comunicação sócio-cultural, garantindo espaço para exposição das questões da Luta Antimanicomial;

2 - Situar e escoar a produção artística dos usuários dos Serviços de Saúde Mental;

3 - Criar nos próximos encontros espaço para execução de oficinas de arte e cidadania, como meio de fomentação e intercâmbio entre os militantes;

4 - Estabelecer parcerias com universidades, e outros órgãos, para criação de oficinas de comunicação social (radialismo, jornalismo, vídeo) na rede de serviços de Saúde Mental;

5 - Debater, nos diversos espaços da sociedade, o tema: Mídias Alternativas e Inclusivas, com o apoio do Movimento da Luta Antimanicomial.

III - SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

1 - Apoio do Ministério da Saúde à implantação de Serviços Substitutivos de acordo com a necessidade local, através de assessoria e incentivo, etc.;

2 - Criar bolsa de apoio à ressocialização para usuários de saúde mental, observando-se que esta bolsa terá um caráter temporário, a ser avaliado pela equipe técnica responsável;

3 - Conquistar o passe-livre em nível nacional, para garantir o acesso do usuário ao tratamento;

4 - Solicitar ao Ministério da Saúde a realização de uma campanha, através da mídia, esclarecendo sobre os novos Serviços da Saúde Mental e contribuindo para a desmistificação da loucura.

RELATÓRIO DA REUNIÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES

Durante o V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, usuários e familiares reuniram-se e fizeram as seguintes propostas:

- Em relação à escolha do intervalo de tempo para realização dos Encontros Nacionais da Luta Antimanicomial, houve unanimidade para a proposta de realização dos Encontros Nacionais do Movimento Antimanicomial com intervalo de dois anos.
- Em relação aos desdobramentos do Encontro de Goiânia (V Encontro Nacional de Usuários e Familiares) e à decisão do local para realização do VI Encontro Nacional de Usuários e Familiares:
- Os usuários e familiares devem ser autônomos e caminhar sozinhos, não dependendo dos técnicos para a realização de seus Encontros;
- Os Encontros Nacionais devem ocorrer sem brigas entre os segmentos, apesar dos conflitos; isto é importante para o crescimento do Movimento Antimanicomial;
- Deve-se garantir nos Encontros de Usuários e Familiares a participação do segmento de profissionais, com direito a voz;
- Os Encontros Nacionais de Usuários e Familiares devem ser anuais;
- Os usuários e familiares devem lutar pela liberdade e se fortalecer na luta, buscando capacitação.
- Avaliação de conjuntura: Conferências Municipais e Nacional de Saúde Mental:
 - É preciso que 50% dos participantes nas Conferências sejam usuários e familiares;
 - É preciso garantir a participação de usuários e familiares nas Conferências de Saúde Mental;
 - É preciso que haja conscientização dos usuários e familiares ao participarem das Conferências de Saúde Mental;
 - Deve-se garantir a paridade entre os segmentos (usuários, familiares e técnicos) nas Conferências de Saúde Mental;
 - As Conferências Municipais de Saúde Mental não devem ser realizadas em conjunto com as de Vigilância Sanitária;
 - As Conferências Municipais de Saúde Mental devem ser Conferências e não Fóruns.
- Representação do segmento de familiar no Conselho Nacional de Saúde:

A representante atual, no Conselho Nacional de Saúde, deve ser convidada a se comprometer com o Movimento Antimanicomial, por escrito, ou abrir mão do cargo que ocupa;

Deve-se pedir esclarecimentos, a esta representante no Conselho Nacional de Saúde, com diplomacia;

Os usuários e familiares devem pressionar a representante atual no Conselho Nacional de Saúde a vir, de público, falar de sua posição.

(A inclusão desta pauta na reunião deu-se por unanimidade dos presentes, que foram consultados se a eleição de representantes de usuários e familiares no Conselho Nacional de Saúde deveria ser feita dentro de reuniões destes segmentos. Dos 27 presentes na discussão, 10 foram a favor desta proposta, 09 contra e 08 abstiveram-se).

MOÇÕES APROVADAS

MOÇÃO DE APOIO

Nós, militantes do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, reunidos no V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, no município de Miguel Pereira / RJ, no período de 17 a 21 de outubro de 2001, apoiamos a iniciativa dos povos da Amazônia para a realização do I Fórum Social Amazônico, no mês de janeiro do ano 2002.

MOÇÃO DE CONSCIENTIZAÇÃO

Os usuários e técnicos do Hospital-Dia Ricardo Montalban / Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, reunidos no V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado no município de Miguel Pereira / RJ, de 17 a 21 de outubro de 2001, querem levar a público, para

sensibilização dos companheiros da Luta Antimanicomial, a situação crítica pela qual passa esta instituição. O Hospital-Dia encontra-se fechado há 2 meses, deixando seus 35 usuários atuais sem assistência. Há 8 meses os profissionais do serviço não estão recebendo seus salários, devido a uma lei aprovada pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro, através da qual os profissionais com mais de um ano no serviço não poderão renovar seus contratos e, mantendo-se isso, toda a equipe será deposta. A equipe avaliou a situação, verificando que com esta proposta não haverá a possibilidade de funcionamento de um projeto de qualidade – já elaborado e constituído por esta equipe há 9 anos – e decidiu trabalhar mesmo sem receber, apoiada na promessa das autoridades do hospital em regulamentar tal situação. No entanto, isso não foi cumprido. As perdas são grandes, principalmente para alguns de nossos usuários, que foram internados em crise, e para novos usuários da região com demanda para hospital-dia, que não estão recebendo tal atendimento.

O sucateamento dos serviços públicos de saúde, derivado de políticas do governo, já está afetando a saúde mental. Em consequência deste exemplo colocado, propomos que o Movimento da Luta Antimanicomial esteja acompanhando e, se possível, intervindo nas Políticas de Recursos Humanos propostas pelo governo, como a do vínculo de usuários e técnicos, para que a qualidade da assistência prestada em saúde mental seja respeitada.

MOÇÃO DE REPÚDIO

Nós, participantes do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, reunidos no município de Miguel Pereira / RJ, de 17 a 21 de outubro de 2001, vimos por meio desta manifestar nosso repúdio à decisão do Juiz Moraes Leite no processo movido por Austregésilo Carrano por erro médico do qual foi vítima no sistema asilar – manicomial.

MOÇÃO DE REPÚDIO

Nós, participantes do V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, reunidos na cidade de Miguel Pereira / RJ, no período de 17 a 21 de outubro de 2001, vimos através desta, repudiar a existência de pátios, abandono, segregação dos internos-moradores do Complexo Hospitalar Juquery – Franco da Rocha / SP, mesmo após visita e relatório da Comissão de Direitos Humanos, realizado no ano 2000.

MOÇÃO DE REPÚDIO

Nós, reunidos no V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, ocorrido em Miguel Pereira / RJ, entre os dias 17 e 21 de outubro de 2001, repudiamos a participação e atuação da Sra. Vera de Vitta no Conselho Nacional de Saúde, como representante dos familiares, tendo em vista a falta de demonstração de comprometimento desta com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, comprovado pela sua ausência neste e em outros encontros nacionais do movimento, além das posições equivocadas que ela tem tomado em relação ao Movimento da Luta Antimanicomial, inclusive abstendo-se de posicionar-se sobre temas que poderiam promover avanço em nossas lutas, conforme relato dos companheiros do movimento que fazem parte da Comissão Nacional de Saúde Mental, do Conselho Nacional de Saúde.

Respeitamos a deliberação legítima do fórum que elegeu a Sra. Vera de Vitta, através de Encontro Nacional do Segmento de Patologias e Deficiências, ocorrido em janeiro de 2001, porém não temos claro se, neste encontro que a elegeu como representante dos familiares, ela representou sua entidade – Associação Franco Basaglia / SP, alguma outra entidade ou até mesmo a Sra. Lígia Falcão, convidada para este evento pelo fato de ter sido eleita pelo movimento para ser representante nacional dos familiares na Comissão Nacional de Saúde Mental.

MOÇÃO DE REPÚDIO

Nós, militantes do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, reunidos no V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, no município de Miguel Pereira / RJ, no período de 17 a 21 de outubro de 2001, repudiamos o ATO DO GOVERNADOR ALMIR GABRIEL, do estado do Pará, ao destituir o Conselho Estadual de Saúde de suas representações legítimas, instituindo um Conselho Biônico, ferindo o princípio do Controle Social.

MOÇÃO DE REPÚDIO

Nós, reunidos no V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, ocorrido em Miguel Pereira / RJ, no período de 17 a 21 de outubro de 2001, repudiamos a forma como a delegação de Minas Gerais retirou-se do evento. Lamentamos que um grupo tão importante no movimento, experiente na vivência de quanto custa tal promoção, tenha se utilizado deste recurso como protesto político. Foi constrangedora a percepção de que tal decisão não tinha o consenso dos usuários e familiares, o que foi expresso no pesar demonstrado por muitos deles.

Na esperança, e acreditando no poder de adesão da causa antimanicomial, esperamos e contamos com a reconsideração de tal procedimento.

MOÇÃO DE SOLIDARIEDADE

Nós, integrantes do Movimento da Luta Antimanicomial, reunidos no V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, ocorrido em Miguel Pereira / RJ, no período de 17 a 21 de outubro de 2001, nos solidarizamos com as vítimas inocentes do atentado ocorrido nos EUA, e com as vítimas inocentes do Afeganistão. Diante de quadro tão desolador, nós – usuários, técnicos e familiares – apresentamos esta moção de solidariedade para a Paz Mundial.

TESES ENCAMINHADAS PARA DISCUSSÃO NO V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

TESE DE ALAGOAS

NÚCLEO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DE ALAGOAS - NESMAL
INTEGRANTE DO MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Sede : Rua Miguel Palmeira, 1020 - Pinheiro - Maceió - AL

CEP: 57055 - 330

Fone : 241 - 2229 / 9341 - 9496/Fax 221 -4465

Caros colegas da luta, estamos enviando algumas informações de como anda a luta aqui em nosso estado das Alagoas e os nomes dos representantes para o Encontro Nacional.

Em nosso estado continuamos lutando pela reforma psiquiátrica com grandes dificuldades inclusive financeira, mas não deixamos, mesmo sendo poucos para trabalhar e acreditar em uma saúde mental melhor. Deste de 1998 que temos vaga de Titular no Conselho Municipal de Saúde e participamos das Conferências de Saúde, conseguimos desde de 1998 a aprovação e deliberação durante as conferências que nosso município tivesse sete Serviços Substitutivos, um por distrito e até agora só conseguimos dois e a nível de estado só temos CAPS em três cidades. Este ano estamos pressionando para sair mais serviços: o de tratamento Infanto-Juvenil, de Atendimento aos Autistas e Síndromes Afins, Serviços de Atendimento aos Drogados e a Emergência Psiquiátrica. Infelizmente a implantação destes serviços só esta sendo possível com a grande colaboração do Ministério Público do Estado, pois já esgotamos todas as outras alternativas. O outro nosso grande problema é a freqüente falta de medicação. Segue com os nossos representantes folhas com abaixo-assinados destas questões, pois pretendemos com eles abrir processo contra os Gestores do Ministério Público e esperamos poder contar com o apoio dos colegas durante este Encontro Nacional.

Os nossos representantes estaduais da Luta Antimanicomial são: Terezinha Maria de Oliveira (representante Técnica e dos familiares) e Antonio Fernando da Silva Santos (representantes dos usuários) estas duas pessoas vem acompanhado as nossas reuniões mensais e as nossas atividades.

Temos nestes últimos anos passado por sérios transtornos para podermos realizar o nosso trabalho aqui em nosso estado; o primeiro mais sério é que todos os nossos militantes que são funcionários do governo sofrem perseguição e os que são simpatizantes de nossa causa não podem assumir abertamente por medo, pois os que são contra a luta vivem a nos afamar de doidos e agitadores. Mas a nós, resta perguntar como anda a saúde mental destas pessoas.

Diante de nossa amarga experiência a nossa Tese é: Os militantes da Luta Antimanicomial do nosso país precisam mais do que tudo, estudar bastante sobre a Reforma Psiquiátrica, SUS, Controle Social, Constituição Federal, Políticas Públicas e participar de outros conselhos de direitos. E assim poder intervir junto a sua comunidade nos Conselhos Gestores, Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Cada estado precisar fazer grupos de estudos e assim discutir os nossos direitos e deveres enquanto cidadãos junto a comunidade, gestores e em último caso recorrer a Justiça (Ministério Público).

LUTA ANTIMANICOMIAL - ESTADO DE ALAGOAS

TESE DA BAHIA I

Relatório da IIPª Reunião Estadual preparatória para o V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial.

Salvador, outubro / 01.

Apresentação

Registramos aqui os debates e propostas de um importante momento experienciado nos dias 14 e 15/09/01, pelos atuais e quiçá, futuros companheiros da luta antimanicomial aqui em Salvador, num total de 176 encontristas.

O referido encontro se constituiu de um primeiro momento onde os presentes puderam se beneficiar com algumas falas mais sistematizadas de militantes do movimento, de parlamentares afinados com os princípios éticos filosóficos que norteiam o movimento e de representantes outros que lutam por um mundo mais igual.

Num segundo momento deu-se a discussão em grupos organizados em torno dos temas propostos nas plenárias. Vale informar que tais temas foram incorporados num documento elaborado pelo companheiro Marcus Vinicius e referendado pelos membros do NESM, o qual serviu de guia para as discussões nos grupos. O efeito do documento e dos debates sobre ele repercutiu de forma fantástica não só na capital como no interior culminando com o requerimento do documento por vários representantes de seguimentos os mais diversos.

Vários desdobramentos houveram a partir do encontro e com certeza terá rebatimentos significativos na Conferência Estadual de Saúde Mental que promete ser das mais discutidas e definidoras. Por fim no terceiro momento deu-se, a plenária final com a leitura e aprovação do relatório final. Esta terceira reunião dado o alto nível das apresentações, das discussões, da frequência maciça e dos efeitos gerados é um indicativo de que nós do NESM / BA, apesar dos fantasmas montados em nossos ombros temos procurados desobstaculizar o caminho e espantar os fantasmas (ou obsessores?) para que a Bahia saia do incomodo e vergonhoso lugar de lanterninha no que diz respeito á uma assistência a saúde mental cidadã.

Estamos chegando aí, não sei se muitos, mas com muita vontade de compartilhar cinco dias de muita emoção, muita alegria, acordos, desacordos, enfim juntar nossa louca vontade de excluir a exclusão.

Um abraço de todos os Orixás para vocês daí do Rio de Janeiro, Cidade que nos seduz.

Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios – NESM / BA

Relatório Final

Propostas em 2 linhas de atuação:

Em relação à sociedade.

1 – Sensibilização, conscientização e mobilização da opinião pública; Denunciando a real situação da saúde mental na Bahia, evidenciando:

- As disparidades encontradas na equipe técnica, em termos da quantidade de profissionais de cada área;
- A forma como os recursos são direcionados, priorizando a intervenção, em detrimento dos serviços alternativos;
- A falta de investimento em capacitação e reciclagem dos profissionais de saúde mental, que atendem as demandas dos profissionais e população;
- A centralização no que diz respeito à elaboração de projetos, excluindo a participação da comunidade técnica, usuários e familiares;
 - A falta de transparência na divulgação das ações implantadas.
- Sensibilização quanto à necessidade de superação do modelo de assistência atual, posto que, ainda que se garanta melhores condições de trabalho, nesse sistema, não se pode conceber o tratamento excludente gerado pela estrutura manicomial.
 - 2 – Intervenção na cultura, que atinja profissionais, usuários, familiares e sociedade em geral;
 - 3 – Ampliação das parcerias com os movimentos sociais. (articulação)

Em relação ao Estado.

- 1 – Elaborar e encaminhar ao Conselho Estadual de Saúde, solicitação de uma sessão especial, com a participação da CTRP, onde será cobrado: Um Relatório atualizado de Atividades da Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica.
 - Fiscalização e Assessoria Técnica para as ações da municipalização garantindo a aplicação correta da verba destinada para tal.
 Cronograma de atividades.
 - 2 - Retornar a discussão do Projeto de Lei de Reforma Psiquiátrica Estadual, e encaminhar a Assembléia para aprovação;
 - 3– Exigência de Auditoria nos Serviços de Saúde existentes, podendo gerar Intervenção nas unidades que não atendam aos requisitos básicos;
 - 4 – Moção de repúdio à forma como vêm sendo implementadas as ações de saúde mental na Bahia, com o apoio da Coordenação do GESAM, a ser elaborada no Encontro Nacional de Saúde Mental – RJ.

TESE DA BAHIA II

Movimento Antimanicomial : um novo tempo de organização !

Marcus Vinicius de Oliveira

Edna Amado Nonato

Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios/Bahia

O Movimento Antimanicomial tem muitas dimensões. Isso se constitui na sua riqueza e na sua força. Devemos reconhecer e assumir essa condição resistindo sempre às tendências que nos induzem a reduzi-lo para organizá-lo. Assim podemos pensá-lo como:

Movimento Antimanicomial – Ideologia

Movimento Antimanicomial – Cultura

Movimento Antimanicomial – Assistência

Movimento Antimanicomial – Identidade militante

Movimento Antimanicomial – Organização política

Estas dimensões aparecem articuladas nas nossas intervenções ao longo dos seus quase 14 anos de existência. A depender do coletivo ou do militante a cada hora uma delas, ou algumas delas vão aparecer mais, se destacando como “identidade” das nossas intervenções e produções. Em alguns coletivos elas estão todas presentes, mas para alguém, uma destas dimensões, apenas, pode aparecer como objeto de interesse exclusivo. O cruzamento delas permite a produção de identidades militantes variadas assumidas pelos indivíduos e pelos coletivos. Pensamos que o processo de organização desta totalidade é praticamente impossível, sem representar um certo empobrecimento desta pluralidade... Pensamos, por outro lado que os segmentos mais mobilizados, que apresentam um funcionamento mais orgânico e regular, e que, de certo modo “animam” e sustentam uma cena política constituída pelas plenárias, reuniões, seminários e encontros oficiais do Movimento manifestam uma certa insatisfação em relação à pequena organicidade de funcionamento (que pode ser local, estadual ou nacional) do mesmo.

Essa pequena organicidade, esse modo, as vezes muito fluido, pouco amarrado, da nossa organização é vista como sendo a responsável pela insuficiente circulação de informações, pela limitada operacionalização das iniciativas políticas, pela escassez de infra estrutura e pela nossa baixa capacidade de empreendimentos sociais. Aparentemente o poder “desorganizado” do Movimento, enquanto capacidade de mobilizar afetos, simpatias, adesões ideológicas seria muito menor do que o seu poder organizado. Ou seja realizamos apenas uma pequena parte do nosso potencial. O apelo da nossa causa, a sua força social e os seus efeitos de verdade seriam muito maiores do que a nossa capacidade de transformarmos isso em ações organizadas, em mobilizações ou em força política. Essa insatisfação é compreensível e até positiva. Ela representa um desejo legítimo da ampliação da nossa causa, de sua penetração social, da nossa capacidade de produzirmos intervenções legítimas nas cenas políticas mais amplas da nossa sociedade. Mas apesar do seu caráter positivo é preciso cautela nas respostas que vamos oferecer a essas nossas insatisfações. Esse caráter contraditório, entre as nossas potencialidades enquanto um movimento social que hoje goza de grande reconhecimento e as nossas conhecidas “fraquezas” e “debilidades” refletem o caráter complexo do nosso tema – garantir a presença e o convívio social da loucura – e dos variados objetivos que levam os sujeitos a aderirem a nossa luta e ao nosso movimento. Como são muito variadas e subjetivas essas motivações, torna-se difícil produzir um projeto organizativo que possa ser comum a todos os interesses, disponibilidades, visões e objetivos dos que participam.

Por isso pensamos que o nosso desafio não deve ser o de produzirmos uma “identidade” única de todos estes interesses, ou mesmo conformarmos toda essa diversidade através de um pequeno conjunto de regras “simples” de convivência político institucional, no quadro do movimento Antimanicomial. Devemos cuidar para evitarmos essas formulas que pretendam ser universalistas e venham ferir as singularidades de cada projeto de participação, com regras para tudo e para todos. Devemos reconhecermos a legitimidade de todas as participações, das mais variadas formas de adesão e militança no nosso movimento. Reconhecer que cada uma delas ao seu modo nos fortalece, mas nem todas estão disponíveis para participar de plenárias, de encontros, de instâncias de deliberação coletiva. Reconhecer isso entretanto não deve significar que vamos abrir mão de “organizarmos o movimento”, mas sim de fazermos um esforço de distinguirmos as dimensões e criarmos formas organizativas que sejam adequadas a cada uma delas, que sejam leves, democráticas e garantam a expressão da diversidade.

Por isso é preciso reconhecermos a importância e a legitimidade desta cena política onde nem sempre todos vem participar, mas representa um esforço de produzirmos uma voz comum unindo voluntariamente as nossas forças. Esforço de oferecer uma voz que represente os grupos, núcleos, associações e outras formas de coletivos organizados que se reivindicam como sendo do movimento, que buscam se encontrar, se organizar, se articular numa convivência política cujo principal interesse é a ampliação da nossa potência para intervirmos enquanto movimento social que quer influenciar socialmente, que quer ser ouvido pela sociedade, pelos governantes, pelas instituições. Sabendo que será impossível que esta cena possa representar tudo e todos aqueles que de algum modo participam da causa Antimanicomial, podemos avançar para que ela represente efetivamente e com maior força política todos os que tiverem interesse em dela participar.

Hoje com quase 15 anos de existência e com a experiência de todos estes anos, pensamos que o Movimento Antimanicomial deve avançar sua organização, garantindo a sua abertura e a democracia desta cena para todos os coletivos que se organizarem voluntariamente segundo o novo pacto organizativo que devemos estabelecer neste nosso V Encontro Nacional. Sem excluir ninguém e sem "fechar" o movimento devemos hoje distinguirmos o MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL - AMPLO E O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL - ORGANIZAÇÃO. Pelo primeiro compreendemos todas as iniciativas livres que qualquer integrante da sociedade pode desenvolver, individualmente, institucionalmente ou coletivamente em nome do projeto "por uma sociedade sem manicômios", em nome do direito à diferença ou contra as lógicas manicomiais. Pelo segundo entenderemos a expressão politicamente organizada do primeiro: um pacto político de coletivos organizados, que segundo regras de convivência política buscam expressar socialmente o pensamento dos grupos que se dispõem a essa organização. Neste novo pacto político pensamos que devemos enfatizar a lógica da organização dos coletivos. Devemos ser uma dimensão do movimento cuja base social são coletivos organizados de pessoas, militantes, independente do segmento social a que pertencem. Assim por exemplo, os técnicos que trabalham em um serviço substitutivo certamente serão reconhecidos como fazendo parte do Movimento - Amplo, mas somente estarão participando do Movimento - Organização se eles se dispuserem a se constituir em um coletivo especialmente formado para este fim, com um funcionamento regular (seja este mais formalizado ou menos formalizado) que especialmente e explicitamente formule a uma instância de Coordenação do Movimento - Organização o seu interesse ou desejo de aderir e

participar das suas instancias de decisão. E preciso transformar a quantidade em qualidade! Os Núcleos do Movimento devem ser abertos à participação de todos os interessados garantindo-se a existência de tantos Núcleos quanto eles existam sem levar em conta ser de base geográfica ou por segmento ou qualquer outro critério. Mas o Núcleo deve ser o lugar principal de participação dos militantes e da formação de novos quadros e por isso ele tem que ser tão importante. Devemos levar em conta que não constituímos esta cena política organizada do movimento Antimanicomial para viabilizarmos uma protagonização interna, para dentro do movimento, diante de nós mesmos, mas para viabilizar uma protagonização para fora, diante da sociedade que é o nosso foco e o nosso alvo. A nossa organização deve expressar o desejo da reunião para a ampliação da força coletiva.

Propostas :

Hoje precisamos saber com que forças organizadas efetivamente contamos. Sabemos que contamos com uma enorme simpatia da sociedade, dos estudantes, dos intelectuais, dos artistas, mas precisamos para fazer avançar a nossa luta contarmos com forças organizadas que sistematicamente trabalhem para fazer com que essa simpatia se transforme em atitudes positivas para a nossa causa. Por isso precisamos fortalecer os Núcleos do Movimento – sejam eles entidades, serviços, coletivos. Precisamos saber quantos eles são e quantos existem de fato. Para isso precisamos fazer uma campanha de cadastramento dos núcleos do Movimento. Sem prejuízo dos Núcleos que tem base estadual é preciso garantir que cada Núcleo mantenha uma relação política com a Coordenação Nacional, através da contribuição financeira e do recebimento e envio de informações. E preciso ampliar a base organizada do Movimento e para isso é preciso uma Campanha de criação de novos Núcleos. Se a base do MST são os assentamentos a base do Movimento Antimanicomial - Organização devem ser os Núcleos. Devemos rever o modelo da Secretaria Executiva Nacional que vem se revelando muito frágil porque não tem como base uma estrutura de Núcleos na qual ela pudesse se apoiar. Devemos criar uma Coordenação do Movimento, para a qual cada estado da federação deve indicar democraticamente, com a participação de todos os Núcleos existentes neste estado, 01 representante efetivo e 01 suplente . Este coletivo nacional deve responder pela Coordenação do Movimento e no seu interior eleger uma Executiva de 03 membros. Devemos manter a plenária de Núcleos, com periodicidade anual, com a participação em cada plenária de um

delegado-representante de cada um dos Núcleos registrados e quites com a tesouraria do Movimento. O direito a voto nas plenárias deve ser exclusivo dos delegados dos núcleos filiados e quites. O Encontro Nacional do Movimento deve passar a ser realizado a cada 03 anos – e não dois como tem sido – sendo que a participação neste Encontro deve ser de Delegações condicionadas à realização de Encontros Estaduais Preparatórios.

TESE DA BAHIA III

O Movimento da Luta Antimanicomial e o Movimento dos Usuários e Familiares.

Marcus Vinicius de Oliveira Silva[★].

Participando de uma das ultimas plenárias regulares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, realizada no Rio de Janeiro, pude expressar, numa intervenção um tanto apressada, o que me pareciam algumas percepções e preocupações relativas a este fato político, absolutamente singular e original, da existência, no Brasil, de um movimento social organizado, referido nas problemáticas da área da saúde mental, no qual participam lado a lado, além dos profissionais normalmente responsáveis pelos cuidados e pelas prestações dos serviços assistenciais, um segmento constituído pelos que deles recebem ou já receberam cuidados, bem como de uma forma um pouco menos expressiva, dos familiares destes sujeitos, que foram ou continuam sendo “usuários” dos serviços psiquiátricos e alvos de cuidados profissionais e institucionais.

★ Marcus Vinicius é psicólogo, integrou a Comissão Organizadora do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Dez.87/Baurá/SP, integrou a Coordenação Executiva Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial até 1989, foi um dos articuladores da Reunião de Rearticulação/Reorganização do Movimento Antimanicomial, em 1990/Salvador/Bahia, foi o coordenador da realização do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em set.1993 em Salvador/Bahia, foi o primeiro representante do Movimento Antimanicomial na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do CNS em 1994/1995, esteve presente no II e VI Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, esteve presente em todos os quatro Encontros Nacionais do Movimento da Luta Antimanicomial e não se sente nem como um dinossauro, nem como um capa preta, mas sim leve como um colibri, companheiro e solidário, apaixonado pela causa da Luta Antimanicomial.

Pretendo aqui, com menos urgência, revisitar um pouco da história do nosso movimento, buscando resgatar alguns elementos que nos permitam problematizar os significados da incorporação dessa importante força política, em que os mesmos se constituíram e vem se constituindo no interior do Movimento Antimanicomial, na perspectiva da explicitação, e quiçá, da elucidação, de algumas contradições que tal incorporação tem pressuposto e pressupõe ainda.

Em primeiro lugar é preciso registrar que ao se completarem treze anos da existência e intervenção do movimento antimanicomial no Brasil, uma espécie de abismo separa a nossa percepção atual, daquela cultura psiquiátrica estrita que era vigente e exclusiva nos meios assistenciais psiquiátricos daqueles dias, contaminando a toda a sociedade. Principalmente para aqueles que vivem a prática política e as práticas assistenciais direcionadas e orientadas pelos princípios desse movimento. Apesar do fato de que o hospital psiquiátrico ainda ocupe hoje, no nosso país, um lugar de destaque enquanto a referência e o locus privilegiado para a prestação da atenção psiquiátrica, através da prática da internação, a constituição de mais de trezentos serviços de intenção substitutiva ao manicômio tem oferecido espaço para que vá se forjando, nessa trajetória uma nova cultura relacional entre os que prestam e os que recebem a assistência.

Marcada pelo desafio do oferecimento de uma atenção onde a liberdade e a cidadania destes sujeitos figurem enquanto operadores éticos superiores, colocados acima da suposta primazia das verdades técnicas profissionais, esta cultura constrói-se na direção da horizontalização das relações, do respeito à palavra e as buscas dos seus atendidos. As coisas que vivemos, fazemos e aprendemos nestes ambientes nos colocam, sem dúvidas, a anos-luz de distancia daquelas práticas e manejos das abordagens tradicionais da assistência psiquiátrica. Também no campo social temos assistido, a partir da intervenção cultural do movimento a um alargamento da tolerância social, com uma relativa modernização das percepções, dos conceitos e das atitudes referentes à presença social dos loucos na vida comunitária. No lugar da certeza de que o lugar do louco é no hospício percebemos a instauração progressiva de uma dúvida, que se converte mais facilmente em aliada das nossas proposições. A lógica antimanicomial já não é de toda uma estranha na vida social, conquanto não tenha ainda o poder de reverter totalmente àquelas intolerâncias expulsivas.

Por mais rica, intensa e apaixonada que possa ser essa experiência do campo antimanicomial que vamos construindo, não podemos, entretanto, nos iludir em relação a tal estado de coisas. Por mais influentes e poderosos que possam ser os valores vividos no interior dessas nossas experiências e comunidades, e por mais eficazes que possam ser estes manejos, com seus notáveis efeitos humanizantes para os pares assistentes/assistidos, usuário/comunidade, técnicos/usuários/familiares, a relativa coexistência atual destas duas ordens de mundos culturais no campo profissional psiquiátrico, não deve, entretanto, nos conduzir ao engano da existência de uma situação pacificada entre eles. Marcado por um intenso conflito, estas duas ordens de realidade social /institucional buscam insistentemente neutralizarem-se uma à outra. E, do mesmo modo como perseguimos aferradamente a subversão da ordem estática e cristalizada que emana e opera nos modelos fornecidos e reiterados na sociedade, pelo manicômio, essa ordem manicomial pretende sempre aniquilar com todos os efeitos liberalizadores que produzimos, reinstituindo o silêncio e a hierarquia.

E essa é uma das razões pelas quais o nosso movimento se constitui originalmente, desde o seu início, como uma "luta": a luta pela instituição de uma outra ordem de realidade de relacionamento com o transtorno, com o sofrimento, com a tragédia, que, ao mesmo tempo em que se institui, seja capaz de criticar e questionar as bases da sua própria instituição. Como afirmava Basaglia, a desordem e a desorganização sempre implicadas na presença da Loucura, funcionam como um elemento de "provocação" permanente à estabilização da ordem social, configuradas nas instituições da sociedade. Portanto toda e qualquer institucionalização que possamos produzir, como equacionadoras das relações da sociedade com a Loucura, por mais democráticas e libertárias que possam tencionar ser, terão como seu limite a insistência da "provocação" desestabilizadora, representada pela Loucura. Daí que, quaisquer que sejam as instituições produzidas, elas serão tendencialmente restritivas, normalizadoras, opressoras em relação a essa *alteridade radical* que a Loucura representa diante da ordem social.

Por outro lado, do ponto de vista bem prático, o modo privatista, como se organizou no Brasil, o sistema assistencial psiquiátrico, com o privilégio da constituição de uma rede de empresas hospitalares que vendem serviços à previdência governamental, introduziu um elemento a mais, reforçador dessa ordem psiquiátrica instituída através do manicômio. Enquanto na maioria dos países, fazer

a Reforma Psiquiátrica significou apenas fazer, no interior de setor sanitário do estado, uma reorganização administrativo-assistencial, e as contradições mais evidentes estavam referidas às problemáticas que tratamos no parágrafo anterior, no Brasil, a “indústria da loucura” veio a representar uma organização de características mafiosas, marcada pela corrupção, pelo tráfico de influências, pela dominação econômica. O *lobby* empresarial que dominou, durante décadas, e ainda tem grande poder, no campo político das ações psiquiátricas no país, representou e representa ainda, um elemento de distorção, estranho aos debates teóricos e técnicos característicos do meio profissional, operando exclusivamente a partir dos seus interesses econômicos mais imediatos, relativos à manutenção e sobrevivência do seu “negócio”. Interesses econômicos “atrasados” e “retrógrados”, principalmente quando cotejados com o direcionamento dos investimentos do moderno capital financeiro investido na área da saúde, hoje operando através dos serviços do seguro e dos planos de saúde. E se nós lutamos pelo fim dos seus manicômios, é porque eles lutam sistematicamente e com todo o seu poder social, econômico e político para a sua manutenção. Não é por outro motivo que a lei Paulo Delgado, que proíbe os manicômios, tramita a mais de dez anos no Congresso Nacional.

Somente existe a luta antimanicomial (e as vezes alguns de nós criticam este nome sem aprofundar nas suas razões de ser) porque existe uma grande e permanente luta manicomial: cada paciente que é internado, cada crônico que hoje ocupa um destes 61.000 leitos no país, cada sujeito que entra na via crucis das reinternações sucessivas, constitui-se numa vítima desta luta manicomial. A conspiração permanente da cultura instituída, contra a existência da desordem e da diferença, aliada, no caso brasileiro, aos interesses mesquinhos de pouco mais de uma centena de empresários inescrupulosos, e de uma dezena de reacionários caciques da velha psiquiatria, que não querem perder seus privilégios e poder, sustentam uma poderosa máquina de guerra manicomial que quotidianamente se alimenta de vidas humanas, as quais ela destroça e aniquila.

Deste modo, devemos estar atentos ao modo através do qual a contradição aparece para nós, como uma figura inerente, introduzida desde fora, do plano mais geral da cultura e da sociedade, e desde dentro, do plano da realidade subjetiva que nos constitui, como uma presença fundamental e como um material básico das

nossas construções. Fazer o Movimento Antimanicomial significa permanentemente, trabalhar de forma bastante prática, num plano das contradições. E mais uma vez lembramos Basaglia, quando ele falava do otimismo da prática contra o pessimismo da razão. Isso significa que a nossa razão trabalha a partir dos modelos e das idealidades construídas racionalmente, às quais pretendemos, a cada vez, fazer ajustar a realidade. Do ponto de vista da realidade instituída socialmente, o que significa no caso presente da sociedade ocidental, uma realidade instituída racionalmente ou instituída sob o paradigma da racionalidade, a Loucura e a Desrazão estarão permanentemente excluídas. Não existe lugar para elas no pensamento, porque a Loucura significa exatamente a ausência do pensamento, entendido este, enquanto racionalidade.

Permanentemente, ao fazermos o que nos propomos, ao fazermos o Movimento Antimanicomial, estaremos lidando com o tornar possível um certo "impossível". Incluir socialmente a Loucura parece, desde o ponto de vista do pensamento uma possibilidade improvável. É como se houvesse uma conspiração do conforto social, da cristalização da ordem, que exercesse uma força contrária, de natureza inercial que apostasse sempre na inviabilidade desse projeto. Apostar na possibilidade da organização social e política dos usuários, e em menor escala dos familiares, seria aparentemente, um processo que estaria marcado por esse grande conjunto de contradições e por uma imensa superação de limites. Aparentemente, passados esses treze anos, nós tendemos a nos adaptarmos às conquistas realizadas, perdendo às vezes um pouco da perspectiva que nos indicaria os significados dos caminhos já percorridos e os desafios e obstáculos que ainda estão colocados para nós.

Mas, principalmente, o maior problema desta perda de perspectiva seria deixar de considerar os problemas em suas dimensões reais em nome de uma "idealidade" simplista e simplificadora que não leva em conta os reais limites e as contradições que devem ser superadas e nos deixa desarmados. Penso que a incorporação deste contingente de militância do segmento dos usuários e familiares, com a importância política que ele tem assumido nos últimos tempos no movimento antimanicomial, está a exigir um certo acerto de contas com o processo já trilhado, que seja capaz de reafirmar os limites e as contradições para que juntos, técnicos, usuários e familiares possamos superá-los.

Voltando ao início...

Reverendo o Manifesto de Bauru¹, espécie de documento inicial direcionador deste movimento, podemos perceber que, apesar da sua potência estratégica ao afirmar, por exemplo, a necessidade da construção de um laço social dos profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão constituída pela presença dos manicômios na sociedade brasileira, indicando “o movimento popular e a classe trabalhadora organizada” como os seus interlocutores privilegiados, o mesmo não traz nenhuma alusão a uma tarefa política específica, relacionada com a organização dos próprios atingidos e vitimados pela violência manicomial, na intensidade, tal como viria a ocorrer alguns anos mais tarde.

É interessante pensar, a posteriori, no significado possível da ausência, no nosso manifesto, de uma indicação mais explícita nesta direção. Presente no caldo de cultura política do campo da crítica institucional Psi, desde os anos 70, principalmente derivado das correntes marxistas, analítico-institucionais, grupalistas e sociodramáticas, paulofreiriana, etc., a noção de que os próprios sujeitos “prejudicados” devem ser os atores principais das suas lutas emancipatórias e

¹ MANIFESTO DE BAURU

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de um estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão deste tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da organização dos trabalhadores em saúde mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

CONTRA A MERCANTILIZAÇÃO DA DOENÇA. Contra a mercantilização da doença; Contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; Por uma reforma sanitária democrática e popular; Pela reforma agrária e urbana; Pela organização livre e independente dos trabalhadores; Pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; Pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988;

POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS!

Bauru, Dez.1987 -II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.

senhores das discursividades em que elas se traduzem, constituía-se certamente, num pensamento corrente entre aqueles que responderam pelas iniciativas da convocação daquele II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental e dos que lá estiveram compondo o plenário que aprovou este manifesto. Ainda assim, apesar da clareza com a qual a questão da organização independente é insistentemente apontada nos diversos trechos e palavras de ordem, e a aliança com os setores populares e sindicais é igualmente reafirmada, nenhuma palavra é dirigida na perspectiva de formular a importância da construção de uma organização dos usuários e familiares, que faziam parte da clientela destes profissionais.

Podemos pensar que tal tarefa pudesse estar subtendida na proposição que faz o manifesto da luta “pelos direitos de cidadania dos doentes mentais”, os quais pressuporiam, entre outros, o direito à sua livre organização, mas o certo é, que, naquele momento, apesar daquele congresso já registrar a presença entre nós, de delegações de “pacientes” tal como tenho na lembrança a presença do Grupo Loucos pela Vida do Juqueri/SP, bem como a presença de um ou outro grupo de familiares, a perspectiva de protagonização política que ele apontava estava centrada na figura do movimento dos profissionais, com a sua cultura política tradicional de esquerda e ainda fortemente marcada por alguns traços corporativos e sindicais.

Apesar da evidente ampliação do escopo da luta, elemento de profunda ruptura daquele momento com tudo o que existiu anteriormente em termos do questionamento institucional da ordem psiquiátrica em nosso país, a retórica do manifesto, a eleição dos aliados preferenciais, e a lógica da luta que ele articula, não incorporava ainda, a possibilidade de que os nossos pacientes pudessem vir a ser, juntamente com os seus familiares, atores coadjuvantes tão importantes e tão significativos, do movimento que estávamos construindo.

Sem dúvida, já estávamos distante daquela postura dos primeiros tempos antipsiquiátricos, nos quais a saudação e a solenidade que revestia a raridade das oportunidades em que se fazia a escuta pública da fala de um ou outro paciente, na denuncia das arbitrariedades psiquiátricas - “escuta que agora o louco vai falar!” - somente fazia ressaltar a excentricidade da situação. Todavia o olhar predominante que podíamos lhes dirigir naquele momento, se impregnava de uma certa leitura profissional, onde, a cidadania buscada como uma referência política balizadora do nosso fazer técnico, em relação a eles, era uma cidadania “apesar de”. Ou seja, a cidadania afirmada com um direito seu, apesar da condição mental

destes sujeitos, apesar de suas limitações humanas psíquicas e pessoais.

E talvez fosse a força da presença da percepção da existência de uma certa ordem de limitações psíquicas, como um elemento preponderante na constituição destes sujeitos, o que poderia estar, naquele momento, nos impedindo de avançar, em relação aos mesmos, este tipo de expectativa. Podemos pensar que apesar da postura de uma cristalina disposição para enfrentar a injustiça implícita e explícita, presente na institucionalização das relações com os mesmos, enquanto os "loucos", os "doentes mentais" ou como os nossos "pacientes", derivadas dos nossos saberes teóricos e propostos desde os discursos psiquiátricos, psicanalíticos, psicológicos, alimentávamos ainda, uma certa ordem de preconceitos profissionais em relação às suas potencialidades.

Registrar a presença de tal configuração inicial, longe de significar uma condenação moral aos nossos primeiros tempos, teria o efeito de evitar uma ilusão retrospectiva, que veria desde sempre, de um modo otimista, a presença entre nós, de algumas construções que são mais contemporâneas e indicam exatamente os nossos avanços neste campo. Concretamente, em Bauru, as nossas formulações estavam postas num certo estado de credo questionador, que apesar de fazer fê de que tudo poderia ser diferente se nos livrássemos do peso institucionalizador daquelas relações anômicas, objetivantes, hierarquizadoras, fundadas no autoritarismo psiquiátrico-manicomial e seu ordenamento centrado no poder médico, não tinha como visualizar especificamente este ou aquele tipo de resultados ou desdobramentos.

Negar a solução socialmente institucionalizada, através do hospício, para o relacionamento Loucura X Sociedade, aparecia como o elemento potencializador para que se abrisse novamente a interrogação acerca do que fazer com estes sujeitos marcados pela diferença e por essa alteridade radical. Afirmar a "sociedade sem manicômios" significava retornar à esta mesma sociedade com uma pergunta acerca de novos "fazer" e "dizer" possíveis em relação à Loucura, pensados agora, a partir da ausência desse tipo de dispositivo, símbolo de uma postura que considerava a exclusão social como a sua única possibilidade.

Essa fé e essa confiança políticas operavam, é claro, a partir das inserções e experiências concretas dos sujeitos, nos serviços existentes, onde os mesmos trabalhavam, fossem estes os ambulatórios e os hospícios tradicionais, fossem estes alguns dos raros e preciosos "experimentos" assistenciais marginais, nos quais alguns dos nossos novos conceitos estavam confusamente se forjando. O carácter

e a perspectiva eminente que nos orientava naquele momento era inequívoco. Queríamos, ao lado da liberação dos nossos pacientes, do jugo desta ordem tão cristalizada, produzir a nossa própria liberação de tão desumanizante fardo. Como afirmava o manifesto, recusávamos, como profissionais, “o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas” e vislumbrávamos a possibilidade da existência de um outro fazer instigante e vitalizado, que realmente levasse em consideração a existência concreta daqueles sujeitos dos quais tratávamos, a sua nomeação enquanto cidadania e autonomia.

Entretanto, seria apenas com o impulsionamento das novas experiências assistenciais, aí com um destaque para o papel pioneiro desempenhado pelo CAPES da Avenida Paulista e, mais majestosamente, para a intervenção no Hospital Anchieta em Santos, em 1989, que nós poderíamos passar a colher os surpreendentes efeitos humanos, técnicos, políticos, assistenciais, culturais, etc., que, de certo modo pressupostos na nossa utopia ativa, ultrapassavam em muito, quaisquer expectativas até então formuladas conscientemente, mesmo as mais otimistas. O que estava sonhado e adivinhado em nosso desejo, já que raríssimos de nós tinham, na época, algum conhecimento existencial prático de situações semelhantes – exceto a presença de dois ou três que traziam na bagagem, a vivência de processos institucionais, em outros países – floresceu com enorme riqueza. Sim, de fato, a retirada do obstáculo, representado pela rígida ordem psiquiátrica e pelos inumanos meios físicos do manicômio – grades, celas, excesso de medicação, etc. – possibilitou o desabrochar de uma complexa experiência antropológica, de sabor absolutamente nacional, onde os antigos “pacientes” puderam ter redimensionadas, as suas existências.

De todas as produções, através das quais o Movimento Antimanicomial se utilizou para se insinuar e se fazer presente socialmente, este foco assistencial ganha extrema importância enquanto condição de possibilidade da sua existência e do seu avanço. Se é verdade que, sobretudo nos seus primeiros três anos de sua organização, a sua prática discursiva, o seu proselitismo e denúncia contra os hospícios, associado a uma intensa formulação de estratégias de intervenção cultural e política – como as convocações dos dias nacionais de luta antimanicomial – abrem os primeiros espaços de um debate, não mais episódico, mas permanente e continuado sobre a temática psiquiátrica na sociedade brasileira, ele somente veio a conquistar alguma legitimidade, principalmente junto ao meio profissional, na medida, e a partir do momento, em que ele se demonstrou capaz de viver,

praticamente, as suas utopias e de se responsabilizar socialmente pelo cuidado de doentes considerados graves e de pacientes em crise.

Aquelas duas primeiras experiências, chanceladas como vinculadas ao movimento antimanicomial por contar entre os seus animadores com quadros profissionais, que se reivindicavam como sendo desse movimento, se constituíram em primeiros espaços de ensaio e vitrine demonstrativa do poder daquelas formulações críticas ao hospício, que eram enunciadas por aquele restrito grupo profissional. É preciso que recordemos que naquele momento, formando ao lado da tradição, encontravam-se unidos, obviamente os interesses econômicos dos empresários, donos dos hospitais, os interesses corporativos da ordem psiquiátrica que se sentia atingida pelo questionamento ao feudo onde a mesma exercia regimento o seu poder, algumas burocracias psiquiátricas vinculadas à direção de estabelecimentos e políticas públicas, e toda uma desconfiada geração de profissionais que considerava o movimento antimanicomial uma duplamente equivocada, porque reedição, retomada do velho movimento da antipsiquiatria.

Curiosamente portanto, um dos obstáculos importantes colocado por esse campo da tradição reacionária, que tiveram que ser enfrentados pelo movimento antimanicomial, dizia respeito à viabilidade técnica do empreendimento de se fazer atenção a casos graves, dispensando-se a utilização da internação. Deslocava-se assim a questão para um plano técnico-profissional e dizia-se então, que a radicalidade da proposição do movimento antimanicomial era "tecnicamente" inviável. Mesmo para alguns dos membros, do histórico movimento dos trabalhadores de saúde mental, do qual o movimento antimanicomial representou uma retomada, mas principalmente uma superação, assustados com a radicalidade da proposição da "sociedade sem manicômios", isso aparecia como algo folclórico, de pouca consistência e irresponsável.

Apenas para um efeito de registro, assinalamos ainda que, desfazia-se assim, pelo menos naquele primeiro momento, através da presença do discurso antimanicomial, a "frente ampla" profissional, de natureza crítica, aglutinada em torno do MTSM, descendo do bonde alguns burocratas meramente desejosos de uma racionalização dos usos do hospício, bem como outros, filantropos e caritativos, cujo incômodo com o hospício se resumia a exigência da cessação dos maus tratos e das violências em seu interior. Muitos haviam, de um modo geral, que defendiam e defendem ainda até hoje, de boa fê, a existência de um bom hospício, higiênico, técnico e administrativamente aparelhado para que ele cumpra eficientemente as

suas funções. Todos esses obviamente desconfiavam e torciam contra a capacidade do nosso movimento realizar a sua utopia.

Inspiradoras, essas primeiras experiências foram responsáveis por oferecer horizontes para a organização de uma série de outras. Marcadas, com diferentes graus de agudez, por uma intensidade crítica em relação a tudo o que representava a antiga ordem psiquiátrica, foram dos questionamentos daquela, que se produziram os elementos fundantes de uma nova cotidianidade dos serviços. E nesse novo cotidiano, não mais colocados no lugar de coisas, não mais objetificados, não mais simplesmente rotulados, emergem com toda a sua riqueza de vida esse contingente de novos sujeitos sociais, desejantes, reivindicativos, agradecidos à causa que sustentou a sua liberação, capazes de realizar comparações entre o velho e o novo, agora experimentado.

Relativamente liberados para (re)construírem e (re)criarem as suas existências, para muitos deles o caminho da militância no movimento antimanicomial se colocou como uma espécie de via natural. A própria noção de clínica expandida ou ampliada que veio e vem sendo urdida, neste novos serviços, convoca a uma implicação destes sujeitos com processos coletivos, pensado como elementos de apoio a sua sustentação no mundo. A ênfase dos novos serviços na produção de redes de sociabilidade, na inclusão do grupo familiar nos processos de tratamento, no agenciamento de espaços convencionais de experimentação de novas possibilidades de expressão artística, política, afetiva, da necessidade de organizar a reinserção social ampla, inclusive no mundo do trabalho, faz da "política" uma importante dimensão a ser reapropriada por esses sujeitos.

A existência de um movimento social, plural e democrático, nas bases instituídas desde 1993, pelo Movimento Antimanicomial, com seus espaços plenários nacionais, com suas campanhas, com suas potencialidades enquanto espaços de expressão pessoal, coloca-se evidentemente como uma importante referência de desenvolvimento de aprendizagens para todos os que nele se envolvem: usuários, técnicos e familiares. Afinal de contas é neste microcosmos social que se exercita até as últimas conseqüências (ou pelo menos deveria ser assim) o experimento que propomos a toda a sociedade e que consiste em admitir e garantir a convivência plural de loucos e dos supostos normais.

Uma breve digressão...

Se retomamos aqui esses elementos, é muito menos por mero saudosismo e muito mais porque pensamos, que a relativa generalização desenvolvida a partir

desses momentos mais iniciais, que nos encaminhou a existência presente, dos inúmeros e subsequentes espaços assistenciais, culturais, convivenciais, políticos etc., orientados por essa “ideologia” antimanicomial, não deveria nos fazer perder a percepção genuína, do salto gigantesco representado por essas primeiras práticas instituidoras do nosso campo.

Percebemos, na linha da discussão já anteriormente estabelecida, como bastante e duplamente prejudiciais, os efeitos naturalizadores que às vezes atravessam hoje, as nossas produções. Primeiro porque ao estabelecê-las como um modo “natural” em oposição ao suposto modo antinatural do hospício, deixamos de perceber o quanto elas somente se instituem porque impulsionadas por uma vontade consciente que confronta e enfrenta quotidianamente, as tendências inerciais da sociedade em relação à Loucura. Deixamos de perceber que a sua instauração significa “matar um leão a cada dia” e que o aparentemente conquistado não se garante na ausência de uma vontade que permanentemente se responsabilize pela sua sustentação. Segundo porque podemos ser capturados pela tentação do “conforto das formas”, que significa concretamente uma adaptação a alguns “equilíbrios”, que provisórios passam a se institucionalizar como permanências ou idealidades a serem reiteradamente reconstituídas.

A “recuperação” pela ordem constitui-se numa ameaça permanente que paira sobre todos os espaços orientados pela nossa “ideologia” antimanicomial. E devemos ter isso permanentemente em conta. Não ao modo histérico, sempre pronto para denunciar moralmente a “manicomialização” dos serviços substitutivos, ou a falta de rigor alheio, o desvio de supostos cânones antimanicomiais, alhures estabelecidos, mas sim, como um elemento que tensiona sistematicamente toda a nossa produção e tudo o que fazemos nesse campo. A própria idéia de “desinstitucionalização” muitas vezes tomada - e mais uma vez recorremos aqui, a Basaglia - nem sempre o é em todas as suas conseqüências críticas. Temos muitas vezes assistido ao seu emprego, como se o seu fulcro fosse, meramente, a “desconstrução” ou a “desmontagem” das instituições, A, B ou C, enquanto que a potência que percebemos nela, está relacionada muito mais com aquelas idéias da impossibilidade de uma instituição que possa “em permanência” ser boa, ou adequada, ou eficiente, para a abordagem da loucura ou de qualquer outra das fragilidades humanas, sem realizar o seu constrangimento ou sem, *tendencialmente*, colocar-se numa perspectiva opressiva em relação a ela.

Pensamos que a denúncia principal de Basaglia, através deste conceito, está

justamente na negação da possibilidade de um “solução institucional”, do tipo simples ou complexa, qualquer que seja ela, para a abordagem das situações marcadas pelo sofrimento humano, sem provocar o constrangimento dos que nelas são atendidos. Situação que estabeleceria, para nós, um paradoxo sistemático, na medida em que a existência social e a construção da cultura, pressupõe permanentemente os processos de instituição e institucionalização da vida social. Nós só podemos ter existência, na e pelas instituições, com elas e através delas. Se expandimos este conceito de instituição à todas as formas socialmente sancionadas, através das quais a vida social encontra os seus meios de reprodução, vamos perceber que todas as nossas “criações” já nascem marcadas pela suspeita. E como nós não podemos abdicar de “formatar”, de dar um formato concreto às nossas construções sociais, tais como as regras, os regulamentos, as espacialidades, as temporalidades, aos estabelecimentos, à convivência com os outros humanos, o que poderia nos restar de controle sobre a situação, seria um certo senso e treino de tipo paranóico, atento para perceber “onde” as nossas criações começam a trair o nosso sonho, para que não entrássemos sem saber em um sonho que já se tornou não mais o nosso, e que, principalmente, começa a se converter em fonte de pesadelo para aqueles que são assistidos pôr seu intermédio.

Nessa direção, poderíamos também pensar, na urgência do desenvolvimento e “invenção” de alguns dispositivos coletivos de alerta, uma espécie de indicadores de alarme, que pudessem realizar regularmente um *check* dos nossos projetos sob estes aspectos, confrontando os nossos ideais com os resultados concretos de nossas produções. Evidenciando para nós algo deste efeito inercial, próprio do instituído em sua insidiosa e sistemática presença. Se a presença “instituição” é necessariamente um mal inevitável, que ela não seja, pelo menos, necessariamente o mal maior...

Retomando a questão...

O passeio que empreendemos até então, pelas questões anteriores, visava tão somente ampliar a visibilidade de alguns aspectos do nosso problema. Primeiro evidenciar que a incorporação política de um segmento de usuários ao movimento antimanicomial não podia estar claramente formulado em seus momentos mais iniciais porque nos faltava, pôr um lado a experiência histórica que evidenciasse essa potencialidade e por outro, como uma espécie de causa que também é conseqüência ao mesmo tempo, este tipo de “sujeito político” não estava produzido a não ser como longinqua virtualidade ou devir. Segundo evidenciar que a produção

deste “sujeito político”, coletivo e individual, representado pela organização de entidades sociais e de uma espécie de sub-movimento de usuários e familiares, solidariamente instalado no interior do Movimento Antimanicomial, representou, de certa maneira um efeito inicial derivado da clínica liberadora impulsionada pelos primeiros experimentos assistenciais.

Logicamente isso não tem validade universal, pois algumas iniciativas organizativas existentes, tal como pôr exemplo a Sosintra-RJ, não só antecedem ao próprio Movimento Antimanicomial quanto tem suas origens em processos diferenciados daquele que estamos enfatizando neste momento. Mas certamente podemos afirmar que, de certo modo, foram as experiências assistenciais que tornaram num primeiro tempo disponíveis, e num segundo tempo demandaram espaços coletivos de representação e sociabilidade, para aquele contingente de “assistidos”, que liberados dessa unidimensional identidade, se converteram por nomeação, ainda que sob ressalvas dos próprios acerca dos limites designativos da expressão, em “usuários”.²

Nessa trajetória que estamos descrevendo, certamente o I Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial, realizado em setembro de 1993 em Salvador/Ba, se constitui num marco importante para a institucionalização de certos aspectos deste enquanto um “movimento social”. Sem pretender discutir, o sentido do que significa exatamente essa identidade de ser um “movimento social” - principalmente porque, para nós, todas as iniciativas psiquiátricas organizadas, inclusive o MTSM, não podem ser compreendidas senão como movimentos ideológicos que pretendem interferir nas idéias sociais sobre o que fazer com os loucos, constituindo-se, portanto, stritu senso, em ‘movimentos sociais’ - o que pretendemos enfatizar é que a partir deste Encontro de Salvador, agregou-se ao funcionamento da rede de relações políticas do movimento Antimanicomial, até então marcada por pequeno grau de estruturação e pelo predomínio das relações pessoais, um componente de massificação, tanto pela ampliação do contingente de participantes, quanto pela adoção de um pacto organizativo, ainda que flexível, bem mais estruturado.

A mudança de patamar organizativo, ali ocorrido, com a inclusão de dispositivos democratizantes universalizantes, tais como uma Secretária Executiva Nacional, responsável pela fixação de um ponto de convergência comum e autorizado; a adoção das plenárias semestrais dos Núcleos do Movimento, valorizadora dos atores

² A este respeito é elucidativo o texto de advertência que se encontra presente na Carta de Direitos dos Usuários, aprovada no II Encontro Nacional de Usuários e Familiares realizado em Dezembro de 1993 em Santos/SP.

coletivos em detrimento da força das "personalidades"; a instituição dos Encontros Nacionais a cada dois anos, como instância máxima e universal, para as deliberações deste quadro de organização, são os referentes mais visíveis deste processo de estruturação. A assunção deste direcionamento reflete, não somente um efeito da ampliação dos profissionais aderentes à ideologia deste movimento - anteriormente disseminada sob um certo controle de um grupo originário que respondia pela sua direção política - interessados em obter acesso aos planos da formulação teórica e estratégica, mas também pela ampliação da presença e deste contingente dos "assistidos", a quem estes profissionais, de certa forma, introduziam no jogo da política.

A denúncia do Hospício, dos interesses que o sustentam, o proselitismo acerca da superioridade do cuidado em liberdade e um projeto terapêutico marcado pela referência à reconquista da cidadania trazem, inevitavelmente para o interior da discussão assistencial com os "assistidos" essa dimensão da política. E a política faz exigências de espaços de expressão, para o qual, o referido encontro, constituiu-se num desaguadouro fértil. Desta forma, um dos espaços mais significativos do Encontro de Salvador foi exatamente o da realização de uma reunião plenária nacional, de Usuários e Familiares³, que contou com a participação de mais de uma centena deles. Assim, a par e passo, com a própria organização massiva do Movimento Antimanicomial estrutura-se uma espécie de sub-quadro em paralelo, respondendo pela questão da autonomia e do espaço próprio destes segmentos - apesar das nuances conflituosas que tensionavam (e tensionam ainda) os interesses dos usuários e dos familiares. A consequência mais visível do evento foi a marcação do II Encontro Nacional de Usuários e Familiares, para dezembro do mesmo ano sob os auspícios, não sem razão, da experiência de Santos, que neste momento se via as voltas com um grande número de "assistido" liberados pela intervenção no Anchieta.

Mais uma vez, para se fazer justiça aos fatos, devemos demarcar que a idéia de que neste evento tenha se produzido uma mudança na qualidade política da movimentação dos usuários e familiares, não deve ofuscar a importância e a antecedência da realização de um I Encontro Nacional destes segmentos. A discussão da existência de uma Carta de Direitos, bem como sobre a representação política dos mesmos na II Conferência Nacional de Saúde Mental,

³ A este respeito é elucidativo o texto de advertência que se encontra presente na Carta de Direitos dos Usuários, aprovada no II Encontro Nacional de Usuários e Familiares realizado em Dezembro de 1993 em Santos/SP.

ocorrida em 1992, foram pontos destacados naquela ocasião. Entretanto, apesar de já contar alguns representantes de associações constituídas como personalidades jurídicas, este encontro teve fraca presença de representantes das bases destas entidades, prevalecendo como um encontro de lideranças emergentes.

Desde Salvador, este processo de construção da organização dos usuários e familiares tem crescido, como já observamos anteriormente, em sua importância política e em seu dinamismo, estabelecendo para os mesmos uma dupla entrada no movimento Antimanicomial, sem que tal situação tenha sido muito discutida em todas as suas implicações. Por um lado, direcionados pela importância da autonomia política e organizativa dos mesmos, constituiu-se um enquadre próprio, marcado pela existência de espaços próprios de trabalho dos mesmos tanto no Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial, quanto nos Encontros Nacionais específicos, que se produzem regularmente a cada dois anos. Isso, além dos espaços relativos à dinâmica institucional das entidades, grupos, clubes ou serviços dos quais participam localmente. Por outro lado, estes usuários e familiares são também sujeitos de umas participações, pessoal e institucional, nos fóruns comuns que reúnem a todos os integrantes do movimento, sem que aí também deixem de se reivindicar na condição de um setor que teria contribuições específicas que expressam uma espécie de ponto de vista, que seria construído desde essa condição ou dessa identidade social.

Ao lado disso, uma regra consensual foi se estabelecendo, com o passar do tempo, de que, nestes espaços próprios, o papel dos "técnicos" - espécie de identidade "invertida" assumida pelos participantes do movimento que são profissionais de saúde mental, invertida em relação à identidade "usuário" - seria meramente o de "assessoramento"⁴. Isso significa que os "técnicos" deveriam oferecer desde as condições materiais, até o apoio político de tipo tecno-operacional para a realização das atividades deste grupo. Os limites deste assessoramento, obviamente ficam borrados em várias situações e têm sido em muitas ocasiões, objeto de discussão, geralmente improdutivas porque acionadas no jogo de interesses políticos imediatos e circunstanciais. A tonalidade confusa e acusatória

⁴ Uma referência possível para a sustentação dessa idéia, para além do reconhecimento político da importância da não usurpação da legítima protagonização dos atingidos, em busca da reparação a que pensam ter direito, seria as construções em torno da figura pineliana do "secretário do alienado", que recuperado contemporaneamente pelos lacanianos adota uma posição castrada diante do evento psicótico, que em sua busca própria de retorno ao partilhamento de universo simbólico da cultura deveria contar com atentos e sensíveis "observadores" dos seus movimentos capazes de oferecer-lhe a cada momento, estímulos ou referências colaborativas para as suas tentativas de reconstrução. A psicose perturba ela própria. Muito já ajudamos se não a atrapalharmos. Muito mais ajudaremos se formos capazes de secretariá-la.

que se estabelece nestes momentos, deixa sempre vir a tona, uma série de elementos recalçados e de ressentimentos, que dizem respeito às ambigüidades destas identidades fragilmente constituídas, numa trama política que super valoriza as representações e os reconhecimentos, que faz reivindicações de direitos, que denuncia contradições relativas a luta de classes, ao mesmo tempo em que agrega elementos de desinformação, de confusão política, e porque não dizer de confusão mental.

Processo extremamente desejante e inovador, espécie de microcosmos da desafiadora convivência com a Loucura de todos nós, tal situação comporta reflexões técnicas, políticas e éticas que insatisfatoriamente estabelecidas, estão agora, a nos exigir aprofundamentos capazes de nos fazer superar certas contradições presentes e elevarmos um certo patamar dessa convivência em direção a horizontes mais amplos e mais esclarecidos.

Como primeira questão importa assinalar os deslizamentos operados nesta relação “técnicos & usuários/familiares” quando da passagem de um patamar original do seu surgimento, quando tinha uma dimensão eminentemente clínico-assistencial, para o patamar político das representações democrático-igualitárias. Tal questão tem a finalidade de inquirir sobre a natureza da participação política possível, ou numa oitava acima, inquirir sobre a política possível na construção de um movimento coletivo instituinte, de natureza utópico-ideológica, que envolve a convivência, a parceria e a solidariedade entre sujeitos políticos de experiências sociais e culturais de natureza tão dispares, quanto a proposta por este binômio.

Essa identidade “usuário” na esfera das atividades do Movimento Antimanicomial, recobre de um modo geral a uma outra esfera da realidade que diz respeito às características do agrupamento social que é atendido nos serviços públicos de saúde. Efetivamente esta clientela atendida maioritariamente pelo SUS, em oposição aos setores mais protegidos economicamente pela generalização do seguro saúde como sistema de defesa social, corresponde de um modo geral, a um segmento da população aviltado em suas condições de vida, marcado por evidentes sinais de pobreza e baixa contratualidade, no interior da qual, a situação de presença do “transtorno mental” somente constitui-se num dado a mais, para o agravamento de um quadro de desrespeito à sua cidadania. Já a identidade “técnico” corresponde, também do mesmo modo geral, a presença de pessoas de um outro agrupamento social e cultural, geralmente da chamada classe média, marcado pelo acesso à cultura universitária e padrões comportamentais e preferências estéticas diferenciados em relação ao primeiro grupo.

Tal questão, evidenciadora das profundas desigualdades econômicas e sociais e do regime hierárquico prevalente na sociedade brasileira, muitas vezes fica escamoteada numa discussão que também tem a sua importância, mas talvez não fosse a principal, que é a discussão sobre as relações de poder existentes nas identidades “técnicos” e “usuários”. Para os primeiros já afinados com as intenções desconstruintes e instituintes torna-se mais fácil conduzir e instrumentalizar junto aos segundos a discussão, que tem o tom de denúncia, de todas as ordens de poder autoritário institucional. Os poderes médico-psicológicos, o poder policial do hospício, o poder dos saberes e das técnicas autenticados universitariamente, o poder normalizador da sociedade e da família e etc. , todas estas questões, encontram livre fluxo para a tematização e fazem parte, por assim dizer, da reserva ideológica do próprio movimento Antimanicomial. Ocorre, que o poder técnico supostamente identificado nessas denúncias nunca corresponde, na visão daqueles profissionais do movimento Antimanicomial, à sua identidade própria e sim à identidade daqueles outros profissionais, identificados, por alienação ao má fé, com as instituições da ordem.

Talvez isto se dê porque se faça menos ameaçador para os técnicos vinculados ao Movimento Antimanicomial, discutir todos esses outros poderes, do que fazer um enfrentamento mais sistemático com as questões derivadas da luta de classes que emergem e estão sistematicamente envolvidas neste trabalho. Seria isso uma resultante de um despreparo técnico-político para essa tarefa? Ou faria parte de uma certa tendência despolitizadora, derivada da ênfase atribuída por nós, na importância dos aspectos vinculados a subjetividade no processo de produção das realidades vividas por nossos pacientes ?

Sem pretender fazer nenhum tipo de julgamento ou estabelecer algum ideal, o fato para o qual, quero aqui chamar a atenção é que raramente, no papel de “tutores” ou de “esclarecedores”, que somos chamados a desempenhar por demanda dos usuários, aparece muito poucas vezes de forma clara, a discussão de que, muitas coisas que acontecem com eles, não são derivadas da sua condição de loucos, mas principalmente da sua condição de pobres. Que a maior parte dos problemas dos mesmos encontram-se vinculados a sua desfiliação, à sua condição de classe social. Que mesmo a sua trajetória de loucos poderia ser diversa não fosse essa a realidade. Penso se ao enfatizarmos em demasia, o problema da exclusão social da loucura não estaríamos enfatizando “de menos” a construção de análises sociais mais precisas, acerca das razões de ser de suas realidades?

A insistência em tal temática deriva de dois aspectos diversos, mas igualmente muito importantes. O primeiro diz respeito a quem, ou para onde devem ser direcionadas as reivindicações de direitos formuladas com intensidade pelos usuários desde os momentos mais iniciais do seu processo de organização. O segundo diz respeito às necessidades de trabalharmos com mais clareza as questões relacionadas ao poder no nosso movimento, enfrentando com mais efetividade os falsos e os eventualmente verdadeiros conflitos políticos que poderiam ser derivados de um pertencimento de tipo segmentar, opondo os interesses de técnicos ao de usuários e/ou vice versa.

Antes de avançarmos nestes pontos, talvez valha a pena caracterizarmos alguns efeitos decorrentes da evolução desse processo de organização política, que, como indicamos anteriormente, veio se constituindo a partir da existência dos fóruns e dos espaços de participação que foram sendo criados, e que hoje apresentam uma nova realidade. De certo modo é notório – e temos muito orgulho disto – que, tanto no campo dos usuários, como nos familiares, os investimentos realizados coletivamente através da produção de processos de reconhecimento, resultou em grandes benefícios e crescimento pessoal, humano, social e político de muitos usuários e familiares. (De alguns técnicos também, mas isso não vem agora ao caso)

Estes processos, por si só, seriam capazes de ilustrar a tese partilhada por muitos de nós, de que o investimento humano interessado, focalizado e persistente, constitui-se um poderoso instrumento clínico capaz de fazer a diferença na superação de limites e do abandono. Dentre os milhares de usuários que de algum modo, alguma vez participaram de alguma dessas atividades político-organizativas do movimento Antimanicomial, um certo coletivo se fez mais freqüente e regular, produzindo uma experiência de reconhecimento nacional e efeitos de liderança. Esses “novos sujeitos sociais” na definição de um deles, diversos em seus recursos e potencialidades, ao investirem na cena organizativa do movimento produzem expectativas de reconhecimento que são centradas, principalmente na ocupação de em um ou dois cargos de representação institucional junto ao Ministério da Saúde tanto para os usuários como para familiares.

Evidentemente limitados e restritos enquanto lugares de reconhecimento, estes cargos não são suficientes para fazer continente às necessidades de representação política diante do Outro, muito menos constituem-se em lugares capazes de absorver as suas imensas necessidades de reivindicações de direitos. Na ausência de uma discussão que possa ampliar os horizontes do seu movimento enquanto um

movimento de direitos civis direcionados para a sociedade, para o Estado e para o Governo, as diferenças de classe social mais visíveis tornam-se então das suas reivindicações de reconhecimento e de direitos.

Deste modo nesse último período, passa a emergir cada vez com mais intensidade, nos fóruns e nos eventos internos do movimento, as situações das disputas de poder nas quais os "técnicos" são colocados como elementos perturbadores do exercício da liderança usuária, sendo por isso sistematicamente questionados. Por outro lado, também, essa identidade "os técnicos", passa a representar "o movimento" que não resolve, que não atende, que não garante o avanço dos direitos. Questionados em suas identidades e suas intenções "os técnicos do movimento" se vêem em uma situação paradoxal, na medida em que, ficam equiparados naquele momento, aos outros técnicos, aqueles que não são sensíveis ao movimento, que são autoritários, que fazem uso do seu poder profissional para o prevalectimento das suas posições.

De certo modo eles se sentem despreparados para abordarem a situação e refazer a discussão política, diante da despolitização e da carga agressiva que muitas vezes encontra-se depositada na situação. Afinal na identidade que fazem de si "os técnicos do movimento" dão provas de sua generosidade e compromisso político-social ao elegerem espontaneamente esta ordem de convivência social suplementar, com esta clientela dos seus serviços, agora convertida em seus "companheiros", "aliados", "amigos", seres humanos enfim, de um outro grupo social, mas capazes de se fazerem instrutores de outras ricas experiências e ensinamentos. Se sentindo de um modo geral injustiçados com essas "desconfianças infundadas", situação raramente assumida politicamente no coletivo, mas deprecível nos chistes e comentários trocados entre iguais, em geral tal situação tem sua explicação reduzida para o despolitizante terreno psicopatológico da situação de "diferença psíquica" que marcaria essa expressão.

Aliás, neste último aspecto, radica-se um dos elementos mais difíceis de serem trabalhados politicamente entre nós. Além dos elementos de diferenciação social e econômico, temos ainda a inclusão de uma "questão psíquica" – última, mas não menos importante - que ao afirmar a existência da uma diferença entre os homens aponta para os limites desse projeto racionalizador que marca o advento da Modernidade e sustenta o edifício político baseado na representação de interesses. De certa forma a presença da loucura, marca que os homens não são definitivamente iguais e nem ao menos podem todos, suportarem-se e serem suportados, a partir de uma exclusiva referência simbólica da lei. A experiência de

escutar vozes, sentir que o seu pensamento está sendo divulgado, ter a certeza de uma perseguição, constituem-se, como sempre nos alerta Ana Marta Lobosque, experiências evidenciadoras da presença de uma estrutura psíquica distinta, que torna estes sujeitos momentaneamente limitados para colocarem-se como sócios plenos da sociedade.

A qualidade da experiência psíquica colocada à disposição para uma participação em um fórum de característica política, nem sempre está compatibilizada com as exigências que é feito para este tipo de participação. Tal questão não seria mais problemática, não fosse a nossa utilização cada vez mais alargada do conceito de exclusão. Instrumento extremamente cortante, de manipulação pouco cuidadosa e rotinizada, muitas das vezes empunhado como uma poderosa acusação moral, a falta de critérios para a sua adoção nos remete a uma pã-inclusão totalizadora, que muito se aproxima do total laize fer político. E neste caso, nem ao menos temos nos disposto a construirmos coletivamente uma referência para um emprego seletivo da idéia, que termina por deslegitimar situações em que envolvem a banal manifestação de conflitos legítimos, ou de oposição ou mero posicionamento.

A simples criação e sustentação de regras coletivas de trabalho político, fica – e deve mesmo ficar – em regime de suspeição. Entretanto a suspeição não pode suspendê-las quando pactuadas, pelo menos até um novo pacto. Se na plenária semestral do movimento o pactuado é que os votos devem ser qualificados – um por representante de cada agrupamento, coletivo, ou núcleo – não se torna excludente não permitir que se vote por cabeça, por exemplo, o que geralmente favorece as posições dos grupos e pessoas que residem na cidade da plenária. Se o pactuado é que só poderão votar representantes de núcleos que estejam em dia com o pagamento da taxa simbólico, não devem ser colhidos os votos dos que não se encontram nessa situação e etc. etc. Muitas das questões de forma organizativas deste movimento podem e devem ser repensadas, mas não apenas sob o crivo da mais ampla inclusão como seu referente. As questões das suas finalidades, dos seus objetivos, da sua eficiência devem sem preconceitos nos permitir uma reformatação do mesmo em direção a uma política possível.

Mais do que simplesmente demarcar obstáculos para constituir impossibilidade, o reconhecimento destes aspectos problemáticos pretende fazer deles pontos de partida para um pensamento sobre o desafio de se construir uma política possível que permita uma participação digna, honesta, verdadeira e que seja ao mesmo tempo útil para os processos vividos por esses sujeitos em direção à ampliação da

sua autonomia, bem como contribua para fazer avançar os objetivos comuns fundadores e razão de ser, do movimento Antimanicomial. Em qualquer hipótese, se não sabemos bem ou não temos a receita de como produzimos este tipo de processo, podemos nos guiar pela urgência da crítica aos regimes assembleísticos e plenarísticos que tem assumido a feição desta participação, nos “fóruns de deliberação coletivas” que envolvem em comum os usuários, familiares e técnicos.

Para concluir, quero colocar sob a forma de advertência, o risco que corremos enquanto movimento social, de nos tornarmos apropriados por um dos nossos mais significativos efeitos que é exatamente a organização de um movimento de usuários e familiares. Sem dúvida nenhuma é extremamente significativo que tenhamos produzido na nossa história enquanto movimento social, um significativo contingente de lideranças entre as vítimas resgatadas do aparato psiquiátrico. Esse grupo representa hoje, sem dúvida alguma, um importante elemento de demonstração das possibilidades práticas de uma utopia ativa em direção a uma sociedade sem manicômios. Por outro lado a nossa falta de uma perspectiva política mais ampla do ponto de vista programático, tem possibilitado que a experiência política deste grupo fique marcada por uma intensa endogenia, que estimula e se alimenta das disputas de fãtria e da já referida rivalização com os técnicos como expressão da busca de reconhecimento.

A não tematização destas questões faz com que o quadro organizativo do movimento passe a estar colocado a serviço destas necessidades de representação de um grupo relativamente pequeno de usuários mais assíduos, em relação à totalidades dos que participam eventualmente. Responder às questões organizativas, à garantia de paridades nas representações, ao igualitarismo em todas as participações passa a ser a mais importante do que a luta pela extinção dos 60.000 leitos psiquiátricos existentes no país, que vitimam anualmente, por baixo, cerca de 300.000 brasileiros. É preciso incentivar para que as suas associações não sejam apenas nominais, sem trabalhos organizativos mais sistemáticos, mas que cresçam como verdadeiros pólos de aglutinação de um movimento civil de usuários.

Para isso é preciso que juntos destilemos todas as ilusões criadas. O movimento Antimanicomial, enquanto movimento social não responderá pelas reivindicações de direitos dos usuários, mas será solidário na mobilização e encaminhamento das mesmas. O movimento Antimanicomial, não criará cooperativas, serviços, mas reivindicará a sua criação e batalhará junto com os usuários para a sustentação de sua existência. A emancipação dos trabalhadores será obra dos próprios trabalhadores. Mão na massa!

TESE DO CEARÁ

O MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO CEARÁ: RECONSTRUÇÃO E AVANÇOS A PARTIR DO FÓRUM CEARENSE

O Fórum Cearense da Luta Antimanicomial vem ao longo de sua trajetória evidenciar sua postura de luta contra a cultura manicomial excludente e segregadora. Constitui-se enquanto movimento social organizado na forma de rede de pessoas, entidades, ONGs, instituições, movimentos populares e sindicais, estudantes e outras organizações interessadas na conquista da cidadania plena as pessoas que sofrem de transtornos mentais e por uma política de saúde mental humana, ética e resolutiva, que combata a discriminação, a violência a segregação social, e que possibilite a convivência dos diferentes, em fim estamos aliados a todos os que lutam contra todas as formas de opressão.

Os membros do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial apresentam esta tese como contribuição ao encontro nacional do Movimento da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro. Atualmente no Ceará, este movimento passa por um positivo enraizamento e reconhecimento junto aos demais movimentos sociais existentes no estado. Ao concebermos este movimento como um movimento social, já adiantamos um pouco das nossas idéias, com esta concepção que foi assumida nacionalmente desde o primeiro encontro nacional do movimento da luta antimanicomial, ocorrido em Salvador, em 1993.

Acreditamos que é necessário que tenhamos sim, uma boa organização interna, para construir uma sociedade diferente, junto aos demais setores da sociedade, para estas pessoas que até agora não receberam ainda o devido cuidado por parte da sociedade, seja por uma cultura excludente que nos rodeia, seja pela imposição e ação política dos que lucram com os chamados internamentos psiquiátricos destas pessoas, citando apenas algumas razões desta forma da sociedade lidar com a questão.

Hoje constituímos no Ceará este grupo que defende o movimento da luta antimanicomial como um movimento social, autônomo, como defenderam os que foram à Salvador, aliado aos demais movimentos sociais, comprometidos e identificados com um tipo de organização que conte com a presença dos segmentos

citados. Ressaltamos que todas as posições e deliberações ocorrem nas plenárias previamente organizadas. Contamos com uma coordenação ampliada reforçando uma participação ativa e crescente de pessoas e entidades de diferentes segmentos sociais. A nossa trajetória e algumas propostas (negrito) que apresentamos a seguir, tem esse fundamento básico.

O Fórum Cearense da Luta Antimanicomial desde seu início tem uma composição bastante diversificada, como desejávamos, e acreditamos que isto se deva em parte às concepções de seus membros e em parte também à sua origem, que como o próprio movimento da luta antimanicomial nacional, surgiu com uma forte influência de trabalhadores de saúde mental.

O fórum foi instalado em 15 de Fevereiro de 2000, mas as discussões em torno da existência do movimento da luta antimanicomial no Ceará já vinham sendo constantes desde a realização do I Congresso dos CAPS do Ceará, construído por trabalhadores de CAPS e realizado em junho de 1999. A essa época, e até dois anos antes, a maior parte dos trabalhadores dos CAPS não participava do movimento, e não havia chamados à participação por representantes dele no Ceará.

À época em que já estávamos em processo de avaliação do Congresso, começavam a chegar até nós notícias da realização de um evento em Maceió, onde o movimento nacional da luta antimanicomial, iria reunir além de técnicos, usuários de serviços de saúde mental e seus familiares.

As divergências então começaram a aparecer, pois algum de nós já conhecia este movimento, e não participavam e nem se assumiam (pelo menos não no Ceará) como simpatizantes do mesmo. Como havia os que queriam conhecer e outros que já queriam participar deste movimento, as divergências foram aumentando.

Mas, conseguimos mandar cinco representantes a Maceió, que voltaram de lá bastante entusiasmados com as idéias e as posturas do movimento em relação ao fim da cultura manicomial, e mostrando a todo o grupo simpatizante da luta antimanicomial como seria importante a adesão a este movimento.

Logo após o encontro de Maceió, fomos informados pela Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa sobre a morte de uma pessoa no interior de um dos hospícios do estado, era Damião Ximenes Lopes, que falecera no quarto dia de internamento na chamada Casa de Repouso Guararapes, na cidade de Sobral.

Sua família estava em processo de denúncia acusando funcionários do hospital de terem patrocinado violência e negligência, contra Damião antes de sua morte, e contra outras pessoas que lá eram internadas.

Em nome do processo de reforma psiquiátrica em curso no país, os trabalhadores até então apenas simpatizantes do movimento da luta antimanicomial, juntaram-se à família de Damião e à Comissão de Direitos Humanos e daí iniciamos uma campanha nacional de divulgação das provas do teor das denúncias apresentadas pela família.

Conseguimos ampla cobertura da imprensa local e nacional. Quatro meses depois da morte de Damião, a prefeitura de Sobral decretou intervenção no Guararapes, para "saná-lo" das causas de maus tratos e até violência como abuso sexual de pessoas internadas, conforme comprovaram as sindicâncias por nós acompanhadas.

Ao mesmo tempo em que nos envolvíamos em todo esse processo, estávamos também em busca da sobrevivência de alguns serviços alternativos/substitutivos aos hospícios, os CAPS que estavam em ameaça de fechamento por falta de recursos financeiros públicos. E ainda tentávamos a abertura de mais serviços, principalmente em Fortaleza, onde até hoje a reforma psiquiátrica tem sido solenemente refreada, até por quem anunciava concordância com a abertura de serviços substitutivos em cidades do interior do estado.

Após vários debates, reuniões e muito compromisso com uma reforma psiquiátrica onde os CAPS, que cresciam no estado com nossa intervenção direta, não apenas substituíssem hospícios, mas construíssem cidadania dentro de uma rede social que desse fim à cultura manicomial, foi criado o Fórum Cearense da Luta Antimanicomial.

O Fórum começava e se mantém composto por parte dos trabalhadores da saúde mental, principalmente de CAPS de cidades do interior do estado, com pessoas e segmentos importantes como representantes da Comissão de Direitos Humanos da Assembléia, OAB, familiares de pessoas com transtornos mentais, sindicatos de categorias profissionais e de trabalhadores, de conselhos de classe, parlamentares, ONGs e várias pessoas comprometidas com a reforma psiquiátrica e o tipo de sociedade sem manicômios e sem exclusão, defendidas pelo movimento da luta antimanicomial.

O movimento cresceu muito no Ceará, e de imediato teve algumas vitórias. Em maio de 2000, como parte da programação do 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, a Comissão de Direitos Humanos realizou nova audiência pública para debater a saúde mental no estado, e o Fórum Cearense de Direitos Humanos, que fazíamos parte da coordenação, convidamos representantes de instituições diversas, incluindo promotores, a realizar vistoria no Guararapes interditado. Em junho de 2000, a dita Casa de Repouso Guararapes foi fechada, inclusive com o grande apoio da maior parte da Junta Interventora que havia sido nomeada pela prefeitura de Sobral.

Pouco antes, a justiça de Sobral recebe denúncia formal da promotoria pedindo indiciamento de quatro funcionários como responsáveis pelo crime de maus tratos seguido de morte contra Damião. Apesar de até hoje não termos obtido a condenação dos responsáveis, toda a sociedade acompanhou tudo pela imprensa, e iniciamos reivindicação ao Ministério Público Federal acerca da investigação de todas as mortes no interior dos hospícios.

Propomos que o movimento nacional envie moção à justiça de Sobral pedindo a apuração de responsabilidades sobre a morte de Damião.

Avaliamos que frente a violência rotineira que os hospícios promovem contra os que lá se encontram foi extremamente negativo que não tenhamos conseguido aprovar a extinção deles como mandava o projeto de lei inicialmente da autoria do deputado Paulo Delgado, mas o substitutivo aprovado materializa-se, na prática, como uma lei federal específica de defesa dos direitos de pessoas com transtornos mentais.

Propomos a divulgação dessa lei a toda a população, pois a mesma pode vir a ser útil contra a tortura e a violência cotidianamente promovidas dentro dos hospícios.

Ao final de 2000, realizamos um importante evento que projeta mais o movimento da luta antimanicomial no Ceará, inclusive com cobertura de uma das principais emissoras de TV locais, onde pudemos expor as idéias do fórum ao vivo para toda a sociedade. Era a Semana de Saúde Mental e Cidadania, com o tema Saúde Mental e Desemprego, onde aprofundamos a discussão acerca dos direitos sociais, previdenciários, curatela, benefício da prestação continuada, cidadania, trabalho, desemprego e suas conseqüências.

Uma de nossas propostas saídas desse evento foi que defendamos, nacionalmente como movimento social, junto ao Ministério da Previdência, a extinção da exigência da interdição civil para que cidadãos não segurados do INSS recebam algum benefício, como o da prestação continuada, o BPC. Isto decorre de uma interpretação do velho Código Civil pelo governo federal em algumas situações como esta. Mas o mesmo governo tem outra interpretação quando o cidadão é segurado do INSS.

Defendemos essa proposta não só porque consideramos violenta a retirada dos direitos civis, da cidadania de alguém com transtorno mental para que esta pessoa faça uso de benefícios criados teoricamente para melhorar-lhes a vida, como o BPC, mas até porque para os seus segurados o INSS, não exige interdição civil, e a curatela que a formaliza, para trabalhadores que recebem auxílio-doença ou pensão por transtornos mentais. Existe inclusive a figura do administrador provisório junto ao INSS que poderia suprir a suposta necessidade da interdição.

Defendemos ainda que sejam desinterditados, de imediato, aquelas pessoas com transtornos mentais que foram interdítadas para receberem algum benefício, que hoje está cessado ou fora suspenso por alguma razão.

Propomos a ampliação do debate legal com representantes da justiça sobre a interdição civil e outros temas da saúde mental.

Sobre este tema propomos ainda que o movimento da Luta Antimanicomial conte com assessoria jurídica especializada nas questões de saúde mental e defesa de direito de pessoas com transtornos mentais.

Iniciamos o ano de 2001 com muito fôlego e muita energia. Com oposição interna mais organizada também. Uma prova disso é que os recursos financeiros na ordem de cento e cinquenta mil reais que haviam sido repassados pelo governo federal ao Ceará para financiar cinco CAPS em junho de 2000, até então (e até hoje) não foram liberados pelo governo do estado aos cinco municípios que mantêm os cinco CAPS escolhidos para financiamento de atividades de oficinas e equipamento em geral dos serviços.

Em tempo, lembramos que a coordenação de saúde mental do governo estadual/secretaria de saúde funciona dentro do maior hospício da cidade e é exercida por um de seus diretores.

Por acharmos importante a deliberação da OMS, acerca do ano 2001 como ano da saúde mental, realizamos a comemoração do 7 de Abril, Dia Mundial da Saúde, com vários eventos em cidades onde tínhamos representantes e influenciámos até serviços ausentes aos debates a comemorar o ano internacional da saúde mental.

Mas o Ministério da Saúde também usou sua influência nesse sentido, não foi só o movimento. Mas, no ato público que fizemos em uma das mais movimentadas praças da capital apresentamos as idéias do movimento da luta antimanicomial com a cobertura de rádios, jornais e de três emissoras de TV com abrangência local e nacional.

Fizemos o mesmo na semana do 18 de maio deste, trouxemos o escritor Austregésilo Carrano, autor do livro Canto dos Malditos, que expõe diversas faces da violência que os hospícios promovem, Elizabeth Arouca e Elizabeth Evangelista, ambas do Fórum Paulista da Luta Antimanicomial. Conseguimos realizar uma exibição especial do filme Bicho de Sete Cabeças, inspirado no livro de Carrano, inclusive com a presença do ator Gero Camilo, integrante do elenco, com um debate após a exibição do filme, onde Carrano estava presente, autografou seu livro antes da sessão, e fora por todos aplaudido de pé.

Este escritor, Austregésilo Carrano, concedeu várias entrevistas à imprensa e pode descrever ao público em geral muito do que sofrera nas ocasiões em que fora internado e submetido aos eletrochoques em hospícios paranaenses.

O escritor inclusive acompanhou a comissão do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial em uma audiência no Ministério público Federal, onde entregamos vários documentos à promotoria, acompanhados do Deputado João Alfredo, presidente da Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa, onde solicitávamos a investigação dos óbitos em hospícios e sobre a realização de eletrochoque pelo menos em dois deles, na Casa São Gerardo e na Clínica Dr. Suliano, fatos já denunciados nas instâncias do SUS sem providências até então.

Temos hoje uma avaliação positiva do crescimento do movimento da luta antimanicomial no Ceará até agora, mas sabemos que muito ainda há por fazer. Principalmente no crescimento da rede de serviços substitutivos, para além dos CAPS, mesmo reconhecendo a grande importância destes, que em algumas cidades do Ceará têm funcionado seguindo as idéias e os princípios do movimento da luta antimanicomial.

Temos visto alguns CAPS que fazem questão de mostrarem-se publicamente como serviços e com equipes, que vão além da assistência não falsamente neutra, com ética, ideologicamente comprometidos, valorizando a cultura e culturalmente inseridos, integrados à promoção da saúde e do SUS como um todo, atentos e reduzindo as internações em hospícios de moradores das cidades/região onde estão inseridos, comprometidos e irradiando o compromisso com a cidadania daqueles que sofrem com algum transtorno mental, que não precisam só de assistência técnica, mas de casa, comida, cultura, educação, arte, emprego, amor e etc.

Apesar deste aspecto positivo, e de que em algumas cidades esses CAPS já têm conseguido ou influenciado que os hospitais gerais assumam as demandas também da saúde mental, como deveriam, temos poucos hospitais gerais atendendo pessoas com transtornos mentais, principalmente em crise. Apesar de que há cidades onde isso já ocorre até sem a presença de serviços de saúde mental.

Outro déficit importante que temos na construção da rede substitutiva dos hospícios e na construção de uma qualidade de vida melhor para quem sofre com problemas mentais, principalmente aquelas pessoas abandonadas em hospícios ou nas cidades, é que não há discussão ampla no Ceará sobre moradia para estas pessoas.

Propomos inclusive que a portaria 106 seja modificada ou regulamentada de modo a incluir quem não tem onde morar, mesmo que esta pessoa não esteja internada ou morando em um hospício. Que tenham acesso às moradias que o SUS financie aqueles que dela necessitem.

Na atenção primária a situação é idêntica à questão hospitalar, andamos pouco, assim como em relação ao manicômio judiciário.

Apoiamos iniciativas que preconizam a assistência à saúde mental no nível primário da atenção à saúde, inclusive porque entendemos que a integralidade, a universalidade, equidade e o acesso que o SUS tem como princípios devam ser preservadas, e nos identificamos com a construção do SUS assim concebido.

Propomos inclusive que a saúde mental discuta e domine mais o funcionamento do SUS.

É certo que o próprio governo federal e a própria Organização Mundial de Saúde(OMS) defendem a incorporação de ações em saúde mental na atenção primária à saúde há mais de vinte anos, sem colocar isso em prática.

Contudo, essa idéia enquanto proposta, agora materializada principalmente com a incorporação da questão pelo Programa Saúde da Família(PSF), tem o nosso apoio, desde que não se materialize uma postura governamental de negar (ou não oferecer condições objetivas, como financiamento), a ampliação da rede de assistência à saúde mental aos que dela necessitam, como a garantia do financiamento de centros de convivência, atelier terapêutico, e outros dispositivos da rede, em substituição aos hospitais.

Concordamos com a proposta, inclusive com a presença destes atendimentos como deliberação da 11ª Conferência Nacional de Saúde, mas estaremos atentos ao fato de que o governo pode querer atribuir ao PSF toda a responsabilidade sobre qualquer demanda em saúde mental, área que cria demandas diversificadas, que exige abrangência ampla de serviços e ações, que devem ser postas à disposição dos que necessitarem.

Os 2.500 delegados presentes à 11ª Conferência Nacional de Saúde também deliberaram sobre seus temores de que o PSF e o PACS(Programa Agentes Comunitários de Saúde) fossem usados por governos não como porta de entrada para o SUS, mas como um engodo, que iludia a população com uma resolutividade que não lhes é possível. Mas, na conferência e hoje, ainda apostamos no que de bom possa vir da proposta, sem ilusões.

De modo explícito a plenária final da 11ª Conferência Nacional de Saúde(CNS) defendeu um SUS onde estejam garantidas a humanização da assistência, a integralidade desta, o acesso da população a todos os níveis de atenção, com grande controle social sobre o sistema, e até para além dele, incluindo outras instâncias públicas. Tudo isso foi entendido na 11ª CNS, o que obviamente pressupõe um modelo de atenção onde estes princípios estejam presentes.

Na saúde mental não será diferente, apesar de ter sido reconhecida ainda na 11ª CNS como uma das áreas consideradas precárias no sentido da implementação daqueles princípios citados, mas existem as orientações de reformulação do modelo contidas não só no relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental, mas também no relatório da última conferência nacional de saúde, a 11ª, que estamos citando com frequência.

Identificamos outro déficit da nossa atuação na questão da defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, e defendemos que o Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA, além de outras questões entrem rotineiramente nos nossos debates e no dia-a-dia, e sejam dominados pelos trabalhadores de saúde mental, por usuários e seus familiares.

Na questão da cidadania, de modo mais amplo, temos conseguido avançar um pouco mais em algumas cidades, onde já levamos com frequência a questão dos direitos sociais dos que sofrem com transtornos mentais aos Conselhos populares como o de Assistência Social, Saúde, Defesa de Direitos da Criança e do Adolescente, em algumas cidades trabalhadores da saúde mental e usuários de serviços mental têm até assento nestes conselhos. Aqui, na participação efetiva nos conselhos populares, e no aumento da atuação vigilante e propositiva destes, houve grande reforço na plenária final da 11ª CNS, no reforço ao controle social.

Estamos com uma grande disposição de crescer e conquistar mais vitórias, principalmente se conseguirmos que o segmento de familiares e usuários participe mais do movimento da Luta Antimanicomial no Ceará, o que ainda é incipiente. Para isso contamos com o apoio de toda a rede nacional deste movimento, para que estes segmentos ocupem no Ceará os seus espaços de direito e venham a ter uma atuação mais marcante.

Defendemos a proposta de que em locais como Comissões de saúde mental, haja uma vaga para usuários de serviços de saúde mental, uma vaga para o segmento de familiares, e outra vaga para técnicos, diferentemente do que ocorre na Comissão Nacional de Saúde Mental, onde só há vaga para usuários e uma outra vaga para o movimento da luta antimanicomial, que é ocupada por técnicos.

Outra proposta nossa é que, como os presentes ao encontro de Salvador, em 1993, também entendemos, e defendemos, que o movimento da luta antimanicomial se constitua em forma de uma rede de pessoas, instituições, experiências e entidades, que votem nos encontros nacionais, onde tomemos nossas "maiores decisões", em busca da construção de uma sociedade sem os manicômios, sem seus congêneres, sem a cultura manicomial que não está apenas no interior destes, sem a exclusão social que a sociedade impõe à maioria das pessoas que passam por algum tipo de problema mental ou por uma existência-sofrimento.

Para as plenárias semestrais defendemos ainda que sejam os núcleos que se incluam no movimento que elaborem, discutam e encaminhem as propostas do movimento. Propomos ainda que seja definido este nosso V Encontro Nacional, do Rio de Janeiro, o conceito e os critérios dos núcleos do movimento.

Atualmente, inclusive como resultado do alcance social de nossas ações até aqui no Ceará, integramos a Comissão Organizadora da II Conferência Estadual de Saúde Mental, apesar de até poucos meses representantes do governo estadual

e aliados dos donos e gerentes de hospícios, terem tentado nos excluir da discussão da política de saúde mental no estado, na comissão de saúde mental do Conselho Estadual de Saúde, onde o movimento da Luta Antimanicomial tem assento.

Sem esperar convites, mas usando o respeito às nossas conquistas e às nossas idéias, estamos cavando espaço na Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa buscando assento para o movimento na discussão do novo Código de Saúde do Estado.

Paralelo a isso temos participado de eventos e debates que vão além da questão da saúde, como o Seminário sobre Violência Doméstica que a Comissão de Direitos Humanos promoveu há poucos dias, assunto também muito discutido na 11ª CNS. Na assembléia, nossa representação foi procurada por alguns representantes de entidades ligadas à questão com interesse em participar do fórum cearense.

Também temos ocupado importantes espaços junto ao movimento social no Ceará, como a manifestação Grito dos Excluídos, onde participamos recentemente, e mais uma vez pudemos falar a toda a sociedade através da cobertura de TV que nossos representantes receberam.

TESE DO DISTRITO FEDERAL I

V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

A NECESSIDADE DE SERVIÇOS ABERTOS NO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL

*Tese apresentada pelos usuários do Instituto de Saúde Mental do
Distrito Federal:*

Gelson Souza Corrêa

Gilberto Pereira

Vera Lúcia Santos Souza

Pietro Ribeiro Alexander

Erica Rejane M. S.de Oliveira (estagiária de Serviço Social)

Introdução

Nós, usuários do Instituto de Saúde Mental, gostaríamos de expor no Vº Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, a situação dos serviços substitutivos do Distrito Federal, a partir de nossa própria experiência.

Hospital-dia

O Hospital-dia do Instituto de Saúde Mental funciona de segunda a sexta-feira no período das 8 às 17 horas, e é constituído de uma equipe multiprofissional que contribui para o funcionamento de oficinas de produção e oficinas terapêuticas, ajudando assim os usuários em sua reintegração social.

As oficinas de produção são divididas em três segmentos: costura, marcenaria e serigrafia. A renda dos produtos quando comercializados é revertida para os usuários e a cooperativa, podendo assim contribuir à complementação da renda familiar.

Dentro da lógica de organização do cotidiano, as oficinas terapêuticas desenvolvem um papel importante e no ISM temos as seguintes oficinas: oficina dos sentidos, oficina de música, oficina de teatro, biodança, terapia corporal, informática, casa do barro, tapeçaria e educação alimentar.

O nosso maior anseio é que esses serviços fossem espalhados em todas as cidades satélites do Distrito Federal e não existissem e funcionassem apenas no ISM (Riacho Fundo) e Hospital São Vicente (Taguatinga), pois a concentração dos serviços traz sobrecarga para os profissionais e algumas vezes não contempla a todos os necessitados desses serviços.

CAPS-(Centro de Atenção Psicossocial)

O CAPS do ISM, em semelhança ao Hospital-dia, também possui uma equipe multiprofissional, mas com finalidades diferentes, pois seu trabalho é mais ambulatorial, enfocando a prevenção e a ressocialização dos usuários.

Lar Abrigado e Pensão Protegida

Existem dois prédios construídos dentro dos limites do ISM, onde deveriam funcionar o lar abrigado e a pensão protegida. O primeiro serviria para abrigar usuários sem nenhum suporte sócio-familiar, e necessitando de cuidados

institucionais. A pensão protegida é para pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas e que não estejam necessitando de internação psiquiátrica, mas sim de procedimentos terapêuticos que os capacitem a voltar para sua família. Considerando que ambos serviços são de grande importância *cobramos de nossas autoridades a real implementação desses serviços*, seja funcionando nos prédios construídos para este fim, e que hoje em dia foram desviados para abrigar o CAPS e o NEPT, ou onde o governo achar mais adequado, contudo é inadmissível esta contravenção da lei.

TESE DO DISTRITO FEDERAL II

TESE APRESENTADA AO V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Eva T. Silveira Faleiros
Coordenadora do Movimento Pró-
Saúde Mental do Distrito Federal

ANÁLISE CRÍTICA DA LEI 10.216, DE 06.04.2001

Introdução

Finalmente em 06 de abril de 2001 foi aprovada a Lei 10.216 sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental, e que revoga a antiga lei de 1934.

Desde a apresentação do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado em 1989 - inspirado na lei italiana de 1978, fruto do movimento da Psiquiatria Democrática surgido na Itália em 1973 - sua aprovação se constituiu numa das principais bandeiras de luta do Movimento Antimanicomial.

Do Projeto de Lei original até sua aprovação, em todos seus desdobramentos políticos e legislativos, passaram-se 11 anos, durante os quais se evidenciou uma contradição antagonônica, dificilmente superável, o que explica o impasse das negociações para sua aprovação.

Tratava-se, e ainda se trata, de um antagonismo de interesses econômicos, políticos e epistemológicos entre os defensores da psiquiatria tradicional, centrada na internação em hospitais psiquiátricos e na manutenção dos mesmos, e os defensores da psiquiatria democrática, do direito de inclusão social das pessoas acometidas de transtornos mentais e da criação de uma rede assistencial de serviços abertos de saúde mental. O que implica a destinação de quase meio bilhão de reais do orçamento do Ministério da Saúde.

Como em todo o enfrentamento, neste pela aprovação/não aprovação do Projeto de Lei Paulo Delgado houve perdas e ganhos das partes envolvidas, maiores ou menores segundo, a capacidade organizativa e de pressão de cada grupo e a correlação de forças nas diferentes conjunturas nesses 11 anos.

O que o Projeto de Lei Paulo Delgado visava ?

A abolição do estatuto de periculosidade do doente mental;

A eficácia do tratamento;

A inclusão social das pessoas acometidas de transtorno mental;

Direitos e cidadania aos usuários de serviços de saúde mental.

Através da:

Não internação das pessoas acometidas de transtornos psíquicos em hospitais psiquiátricos como forma privilegiada de tratamento, o que implicaria no fechamento gradativo dos hospitais existentes e na não abertura de novos leitos psiquiátricos. Visava-se a extinção dos manicômios e da residência asilar neste tipo de serviço. Criação de uma rede de serviços de tratamento territoriais e comunitários substitutivos à internação .

Criação de mecanismos de inclusão social, de habitação, renda, trabalho, como moradias, assistência social, cooperativas de trabalho, formação profissional.

Controle legal das internações involuntárias e compulsórias.

Controle social dos serviços de saúde mental ofertados, através de organizações de usuários, familiares, de direitos humanos, da comunidade científica, de partidos políticos, de sindicatos.

Análise crítica da Lei 10.216

A aprovação da lei, possível através de penosa negociação, apesar de ter sido motivo de cerimônia oficial e de comemorações, significa, seguramente, importantes perdas em relação ao Projeto de Lei original.

O que fica claro desde as Ementas do Projeto de Lei e da Lei aprovada, nas quais é definido o objeto, ou seja, do que trata a lei.

Enquanto o Projeto de Lei Paulo Delgado “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”, a Lei aprovada “Dispõe sobre a proteção de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

A lei aprovada *compromete o fundamental ao:*

- não propor a extinção gradativa da rede de hospitais psiquiátricos, públicos e privados, existentes e ao não coibir a abertura de novos leitos psiquiátricos, financiados pelo Estado;

- não considerar o caráter emergencial e transitório da internação, limitando seu tempo de duração;

- reconhecer e aceitar a internação como uma forma de atendimento adequada e validada de cuidado (desconhecendo seu caráter iatrogênico);

- não explicitar a rede de serviços substitutivos à internação a serem criados, referindo-se vagamente a serviços comunitários e de inserção social;

- não obrigar o Estado a criar, implementar e manter uma rede de serviços abertos;

- limitar as ações de atendimento às pessoas acometidas de transtornos mentais apenas ao âmbito da saúde, o que corresponde a uma concepção biológica e meramente médica do cuidado;

- definir o caráter asilar do hospital psiquiátrico, pelos serviços profissionais ofertados e pelos direitos garantidos e não por seu caráter de instituição total, de privação de liberdade, de exclusão social, de abrigo, moradia, residência, de longa permanência, não justificada por critérios clínicos mas sociais.

Em síntese, a lei aprovada mantém abertas as fontes geradoras da institucionalização psiquiátrica.

Trata-se de Lei:

Centrada na internação psiquiátrica (7 de seus 12 artigos tratam deste tipo de serviço);

De humanização do *tratamento hospitalar psiquiátrico*;

Que prevê a desospitalização (art. 5º);

Cria o controle legal das internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias;

Veta hospitais com características asilares;

Que mantém os aparatos de exclusão social;

Que defende direitos, sem garanti-los através de mecanismos de fiscalização e de controle social.

Espaços para avançar que a lei oportuniza

A referência vaga e não explicitada de direitos da pessoa acometida de transtorno mental “de acesso ao *melhor tratamento*”, “no interesse *exclusivo* de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua *recuperação*, pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”, “ser tratada, *preferencialmente, em serviços comunitários*”, “o tratamento visará, *como finalidade permanente, a reinserção do paciente em seu meio*”, oferece possibilidades de avanços, ao definir na regulamentação da lei o apenas sugerido na mesma.

Importante ganho que a lei garante é a solicitação de alta pelo usuário internado voluntariamente (parágrafo único do art. 7º). Neste sentido é importante clarificar que *consentimento*, referido na lei nos casos de internação voluntária e involuntária, *não é sinônimo de demanda*.

A comissão nacional que o Conselho Nacional de Saúde deverá criar para acompanhar e implementar a lei aprovada (art.12º) deverá ser a Comissão de Saúde Mental deste Conselho, a qual representa amplamente o controle social, e que vem, majoritariamente, defendendo a Reforma Psiquiátrica.

A regulamentação da lei pode vir a precisar conceitos e definir modos de agir que podem se constituir em avanços.

Finalmente, a lei aprovada, apesar de suas limitações, é um mais um instrumento da luta antimanicomial.

TESE DO DISTRITO FEDERAL III

V ENCONTRO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Propostas para Regulamentação da Lei 10.216/01

Este trabalho é fruto de uma construção em grupo da qual participaram usuários, familiares da CASSI Saúde Mental – DF e técnicos membros do Movimento Pró- Saúde Mental. do DF.

A redação final esteve a cargo de Fabiana (psicóloga), Durcinéia (psiquiatra) e Ana Lúcia (assistente social).

Adriana M^a Castro de Andrade
Antonio Modesto Neves da Cunha
Durcinéia Crispim de Souza
Fabiana Marques
Márcio Nascimento Pereira da Rocha
Regina Célia Retameiro do Amaral

Ana Lúcia Corrêa e Castro
Décio Rolim Galvão
Emerenciana Ribeiro Castro de Andrade
M^a das Graças de Souza Lima
Odilon Nunes B. Júnior

Brasília, 2001

ARTIGOS DA LEI	PROPOSTAS DE REGULAMENTAÇÃO
1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.	Entende-se que o termo "acometido" caracteriza um estado de adoecimento que pode ser transitório ou permanente. Neste sentido, propõe-se a substituição do termo "portador" por "acometido". Ainda em relação à ementa desta lei, entende-se como transtorno mental, segundo Dell'Acqua e Mezzina, "o sofrimento existencial do sujeito, visto como "unidade biológica", "membro de um sistema microssocial" ou ainda "sujeito social" (in Delgado, J, 1991, p.55).

<p>2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.</p>	<p>A pessoa acometida de transtorno mental, seus familiares ou responsáveis devem ser formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo, por meio de recursos como murais fixados em local de fácil acesso, cartilhas, folhetos informativos, etc, cabendo a produção destes materiais ao Ministério da Saúde, às secretarias municipais e estaduais de saúde e outras instituições envolvidas, bem como à sociedade civil organizada. E, caberá a cada serviço de saúde mental entregar tais materiais aos usuários e familiares por ocasião da vinculação destes com a instituição. Toda a rede de assistência em saúde mental deverá desenvolver Grupos de Cidadania, isto é, espaços onde usuários, familiares e outros irão compartilhar reflexões sobre cidadania e saúde mental.</p>
<p>I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;</p> <p>II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;</p>	<p>Cada Distrito Sanitário deverá possuir pelo menos um serviço substitutivo. Deve-se priorizar uma rede de serviços abertos, comunitários, de reinserção social, institucionalizados ou não. Deve-se garantir acesso ao medicamento de forma universal uma vez que qualquer usuário é, antes de tudo, um cidadão. (Não houve consenso sobre esta questão, devido às diferenças entre usuários do SUS e do serviço privado).</p> <p>A inserção da pessoa acometida de transtorno mental no mercado econômico, por meio do trabalho pode ser promovida através da criação de Cooperativas Sociais que visam a integração social dos cidadãos e a promoção da pessoa humana conforme a lei federal nº9867, de 10 de dezembro de 1999. O Governo local deverá dar preferência à mão-de-obra oriunda de Entidades Cívis que contenham em seu estatuto o compromisso com os princípios</p>

	<p>descritos nesta Regulamentação. Garantir às pessoas acometidas de transtorno mental, de acordo com o CID-10 (a definir), um percentual de vagas em concursos públicos nas atividades compatíveis com a capacitação profissional da pessoa. Toda a SIPAT (Semana Interna de Prevenção a Acidentes de Trabalho) deverá ter obrigatoriamente, um tema relativo à saúde mental, com o foco na reinserção.</p>
<p>III - Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;</p>	<p>Entende-se por abuso a ultrapassagem de limites (legais, éticos, culturais e outros) e como exemplos temos: o excesso de medicação; privação de alimentação, de cuidados higiênicos e de comunicação; violação de correspondência, restrição ao uso de objetos pessoais como roupas, cosméticos, acessórios, livros, etc. E, por exploração, entende-se o uso de outrem em seu próprio benefício. Como exemplo de exploração podemos citar trabalhos ligados à manutenção/ conservação da instituição, sem remuneração, bem como os casos que contrariem o artigo 11 desta lei. Deve-se ressaltar que, de acordo com as disposições gerais da portaria 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde, fica proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes).</p>
<p>IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;</p>	<p>(PROPOR PUNIÇÃO DETALHADA PARA QUEBRA DE SIGILO) Criar um comitê de ética em cada unidade de saúde mental, composto por representantes de usuários, familiares, técnicos e gestores com a finalidade de receber queixas de violação de qualquer um dos artigos desta lei, bem como outras denúncias cabíveis e encaminhá-las ao Ministério Público e aos conselhos profissionais. Deve haver ampla divulgação destes comitês, detalhando seus membros, objetivos e formas de funcionamento e acesso.</p>

<p>V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;</p>	<p>Como um usuário pode acessar um médico em qualquer tempo? Talvez placa com o nome dos profissionais de plantão em local visível e telefones internos detalhados por profissional/especialidade. Existem estratégias para garantir a qualidade das informações prestadas aos usuários.</p>
<p>VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;</p>	<p>Facilitar o acesso dos usuários às suas redes sociais, aos telefones (garantindo ao usuário o acesso a telefones públicos), rádio, televisão, periódicos atualizados, relógios em locais visíveis, no cotidiano institucional, respeitando normas de boa convivência coletiva. Criação de central de atendimento 0800, vinculado ao Ministério Público para informações, queixas, elogios, denúncias, etc. com divulgação do número em local visível nas instituições de saúde mental.</p>
<p>VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;</p>	<p>Os usuários deverão ter informações acessíveis a sua condição, acerca do tratamento para que possam participar como sujeito do seu processo de saúde, bem como sobre a previsão de alta.</p> <p>Na alta, ou a qualquer tempo, o usuário tem o direito de solicitar relatório detalhado sobre seu tratamento a um membro da equipe. Destaca-se o descrito no código de ética médica, a respeito do direito do usuário ao acesso a seu prontuário.</p> <p>As Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, o MS, MP e outras instituições envolvidas deverão viabilizar material elucidativo para usuários acometido de transtornos mentais, sobre os medicamentos, benefícios esperados, efeitos colaterais, etc.</p> <p>Usuários, mediante solicitação, poderão ter acesso a informações acerca da patologia, inclusive o Código Internacional de Doenças, preferencialmente com membro da equipe.</p>

<p>VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;</p>	<p>Nenhum tratamento invasivo deverá ser realizado em usuário que esteja involuntariamente em unidade de saúde mental. Os demais casos, deverão ter o consentimento informado do usuário e uma equipe multiprofissional deverá avaliar a veracidade do consentimento e a pertinência deste método no tratamento, bem como, avaliar se todos os demais recursos técnicos disponíveis foram esgotados.</p>
<p>X - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.</p>	<p>Entende-se por serviços comunitários de saúde mental todos os recursos extra-hospitalares, localizados no interior das comunidades, que desenvolvem ações de natureza primária, secundária ou terciária em saúde mental. São exemplos de serviços comunitários NAPS/CAPS, Residências Terapêuticas, Centros/Postos de Saúde, Ambulatórios, Centros de Convivência, Pensões Protegidas, etc.</p>
<p>3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.</p>	<p>Exigir o funcionamento do Conselho de Saúde (gestor, regional e estadual/distrital) com a participação efetiva de representantes dos segmentos relacionados com a saúde mental.</p> <p>Exigir que a Política de Saúde Mental, federal, estadual e municipal, seja definida segundo as orientações emanadas das Conferências de Saúde, conforme determina a legislação vigente.</p>
<p>4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.</p>	<p>Para dar cumprimento a este artigo é fundamental a criação, implantação e manutenção de uma rede de serviços substitutivos à internação, evitando desta forma que a internação venha a ser o único tratamento, por insuficiência de recursos extra-hospitalares.</p>
<p>4º 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.</p>	<p>Como o tratamento tem como finalidade permanente a reinserção social do usuário, deve-se ressaltar que esta só pode</p>

	<p>ocorrer efetivamente em serviços abertos e comunitários.</p> <p>Cabe à unidade hospitalar promover, durante a internação, atividades que garantam a integração do hospital com a comunidade, bem como do usuário internado com redes primárias e secundárias.</p> <p>Deve-se garantir que o tempo de internação seja o mais breve possível, tendo como parâmetro o prazo máximo de 30 dias para recuperação do quadro clínico.</p>
<p>4º 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, terapêutico ocupacional, de lazer, e outros.</p>	<p>Tendo em vista a reinserção social do paciente em seu meio como finalidade permanente do tratamento, deve-se assegurar que a internação ocorra de acordo com a portaria 224, de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde, a qual estabelece que o hospital especializado em psiquiatria deve oferecer avaliação médico-psicológica e social; atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros); atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas); abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;</p>
<p>4º 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes dos direitos enumerados no parágrafo do art. 2º.</p>	<p>Como se trata de um artigo que colbe a internação em instituições com características asilares, seu cumprimento exige uma regulamentação que defina as sanções no caso de descumprimento do vetado neste artigo.</p>
<p>5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilita-</p>	<p>Entende-se por "situação de grave dependência institucional" aquela onde o usuário se encontra vinculado a um serviço de saúde mental, hospital psiquiátrico, hospital-dia e ambulatório, de forma prolongada, ininterrupta ou intermitente, nos</p>

<p>ção psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.</p>	<p>quais não lhe seja garantida uma política de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.</p> <p>Em relação à reabilitação psicossocial apresentamos as seguintes definições:</p> <p>Para Saraceno, reabilitação psicossocial é "um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social." (in Pitta, A, 1996, p16)</p> <p>Segundo a OMS, a "reabilitação psicossocial seria o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários". (WHO, 1987, De Girolamo, 1989, in Pitta, A, 1996, p 21)</p> <p>De acordo com Ana Pitta (1996), "reabilitação psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados" (p 21).</p> <p>A reabilitação psicossocial pode ser promovida, por exemplo, pelas residências terapêuticas, oficinas de capacitação e produção, oficinas protegidas, centros de convivência, etc.</p> <p>A supervisão deverá ocorrer conforme Portaria 799/GM de 19 de julho de 2000, que institui o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.</p>
<p>6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos:</p>	

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:	
1 - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;	Entende-se, também, por consentimento aqueles casos em que houve convencimento do usuário a respeito da pertinência da internação.
11 - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário;	Deve haver laudos de profissionais de categorias diferentes para os casos de internação involuntária.
internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.	
7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.	Cabe ao Ministério da Saúde padronizar esta declaração, de forma que conste em seu verso a lei nº 10.216 e sua regulamentação, com cópia para o usuário.
Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.	O laudo, ao término da internação, deve ser claro e factual quanto à perspectiva de reabilitação psicossocial e reinserção social do usuário.
8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina -CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.	
8º 1º A Internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.	
8º 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.	O usuário, ao término da internação involuntária, deve ter participação e conhecimento da alta.

<p>9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionário.</p>	
<p>10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.</p>	<p>A autoridade sanitária deve ser representada por uma comissão de fiscalização local, à qual caberá receber, controlar, dar andamento, bem como solicitar providências cabíveis às situações descritas neste artigo.</p>
<p>11º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.</p>	
<p>12º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.</p>	<p>A comissão nacional para acompanhar a implementação desta lei deve ser a Comissão de Saúde Mental, do Conselho Nacional de Saúde, que também deverá estar representada no Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental (de acordo com a portaria 799/GM de 19 de julho de 2000, do Ministério da Saúde).</p>

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

- PITTA, A, Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1996.
 DELGADO, J. (org) A loucura na sala de jantar. Santos, Resenwa, 1991.

TESE DO DISTRITO FEDERAL IV

Augusto Cesar de Farias Costa
Médico-psiquiatra / Psicoterapeuta
Coordenador do Programa de Saúde Mental
Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP)
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM)
Universidade de Brasília (UnB)

O contexto do mundo contemporâneo, construído a partir de seculares pendências planetárias como etnia, religiosidade, espaços territoriais e má distribuição de renda, vem se deteriorando velozmente desde que a implementação da política do “ Estado Mínimo ” e da “ Globalização ”, criada pelo Capitalismo Financeiro, prevaleceu sobre o socialismo praticado nos regimes das nações do leste europeu, até a penúltima década do século XX.

Esse modelo imposto ao restante do mundo pelos países de economia desenvolvida, vem fomentando o surgimento do fantasma da recessão econômica rondando a casa dos mais ricos, enquanto faz a realidade da exclusão, do desemprego e da miséria habitar a casa dos mais pobres.

O grau de tensão que esta desigualdade criou, vem fazendo surgir em escala mundial movimentos – aos quais os países dominantes têm feito ouvidos moucos – que têm buscado contestar esta ordem econômica.

Seja por explosões desordenadas de violência, durante as manifestações contra essa política em vários países, seja por ações terroristas articuladas especialmente na Europa e mais recentemente nos Estados Unidos, parece haver a intenção de enfrentar e desbancar a hegemonia dos países ricos mediante a destruição física e psicológica dos símbolos dessa dominação, emergindo como sub-produto dessa conjuntura a desestabilização econômica mundial. Na seqüência, outros segmentos parecem pugnar por uma hegemonia política e cultural mediante uma hegemonia religiosa, configurando-se um jogo de cena que sugere um conflito Ocidente X Oriente enquanto as causas estratégicas, políticas e econômicas não são tocadas de fato.

Na trilha desses fatos, um significativo retrocesso no investimento e na implementação de Políticas Sociais no mundo inteiro passou a se pronunciar. Em

decorrência, as populações dos países satélites dessa economia, dita globalizada, passaram a sofrer ainda mais. Hoje, no campo e na periferia das grandes cidades, gerações inteiras estão sendo sacrificadas pela fome, doença e falência das expectativas existenciais.

Ainda, seguindo a orientação preconizada pela ordem neo-liberal, o retraimento do Estado na comunidade vem criando lacunas que são preenchidas pelo crime organizado e pelo narcotráfico, conferindo ao mundo, neste conjunto, uma qualidade de vida cada vez pior e um conseqüente agravo à saúde mental. No que concerne a discussão e revisão das concepções e práticas relativas ao louco e à loucura, vários países, especialmente europeus, a partir do final dos anos '60 vêm promovendo substanciais modificações em suas formas compreender e lidar com essa diferença. A ruptura com o hospital psiquiátrico e sua substituição por serviços abertos orientados para a perspectiva da reinserção social, concebida e viabilizada por Franco Basaglia na Itália, representou o nascedouro de um movimento mundial que se denominou Reforma Psiquiátrica.

No Brasil, a crescente organização do movimento social desde o final da década de '70, ainda na vigência do regime militar, intensificou-se com a redemocratização em meados dos anos '80.

A força desse movimento tem tornado possível e vitorioso o enfrentamento com instituições, grupos e pessoas tradicionalmente conservadores, à esquerda e à direita da sociedade brasileira, no sentido da transformação de sua atitude para com as pessoas portadoras de transtornos mentais e da revisão do modelo assistencial oferecido às mesmas.

É fato que a Reforma Psiquiátrica brasileira tem conseguido prosperar, recorrentemente, em contextos políticos onde a sensibilidade "*a priori*" para as causas sociais é manifestamente identificada com partidos referenciados às forças populares, no caso, a esquerda.

Contudo, essa sensibilidade costuma acontecer em um primeiro momento, quando o debate fica circunscrito às questões de ordem político-ideológicas, quando não há o risco de se confrontar com a cultura, de desagradar, quando não há ainda o comprometimento factual no sentido de viabilizar propostas investindo energia, idéias, criatividade, quadros profissionais habilitados, dinheiro, além da necessária coragem, na implementação de um projeto que transforme o modelo de atenção aos usuários dos Serviços de Saúde Mental. Todavia, superada essa fase, em um segundo momento, a resistência também se manifesta, com maior ou menor visibilidade, dependendo da conjuntura existente.

Quando o passivo cultural-manicomial emergente do imaginário da loucura existente no interior da imensa maioria das pessoas extravasa para o exterior, torna-se clara a verdadeira explicação para as dificuldades e impasses da Reforma Psiquiátrica em nosso país.

Nesta quase década e meia em que vimos operando uma intervenção neste capítulo da sociedade brasileira, podemos afirmar que a maior obstrução à Reforma Psiquiátrica em nosso país é de ordem cultural.

O político ao avaliar esse contexto explicaria que é uma questão de prioridade política. Diante da miséria, fome e violência que cada vez mais grassam em nossa sociedade, como investir em um projeto que lhe pode trazer tanta rejeição e comprometer sua reeleição?

O economista justificaria em a construção de indicadores que avaliassem o custo/benefício de se retirarem os loucos do interior dos hospitais psiquiátricos e os encaminharem para a companhia das famílias de origem ou adotadas, aos Serviços e às moradias substitutivas. Quem sabe ele indagaria, se não seria mais “econômico”, por exemplo, fornecer-lhes “à mão cheia” as novas “maravilhas” oriundas das pesquisas em psicofármacos, continuando a mantê-los internados?

O idealista panfletário, refém do seu discurso, repetiria esterilmente os conhecidos bordões acerca das infrações e aviltamento aos Direitos Humanos, à liberdade e a autonomia do louco, sem articular seus ideais com análises de conjunturas e estratégias afins. Militante inflamado, entretanto, sua mobilização está disponível apenas para as “grandes” questões. Sem compromisso com o enfrentamento diário com a cultura e o fazer manicomial. Sem devotar suas forças visando o fortalecimento e continuidade da luta, por intermédio da construção de uma técnica a partir de uma ideologia, de uma política e de uma ética, ele mais retira energia que põe, esvaziando e dificultando o crescer e amadurecer do Movimento além de muitas vezes até fazer aumentar a resistência preexistente.

O profissional de Saúde Mental descomprometido com seu próprio trabalho e avesso a propostas que alterem sua vitimosa – contudo segura, apesar de medíocre – rotina de vida, assume diuturnamente atitudes que, passando pela sabotagem, realizam o percurso da indiferença ao descrédito mesmo quando está frente a novas e concretas possibilidades de mudança.

Os opositores a essa transformação, continuando atentos aos passos do Movimento, e oportunisticamente declarando-se “antimanicomial”, proclamam que o “sofrimento psíquico é um eufemismo”, afirmam enfaticamente que o “Transtorno

Mental é Doença Mental ” e que ideologizar esse tema é ” satanizar ” a questão. Vêm assumindo posições mais estruturadas visando nitidamente abortar a discussão, mantendo a velha postura da falsa dicotomia entre o técnico e o político, como se fosse possível a existência de um sem o outro.

Afirmar que debater é ” satanizar ”, ou seja, conferir às idéias conotação demonológica é retroceder no mínimo dez séculos, a uma época histórica tomada pelas trevas da estupidez e da intolerância. Em uma demonstração de boa vontade e realizando um esforço de abstração, talvez o novo (?) libelo acusatório invocando a medieval figura do ” endemoniamento ” – já nosso conhecido desde os tempos da Santa Inquisição – possa se justificar entendendo-se que esse argumento seja o atestado da associação entre a impossibilidade de sustentar o debate no terreno das idéias, tentando defender o indefensável, e a conveniência da cooptação.

Com a perspectiva da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental e a regulamentação da Lei N.º10.216/01, a duras penas sancionada no último 06/04/01, os tradicionais métodos de soturnas articulações utilizados por esse setor, continuarão a se manifestar.

Costumeiramente, o produto da conduta desse grupo tem sido surpreender e aterrorizar a todos com súbitas e às vezes inapeláveis resoluções oficiais, fazendo com que, na busca da contenção da catástrofe que se avizinha, de uma hora para outra o movimento social precise se articular e se deslocar para Brasília. Todavia, apesar do custo em energia e desgastes variados, a militância do Movimento tem sido forjada nesses embates. Ai manifestando-se uma primeira indagação : Será que haveria uma forma de potencializar o aproveitamento dessas experiências ?

Os psiquiatras no afã de proteger a Psiquiatria excluíram-lhe a subjetividade e a estão transformando em uma Disciplina sem coração. Cada vez mais positivista, cada vez mais tecnológica, mais identificada com as Ciências Naturais, confundindo-se especialmente com a Biologia e a Neurologia, a Psiquiatria distancia-se do Humanismo, que sempre lhe forneceu o melhor instrumento para compreender e lidar com a alma humana.

Ironicamente os psiquiatras que temem a Reforma Psiquiátrica – alegando que a Psiquiatria será extinta e sucumbirá aos outros conhecimentos do campo interdisciplinar – ao se colocarem paranoicamente na defesa da ”Ciência” contra a ”Tradição”, por não conseguirem assimilar que esses campos do conhecimento são complementares e não concorrentes, estão confeccionando o seu próprio fim. Ou então, tentando realizar uma prospecção em um futuro improvável, e fazendo outra pergunta, será que teremos duas Psiquiatrias ?

Os profissionais da Saúde Mental alinhados com a proposta transformadora, buscando continuamente manter a luta, queimando-se no fogo do seu ideal, ressentem-se da ausência de visibilidade para com os objetivos; da necessidade de interlocução e realimentação de suas reflexões e práticas antimanicomiais; abandono e solidão, especialmente quando os gestores da saúde, emergindo da cultura manicomial, desprezam políticas de Saúde Mental já estruturadas, retrocedem, desvirtuam e fecham Serviços Substitutivos, não priorizando a Reforma Psiquiátrica no conjunto das Políticas Públicas, mesmo quando elas existem.

O poder público, especialmente o Ministério da Saúde, co-responsável na formulação e implementação das Políticas Sociais, no que concerne à Reforma Psiquiátrica, após um período de inquietante indefinição, conseguiu se emancipar da inércia e vem proporcionando novas oportunidades de mudança. Entretanto é visível que o Ministério continua navegando em sua ambigüidade na medida em que, por exemplo, edita a discutível Portaria 469/01 tratando da remuneração dos hospitais psiquiátricos, no mesmo dia 06/04/01 quando foi sancionada a Lei Nº.10.216/01. Além disso, com a mesma determinação com a qual convoca a III Conferência Nacional de Saúde Mental, restringe a inserção da Saúde Mental em sua estrutura gerencial, na medida em que um dia a mesma foi uma Divisão, depois passou a uma Coordenação e agora está colocada como uma Assessoria Técnica.

A população sem formação crítica, imersa em seu imaginário manicomial, desnorreada por informações paradoxais veiculadas de forma maciça nas diversas formas de mídia, mantendo seu comportamento conservador e reafirmando a costumeira obediência e submissão ao que lhe parece mais seguro, torna-se refém de “verdades” emanadas do meio “científico” e legitimadas por atestados oriundos de “conhecimentos” muitas vezes discutíveis.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) desde sua criação em 1987, com o lema “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS !” priorizou a luta política pela regulamentação do Projeto de Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT-MG).

Com essa bandeira de luta o MNLA, apesar de não ter conseguido integralmente o Estatuto Legal que desejava e a consequente política abrigada em seus Artigos, pode reconhecer que foi o melhor que se podia conseguir, após 12 anos convivendo com importantes riscos de retrocesso, enfrentando a poderosa Federação Brasileira de Hospitais e setores conservadores da Psiquiatria.

Considerando que a referida Lei guarda a mesma ambigüidade que o Ministério da Saúde (e seria muito difícil assim não ser, pois sua atuação é orientada

por suas próprias motivações, que obviamente não são as mesmas motivações do MNL) somos levados então a refletir que essa ambigüidade não seja proveniente exclusivamente do Ministério da Saúde e sim, e principalmente, da própria sociedade brasileira, manifestando-se em todos os espelhos onde a questão do loucos e das loucuras forem colocadas, fazendo-nos formular mais uma pergunta : Não seria então o caso de priorizar e intensificar ainda mais a intervenção na cultura manicomial da sociedade brasileira?

Partindo dessas considerações, é valorosa a iniciativa das lideranças organizadoras do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial ao buscar atualizar bandeiras de luta, que além de mobilizadoras, possam sensivelmente aferir para que lado está soprando a energia e a sabedoria do Movimento. Isto denota amadurecimento e conscientização acerca da necessidade de estarmos construindo, agora, um futuro consistente. Os protagonistas, desse processo, em função de sua legítima condição de maiores interessados, certamente trazem dentro de si as respostas necessárias.

Com a manutenção da nossa bandeira histórica : “ POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS ! ”, encaminhamos as seguintes propostas de luta:

- “ PELA VALORIZAÇÃO DA DIFERENÇA ! ”
- “ POR UMA VIDA DE QUALIDADE ! ”
- “ POR UMA SOCIEDADE ÉTICA! ”
- “ POR UM MUNDO JUSTO! ”

Brasília(DF), 30 de setembro de 2001

Augusto Cesar de Farias Costa

MOVIMENTO PRÓ-SAÚDE MENTAL DO DF

TESE DE GOIÂNIA

FÓRUM GOIANO DE SAÚDE MENTAL

End. Av. T-2 nº 803 - St. Bueno – CEP –74-210-070 Fone – (61) 253-1785

I Encontro Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial

Com o objetivo de discutir elaborar teses para o V Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, o Fórum Goiano de Saúde Mental realizou no dia 25 de setembro de 2001, na Sede do Conselho Regional de Psicologia – 09, o I Encontro Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial.

Os temas discutidos foram: 1 - Movimento Antimanicomial – Avaliação da Conjuntura; objetivos; táticas, concepções e estratégias. Tarefas atuais, Outros Movimentos Sociais. 2 – III Conferência Nacional de Saúde Mental e eleição de representantes do Estado de Goiás para o V Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial.

O Encontro teve a seguinte dinâmica:

8h30 – Abertura

Das 9h às 9h 45 – Mesa – Histórico do Movimento / Controle Social
Relação com outros Movimentos

Expositores:

Heloiza Helena A. M. Massanaro

Maria de Fátima Kato David

Carlene Borges

Das 9h45 às 10h – Lanche

Das 10h às 12h – Grupos de trabalho

Das 12h às 13h30 – Almoço

Das 13h30 às 16h - Plenária

Das 16h às 16h15 - Lanche

Das 16h15 às 17h – Continuidade da Plenária e Encerramento.

Avaliação do Movimento da Luta Antimanicomial

A partir de 1987, quando trabalhadores de Saúde Mental, reunidos no II Congresso de Saúde Mental em Bauru resolveram apontar novos rumos no atendimento ao portador de sofrimento psíquico, manifestando-se publicamente pela extinção dos manicômios para romper com a prática de exclusão e segregação, iniciou-se um vigoroso movimento social denominado de Movimento da Luta Antimanicomial, composto por usuários, familiares, técnicos, entidades de classe, sindicais e ONGs. Este Movimento vem contribuindo para a construção de novas formas de se lidar com a loucura, tendo como objetivo a desconstrução do manicômio e tem como princípio a autonomia.

Ao longo de seus quatorze anos de existência, o movimento vem crescendo. Atualmente está presente em todos os estados da Federação. Em alguns com mais força, conseguindo aprovação e implementação de Leis Estaduais de Reforma Psiquiátrica, em outros ainda tímido.

É visível a crescente organização e participação dos usuários e familiares, o que vem contribuindo para o fortalecimento do movimento antimanicomial.

Movimento ao longo desses anos obteve importantes conquistas, dentre as quais destacamos a Lei Federal 10.216, aprovada e sancionada este ano. Embora não seja o projeto defendido pelo Movimento, a Lei avança na reorientação do modelo, reafirma os direitos humanos e civis dos usuários e regulamenta as internações involuntárias e compulsórias. Além da Lei sancionada, o movimento conquistou ainda outros dispositivos legais referentes a reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil, dos quais citamos os seguintes: Lei 9.867, de 10 de novembro de 1999, que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos, através de programas de trabalho assistido. Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos e a 1.120 de 07 de novembro de 2000, que Regulamenta esses Serviços Residenciais Terapêuticos. Portaria nº 799 de 19 de julho de 2000, que institui no âmbito do Sistema único de Saúde, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, nos níveis federal, estadual e municipal. Esta portaria determina avaliação da assistência prestada em saúde mental pelo Sistema único de Saúde, estabelecendo mecanismos de supervisão continuada dos serviços hospitalares e ambulatoriais. Na verdade, estabelece uma auditoria especial. No entanto, esses dispositivos legais existentes, não vem sendo cumpridos na maioria dos estados e municípios.

Até metade da década passada, o Movimento conseguiu importantes vitórias no que se refere à redução de leitos psiquiátricos e o aumento ainda que pequeno de serviços substitutivos. Porém a partir do final dos anos noventa, o movimento não teve força suficiente para fazer avançar o processo de reforma psiquiátrica, no que se refere à redução de leitos psiquiátricos e a reorientação de recursos financeiros para ampliação da rede de serviços substitutivos.

É importante ressaltar que a medida que o Movimento cresceu, os setores contrários à reforma psiquiátrica se organizaram e fortaleceram e estão retardando o processo.

No ano passado, importantes eventos e intervenções concretas ocorreram, dentre os quais destacamos: O Fórum Nacional - Como Anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira? Avaliação, Perspectivas e Prioridades, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia, no qual se produziu propostas para objetivar e impulsionar o processo de Reforma Psiquiátrica no país e a visita da Comissão de Direitos Humanos da Câmara de Deputados a hospitais psiquiátricos e manicômios judiciários de sete estados da federação, onde se produziu um relatório com uma amostra da realidade manicomial brasileira, fez com que o governo tomasse algumas medidas, como o convite a um companheiro do movimento para coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, apressou a votação da Lei da Reforma, instituiu a Portaria 799, regulamentou a portaria 106. Convocou a III Conferência Nacional de Saúde Mental, após ampla atuação de militantes do movimento na IX Conferência Nacional de Saúde.

Em 2001, apesar de ser o Ano Internacional da Saúde Mental onde vários eventos estão sendo realizados, pouco se avançou concretamente no processo da Reforma Psiquiátrica.

O movimento da Luta Antimanicomial cresceu e fortaleceu, mas do ponto de vista organizativo tem fragilidades: falta infra-estrutura, o que diminui a agilidade de intervenção em momentos que exigem respostas e intervenções rápidas do movimento; Falta recursos financeiros.

Proposta de Organização

1 - Criação de uma Direção Nacional, composta por representantes dos Núcleos Estaduais.

2 - Criação de uma Coordenação Executiva Nacional Colegiada.

- Plenárias

- Encontros Nacionais
- Utilização dos meios de comunicações eletrônicos e telefônicos para agilizar tomadas de decisões quando a conjuntura exigir.
- Criação de uma ONG Nacional para trabalhar capacitação de técnicos, usuários e familiares, pesquisas e estimular produções no campo científico, literário e cultural.

Projeto de Lei

Em relação ao Projeto de Lei de 2001, que regulamenta o emprego da Eletroconvulsoterapia (ECT) e dá outras providências, os participantes do encontro se posicionaram radicalmente contra o uso de ECT como procedimento de tratamento e sua legalização. Sugere estudos e pesquisas que busque novas formas que possibilite ações terapêuticas que não sejam violentas.

Psicocirurgias

Os participantes do encontro se posicionaram radicalmente contra a realização de psicocirurgias de comportamento.

Propostas

Promover discussões sobre atenção à criança e adolescente, investindo na mobilização e sensibilização para criação de serviços substitutivos Infância Juvenil, para atendimento de casos graves, de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Exigir o cumprimento das Leis, Normas e Portarias que regulamentam os procedimentos em saúde mental.

Investir na mobilização e discussões para desconstrução dos manicômios judiciários.

Propor ao governo incentivo financeiro aos estados e municípios que promoverem a Reforma Psiquiátrica, criando rede de serviços substitutivos.

Exigir dos governos federal, estaduais e municipais, política de saúde mental, que reoriente os recursos financeiros para a rede de serviços substitutivos.

Pressionar o Ministro da Saúde no sentido de suspender a Portaria 469, que premia os hospitais psiquiátricos com mais verbas e mantém pacientes internados por mais tempo.

Manutenção e ampliação da fiscalização aos hospitais psiquiátricos.

Investir em ações para regulamentação da Lei Federal 10.216, com a participação de representantes dos usuários familiares e do Movimento.

Estimular a organização de usuários e familiares nos serviços.

Solicitar a inclusão nos currículos dos cursos universitários, o novo modelo de atenção em saúde mental.

Investir na capacitação de usuários, familiares e técnicos.

Exigir contratação e capacitação de recursos humanos, com vistas a ampliação dos novos serviços.

Participação de militantes do movimento em outros espaços da comunidade, além de associações e Fóruns, para divulgar o novo modelo de atenção em saúde mental.

Investir na capacitação de lideranças: usuários, familiares e técnicos

Assegurar o maior número de militantes do movimento na III Conferência Nacional de Saúde Mental para assegurar as propostas do Movimento.

Promover parcerias com universidades, para divulgar o novo modelo de atenção em saúde mental.

Garantir nas Universidades a inclusão nos currículos Políticas Públicas, privilegiando o Novo Modelo de Atenção em Saúde Mental.

Participar dos órgãos de controle social.

Estabelecer parcerias com as comissões de direitos humanos, OAB, Procon, Ministério Público, para garantia de acesso, fiscalização e garantia de direitos nos serviços de saúde, em especial nos serviços de saúde mental.

Articular com outros movimentos sociais, como Por exemplo: Movimento de Mulheres, Organização dos Idosos, Movimento Sem Terra, etc.

Planejar formas de atuação das associações de usuários nos Hospitais Psiquiátricos.

Trabalhar junto à comunidade a concepção de saúde integral que vai além do tratamento medicamentoso.

Trabalhar junto à comunidade a “idéia” de doença mental, “deficiência mental”.

Avaliação do Movimento em Goiás e a situação atual da Assistência

O Movimento em Goiás, através do Fórum Goiano de Saúde Mental da Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental está lutando pela mudança na assistência, mas não contam com a maioria das outras entidades e instituições.

O modelo atual é basicamente hospitalocêntrico e manicomial onde o tratamento nas clínicas e hospitais psiquiátricos é desumano. São lugares de torturas, maus tratos, despersonalização, onde não respeito aos direitos dos usuários e há total ausência de cidadania.

Evitar internação deve ser empenho da comunidade e dos familiares. A fiscalização às clínicas e hospitais deve continuar.

Os profissionais parecem manter o sistema tradicional.

Os familiares têm dificuldades para cuidar do usuário e um dos motivos é porque não conhecem outro tipo de atendimento além do tratamento medicamentoso e internação.

O Movimento precisa estar atento às questões da saúde em geral, e em especial na saúde mental. Tanto nas unidades de saúde em geral, quanto na saúde mental, com raras exceções, o usuário não confia nos profissionais, o tempo de atendimento é muito reduzido, e não há participação do usuário no seu tratamento. Os profissionais geralmente não escutam os usuários.

O trabalho dos Agentes Comunitários deixa a desejar. O sistema de saúde desorganizado, falta de profissionais, falta de vagas para consultas, faz com que a resposta para o problema encontrado pelo Agente Comunitário seja demorada. É necessário que haja um trabalho no Programa da Saúde da Família – PSF e Assistentes Sociais em relação à da saúde mental.

Propostas

- 1 – Estruturação do Fórum Goiano de Saúde Mental, transformando-o em ONG.
- 2 – Exigir do governo estadual uma Política de Saúde Mental embasada nas diretrizes do Movimento Antimanicomial.
- 3 – Trabalhar na Coordenação de Saúde Mental do Estado o pessoal do PSF e Assistentes Sociais
- 4 – Criação de uma rede de serviços substitutivos, mantendo o Núcleo de Saúde Mental Professor Wassily Chuc (Pronto Socorro Psiquiátrico) como porta de entrada para avaliação da necessidade de intervenção, com enfermarias para internação até 72 horas, para somente após avaliação final das 72 horas, proceder internação por um tempo maior, em último caso.
- 5 – Contratar usuários para exercer a função de Agentes Comunitários.
- 6 – Implantação de uma rede serviços substitutivos nas Regionais e nos municípios de maior porte.
- 7- Levantar discussões sobre a atenção à saúde mental da criança e adolescente,

criando serviços substitutivos para os mesmos. Investir na mobilização e sensibilização.

8-Ter um lugar, como uma chácara, onde o usuário possa brincar, entrar e sair na hora que quiser. Que os NAPS sejam com chácaras.

9 – Filmar o que acontece dentro dos hospitais psiquiátricos, para que as famílias possam ver o que acontece lá dentro com seus usuários.

10 – Encaminhar correspondência à Comissão de Direitos Humanos da Câmara de Deputados, para que eles retornem ao estado de Goiás, para a avaliar a situação dos hospitais psiquiátricos, após sua visita.

Goiânia, 25 de setembro de 2001
Fórum Goiano de Saúde Mental

TESE DE MINAS GERAIS

Tese da Delegação de Minas Gerais, definida no Encontro Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial

No dia 21 de setembro de 2001 foi realizado o Encontro Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial de Minas Gerais. Dois pontos de pauta foram discutidos: a avaliação da conjuntura do Movimento no Brasil e no Estado e a eleição dos delegados para a participação no V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, no Rio de Janeiro.

Seguem, então, os principais problemas levantados:

Pouca e pequena participação de familiares dos portadores de sofrimento mental no Movimento;

Dificuldade dos serviços de saúde mental ditos substitutivos em aprofundar discussões e práticas que apontem efetivamente para a conquista de uma cidadania plena dos portadores de sofrimento mental;

Dificuldade da Secretaria Executiva do Movimento da Luta Antimanicomial em divulgar notícias, ações e fazer circular as informações.

Pouca agilidade e integração entre os núcleos do Movimento conseguindo atuar apenas em momentos de crise;
Grande hostilidade por parte de certos usuários em relação aos técnicos ligados à luta antimanicomial, dividindo e fragilizando desnecessariamente o Movimento.

Para a solução destes problemas, foram feitas as seguintes propostas:

- Considerar como uma das prioridades a organização dos familiares para uma maior e mais ativa participação no Movimento;
- Maior participação dos usuários, familiares e técnicos nas discussões da elaboração e implementação de políticas públicas;
- Sustentar e manter uma rede de informações, inclusive sobre a inclusão no trabalho;
- Manter a mesma estrutura atual do Movimento Nacional (Secretaria Executiva, plenárias, Encontros Nacionais, etc.), criando um grupo consultivo (um grupo de apoio nacional ao Movimento), que se articularia regularmente através de tele-reuniões;
- Criação e fortalecimentos dos núcleos estaduais para a sustentação e apoio da rede de informações, utilizando-se, também, de tele-reuniões estaduais;
- Realização de um Seminário Nacional sobre a questão do trabalho;
- Retomar a nível nacional a discussão sobre a criança e o adolescente;
- Aprofundar a interlocução entre o Movimento e as instituições formadoras – definição de uma pauta;
- Continuar exigindo do poder público, em todos os seus níveis, a implantação de uma política em saúde mental de desinstitucionalização e investimento na rede substitutiva, respeitando os princípios do SUS;
- Os participantes do Movimento devem realizar uma oração ao deitar, com a duração de 1 minuto e com o seguinte dizer: “Os usuários da saúde mental estão em comunhão”;
- Reafirmação do Movimento da Luta Antimanicomial como Movimento Social;
- Que todos os representantes do Movimento na Comissão Nacional de Saúde Mental enviem relatórios aos Núcleos Estaduais contendo informações sobre as reuniões;
- Aprofundar, através de Seminário, a discussão a respeito do portador de sofrimento mental infrator;
- Implementar e participar dos dispositivos de controle social;
- Discutir de maneira ampla e honesta a relação usuários/técnicos, tendo como princípio que ambos os segmentos partilham um projeto comum.

Terminada a discussão, usuários e técnicos do Movimento reuniram-se separadamente para a escolha dos delegados para a participação no V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial.

TESE DO RIO DE JANEIRO I

RELATÓRIO FINAL DO ENCONTRO ESTADUAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL/RJ PROPOSTAS PARA O V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO

INTRODUÇÃO

Foi realizado em 15 de setembro de 2001, no Instituto Philippe Pinel, o Encontro Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial do Estado do Rio de Janeiro.

Contou com a participação de 87 pessoas entre usuários (37), familiares (14) e profissionais (28) de serviços, entidades, centros formadores de recursos humanos dos municípios do Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Angra dos Reis, Paracambi, Nova Friburgo, bem como 08 pessoas simpatizantes do movimento. Dois grupos foram constituídos para debater os temas que serão abordados no V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (a ser realizado na cidade de Miguel Pereira, de 17 a 21/10/2001): TEMA I – *Avaliação do Movimento Antimanicomial – como estamos, o que queremos, para onde vamos*; TEMA II – *propostas do Movimento Antimanicomial à III Conferência Nacional de Saúde Mental* (Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001).

Este relatório contém as propostas apresentadas pelos dois grupos, indistintamente, separadas por sub-temas, são eles: controle social; recursos humanos; acessibilidade; direitos; cidadania; estratégias para a participação do MLA na III Conferência Nacional de Saúde Mental; organização do Movimento da Luta Antimanicomial.

Tais propostas servirão de subsídios para os delegados do Estado do Rio de Janeiro no V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial.

O Rio de Janeiro participará com 70 delegados (distribuídos entre usuários, familiares e profissionais), com direito a hospedagem, alimentação e transporte gratuitos, durante o Encontro Nacional. Poderão participar outros 140 delegados, com despesas custeadas por si próprios. Os delegados custeados pela organização do Encontro Nacional foram escolhidos dentre as listagens apresentadas por seus serviços e entidades no Encontro Estadual.

SUB-TEMA FINANCIAMENTO

Que o movimento faça uma análise crítica do modelo econômico neoliberal que é excludente e perpetuador de desigualdade social;

Ampliar os recursos para o investimento em saúde mental, através do estabelecimento de convênios com empresas estatais;

O movimento deve lutar para que sejam garantidos, simultaneamente, pelo poder público, serviços substitutivos e medicamentos de segunda geração (zyprexa, leponex, risperdal), reivindicando junto ao Ministério da Saúde que defenda a quebra de patente destes medicamentos, com vistas ao barateamento de seus custos;

Que sejam regulamentados os mecanismos de repasse dos recursos anteriormente destinados ao pagamento de leitos hospitalares e agora realocados na implantação dos serviços residenciais terapêuticos, prescindindo-se de intermediações através de pessoas físicas e/ou entidades da sociedade civil;

Que sejam avaliadas as conseqüências advindas dos repasses de recursos financeiros sob forma de convênio estabelecido entre governo e entidades, os quais vêm transformando entidades da sociedade civil em gestores;

Que o Ministério da Saúde viabilize recursos financeiros para as implementação de serviços residenciais terapêuticos a serem destinados aos usuários da Casa de Saúde Dr. Eiras – Paracambi, regulamentando os mecanismos de repasse desses recursos (regulamentação da Portaria 1220);

Usar o poder da mídia (campanha na TV) para sensibilizar os governos para que sejam aumentados os recursos para a saúde mental.

SUB-TEMA CONTROLE SOCIAL

Criar um fórum sistemático de discussão e acompanhamento da aplicação da Lei Federal 10.216, de abril de 2001;

Que os serviços de saúde mental sejam permanentemente fiscalizados em relação a existência de ações que contrariem os direitos assegurados pelo Art. 2º da Lei 10.216;

Que cada município constitua um fórum de saúde mental, com participação de gestores, entidades e serviços, para debate de questões pertinentes;

Criar uma comissão permanente vinculada aos núcleos do Movimento da Luta Antimanicomial para realizar visitas regulares aos hospitais psiquiátricos, com o objetivo de levantar os casos de pacientes que não possuem referência familiar e que estão nestes locais em processo de cronificação, institucionalmente abandonados;

Que os serviços de saúde mental, as associações de usuários e familiares discutam o uso de tabaco e álcool dentro do programa de saúde mental;

Que o acompanhamento e a fiscalização dos serviços de saúde mental sejam realizados pelas comissões estadual e municipal de saúde mental, que têm a função de assessorar os conselhos estadual e municipal de saúde (tais comissões devem ser criadas onde ainda não existam);

Pressionar as Secretarias Municipais de Saúde para que sejam criadas, nos Conselhos Municipais de Saúde, comissões de saúde mental de caráter deliberativo;

Que sejam respeitadas as resoluções da XI Conferência Nacional de Saúde, para que esteja bem definida a representatividade dos Conselheiros: que o segmento de usuários seja representado por usuários; o de profissionais, por profissionais; e o de gestores, por gestores.

Que sejam criados conselhos gestores nos CAPS e NAPS;

Que os coordenadores ou gerentes municipais de saúde mental encaminhem para os conselhos estadual e municipais de saúde, bem como para as respectivas comissões de saúde mental, trimestralmente, a discussão sobre os recursos financeiros repassados para a criação de serviços de saúde mental.

SUB-TEMA RECURSOS HUMANOS

Que as oficinas oferecidas pelos serviços de saúde mental tenham monitores habilitados para as mesmas;

Que sejam encaminhados para os conselhos estadual e municipal de saúde, os critérios de contratação de pessoal utilizados nas admissões em serviços públicos de saúde, como forma de estabelecer o controle social do SUS;

Que os auxiliares de enfermagem recebam formação e treinamento adequados para que sejam evitadas, de sua parte, agressões ou maus tratos aos usuários;

Que a equipe técnica e/ou voluntários saibam compreender e cuidar dos usuários em crise;

Que os serviços substitutivos de saúde mental incorporem como recursos humanos os acompanhantes terapêuticos qualificados formalmente.

SUB-TEMA ACESSIBILIDADE

Que sejam ampliadas as redes de serviços residenciais terapêuticos e de cooperativas sociais, viabilizando através delas a inclusão social, e garantindo-se os direitos de moradia, saúde, educação e trabalho;

Que os serviços substitutivos façam um levantamento dos portadores de transtorno mental em seu território, cadastrando-os no serviço e acompanhando-os em seus locais de residência;

Que se avalie a possibilidade de hospitais-dia se complexificarem e passarem a realizar consultas e exames especializados, demandados pelos usuários portadores de transtorno mental;

Que os serviços, nos casos de abandono de tratamento pelos usuários, os busquem ativamente junto aos domicílios, exercendo monitoramento permanente;

Para aqueles usuários que não aderem aos programas oferecidos pelos serviços e os abandonam; que os serviços se diversifiquem em suas atividades, com a incorporação de novos recursos humanos que possam responder às demandas deste tipo de usuários, evitando sobrecarga às famílias;

Para aqueles usuários que não se reconhecem como tal e se recusam a procurar os serviços de saúde mental; que sejam feitas visitas domiciliares para o resgate deste tipo de usuários;

O movimento deve discutir o papel das emergências psiquiátricas dentro da rede de serviços de atenção em saúde mental.

Que o tratamento para os portadores de dependência química siga o princípio da desinstitucionalização;

Que os serviços ampliem o atendimento às crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais;

Que sejam criados CAPS públicos específicos para o atendimento aos dependentes químicos;

Que os CAPS e NAPS sejam criados fora de unidades hospitalares públicos, afirmando-se assim seu caráter comunitário e não hospitalar.

SUB-TEMA DIREITOS

Que seja regulamentada a Lei Federal n.º 10.216 de abril de 2001;

Que as comissões nacional e estaduais de saúde mental apresentem propostas para regulamentação da Lei Federal n.º 10.216 de abril de 2001;

Que o Ministério público assessore o movimento na discussão sobre a regulamentação da lei Federal 10.216, de abril de 2001.

Que se lute por uma lei federal que garanta percentual de vagas para pessoas portadoras de transtorno mental nas empresas, e que estas pessoas fiquem sob supervisão dos CAPS;

Que no serviço de saúde mental seja criado comitê de cidadania, com o papel de ouvidoria, e seja constituído por representantes de usuários, familiares e equipe;

Que o movimento discuta e se posicione em relação ao projeto de lei que busca regulamentar o uso do eletrochoque;

Que o Programa de Assistência à Desospitalização (PAD) seja implementado como forma de fornecer ajuda financeira aos usuários por um período determinado, evitando-se que eles recorram à aposentadoria por transtorno mental, de caráter mais permanente.

SUB-TEMA CIDADANIA

Que sejam denunciadas junto ao Ministério Público violências perpetradas contra os direitos dos portadores de transtorno mental;

Os serviços devem incentivar produções culturais e artísticas como: literatura de cordel; música; teatro etc. que devem funcionar como instrumentos críticos e desmistificadores da doença mental.

Que as associações de usuários se constituam como forças autocurativas para os usuários;

Que sejam criados grupos de mútua-ajuda específicos para cada segmento, ou seja: usuários, familiares e técnicos. Estes grupos devem existir de forma autônoma.

Que sejam criados grupos de mútua-ajuda com participação simultânea de representantes dos três segmentos.

Que sejam estabelecidos mecanismos democráticos nas cooperativas sociais, que permitam participação efetiva dos usuários.

Que seja abolida a expressão "o próximo da fila" nos serviços de saúde em geral e, especialmente, nos novos serviços de saúde mental, e que os usuários sejam chamados por seus nomes.

Que seja divulgada nos novos serviços de saúde mental a reunião do núcleo de trabalho/Secretaria Estadual de Trabalho/RJ, às quartas-feiras, para onde poderão ser encaminhadas propostas sobre o tema.

SUB-TEMA ESTRATÉGIAS DE PARTICIPAÇÃO DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Garantir presença nas Conferências, estadual e municipais de saúde mental, enquanto participantes do Movimento Antimanicomial, de maneira organizada;

Garantir que estejam incluídos nas mesas das Conferências Estadual e Municipais de Saúde Mental, representantes de usuários e familiares;

Discutir formas de o Movimento Antimanicomial participar em bloco nas Conferências Estadual e Municipais de Saúde Mental, para garantir a inserção de suas propostas nos grupos e/ou nas plenárias, uma vez que as propostas são aprovadas por mecanismos de votação;

Pressionar as Secretarias Municipais de Saúde para convocarem as Conferências Municipais de Saúde Mental;

Reivindicar que as Conferências Nacional, Estaduais e Municipais sejam convocadas regularmente, sendo estabelecidas regras claras a este respeito;

Que usuários, familiares e técnicos sejam lembrados, todos os dias, nos serviços, das datas das Conferências de Saúde Mental, para que sejam estimulados a estar presentes às mesmas.

SUB-TEMA ORGANIZAÇÃO DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Que o movimento reconheça instâncias estaduais de articulação dos núcleos do movimento (Fóruns Estaduais); que estas instâncias estaduais sejam institucionalizadas, com personalidade jurídica definida (pró-legalização: 19 votos; contra-legalização: 12 votos; abstenções: 04 votos);

Que as associações/entidades/serviços/núcleos se filiem às instâncias estaduais (Fóruns Estaduais), comprometendo-se com sua manutenção financeira, e sendo preservada a autonomia política e financeira dessas associações/entidades/serviços/núcleos.

TESE DO RIO DE JANEIRO II

TESE APRESENTADA AO V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL (COMPLEMENTAR AO RELATÓRIO DO ENCONTRO ESTADUAL/RJ, DE 15/09/2001)

Contribuição do Rio de Janeiro, considerando a participação de militantes nas discussões no Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial/RJ, na Comissão Nacional de Saúde Mental e na Secretaria Executiva Nacional Colegiada – Biênio 1999/2001.

Neste documento, afirmamos os princípios éticos e políticos que devem guiar, sob nosso ponto de vista, o Movimento Antimanicomial, e refletimos sobre a melhor forma como deve se organizar o Movimento, a partir de nossa vivência no Núcleo Estadual/RJ, na Secretaria Executiva Nacional e na Comissão Nacional de Saúde Mental.

Optamos por dividir este texto em duas partes, relativas aos dois temas a serem discutidos no V Encontro. *A primeira parte realiza uma Análise crítica, princípios éticos e políticos norteadores, estratégias de luta do Movimento Antimanicomial; a segunda parte desenvolve a seguinte idéia: Movimento da Luta Antimanicomial: algumas reflexões sobre a sua organização.*

Questões polêmicas que identificamos, em relação aos princípios e à forma de organização do Movimento, estão aqui apresentadas, sem que tomemos posição, necessariamente. Consideramos relevante trazê-las para um debate mais aprofundado no V Encontro.

I) Análise crítica, princípios éticos e políticos norteadores, estratégias de luta do Movimento Antimanicomial.

O reconhecimento nacional e a legitimidade conquistados pelo Movimento Antimanicomial, perante o Estado e a sociedade civil, deu-se pela via da luta social, sobretudo.

Enquanto movimento social, exigiu e lutou pela realização de Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde Mental, que apontaram para a necessidade de Reorientação do Modelo Assistencial, eixo temático que orientará as discussões na III Conferência Nacional de Saúde Mental, convocada para dezembro de 2001.

Através de ampla mobilização, o Movimento Antimanicomial conquistou, no âmbito do poder Legislativo, a Lei Federal n.º 10.216, de abril de 2001, que estabelece as diretrizes para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Embora com imperfeições, esta lei significa um avanço em relação à lei de 1934: ao invés de defender prioritariamente a sociedade, preocupa-se em defender os direitos das pessoas com transtornos mentais.

O Movimento Antimanicomial deve lutar agora pela regulamentação da Lei 10.216, e defender que seja preservado o princípio da extinção progressiva dos manicômios, aqui considerados como tal tanto as instituições asilares, como as clínicas e/ou hospitais psiquiátricos.

Diante dos 65 mil leitos manicomial, ainda existentes no Brasil, para os quais são destinados cerca de 90% dos recursos do SUS destinados à Saúde Mental, representando cerca de R\$460,00 milhões de reais anuais, o Movimento Antimanicomial deve defender estratégias de reconversão e de repasse destes recursos para os novos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Os novos serviços em saúde mental – CAPS/NAPS, hospitais-dia, cooperativas sociais, serviços residenciais terapêuticos, clubes de lazer, dentre outros – devem ser implementados e ter caráter, administração e recursos humanos públicos, para garantir maior transparência e controle social.

O projeto neoliberal adotado pelo Estado brasileiro gerou o enfraquecimento do poder público. A defesa da “coisa” pública deve ser retomada pelo Movimento Antimanicomial, que não deve permitir que reformas institucionais, como a de fechamento de hospitais, levem à desresponsabilização com a saúde mental pelo Estado. Recursos financeiros não podem desaparecer, mas serem reconvertidos, ampliados. Devem seguir os usuários desinstitucionalizados. Devem ser investidos em serviços substitutivos regionalizados, funcionando 24 horas, bem como em cooperativas sociais, serviços residenciais terapêuticos etc.

Defender serviços substitutivos públicos, significa dizer que estarão inseridos no SUS e, por isto, terão uma ideologia, serão descentralizados, serão submetidos a controle social, terão uma inclusão territorial e inserção em uma rede social, desenvolverão ações intersetoriais. Portanto, seguirão a lógica da territorialidade, da integralidade, da intersetorialidade, da integração sob forma de rede, o que impedirá dizer-se que tratamento seja sinônimo da abordagem clínica.

Serviços substitutivos inteiramente públicos permitem maior participação e controle social, em relação a serviços públicos terceirizados. Desinvestir no setor público e investir no setor privado significa tirar o protagonismo do Estado na questão da saúde.

A terceirização de atividades básicas (alimentação, segurança, limpeza) nos serviços públicos, que implicam em processos de licitação milionários, permitem a perpetuação de direções, à medida em que são mantidas estáveis através da distribuição de comissões, dificultando a alternância de gestão e a democratização das instituições. Denúncias a este respeito, têm custado a vida de pessoas em exercício do controle social, em nosso meio.

A Lei de responsabilidade Fiscal e a lei que restringe os gastos públicos com recursos humanos a 65% do orçamento, têm levado à terceirização de recursos humanos nos serviços substitutivos públicos. Defendemos que seja o serviço público que selecione pessoal, através de concursos públicos.

Compreendemos o Movimento Antimanicomial como um processo. Inventar serviços novos, sem o respaldo de portarias e leis que permitam o seu financiamento, pode exigir a criação de mecanismos criativos que os viabilizem. Contudo, mediante a conquista de legislação específica, devidamente regulamentada, defendemos que sejam extintos os mecanismos anteriores. Assim, diante das Portarias 106 e 1.220, que legitimam os serviços residenciais terapêuticos, defendemos que os recursos financeiros a eles destinados sejam gerenciados integralmente pelo setor público, sem a intermediação de pessoas físicas e/ou entidades da sociedade civil.

No Brasil, o seguro-saúde é um fato concreto, e cobre boa parcela da população, que se sacrifica para adquiri-lo. Impôs-se no cenário nacional em virtude da desqualificação da saúde pública, embora tenha decaído em circunstâncias conjunturais onde tenha havido mobilização popular e qualificação dos serviços do SUS. Exemplo disto foi a experiência de Santos/SP, na saúde mental.

O seguro-saúde representa uma ameaça à compreensão de saúde enquanto integralidade e qualidade de vida, e leva à perda de consciência sanitária. Retira a saúde de um contexto mais global, retira do sujeito seu papel social e estabelece somente uma relação de compra e venda. A saúde é vista como um comércio e há o desmonte da rede pública, com o Estado repassando recursos ao mercado de capitais. No seguro-saúde, a saúde torna-se doença e são desenvolvidas ações somente para o tratamento desta doença.

O seguro-saúde, no campo da saúde mental, possui regulamentação precária, cobrindo as medicações específicas e financiando apenas as ações desenvolvidas em ambulatório e as internações, não havendo incorporado os serviços substitutivos à internação hospitalar.

Neste contexto, de presença significativa do seguro-saúde na realidade brasileira, e com a intenção de se garantir que sejam desenvolvidas ações o menos danosas possíveis aos portadores de transtorno mental, defendemos que o seguro-saúde, além de consultas em ambulatório e internações, ofereça outras formas de tratamento na cobertura ao segurado, como serviços substitutivos à internação hospitalar.

O seguro-saúde deve credenciar serviços substitutivos privados como estratégia para se evitar internações.

Serviços substitutivos privados podem ser criados, mas não podem ser financiados com recursos do SUS, o que geraria a privatização dos recursos públicos.

Serviços substitutivos públicos, por sua vez, devem ter gestão, administração e recursos humanos públicos, para que o público não seja privatizado e se perca o controle social da “coisa” pública.

Diante da ausência de serviço substitutivo privado, os gastos com a utilização de serviço público pelo segurado devem ser ressarcidos pelo seguro-saúde, já se dispondo de mecanismos legais para tal ressarcimento ao poder público. Contudo, o convênio entre serviço público e seguro-saúde não pode levar à redução de vagas para a assistência pública, à cobrança de taxas extras e à privatização da clientela.

II) Movimento da Luta Antimanicomial: algumas reflexões sobre a sua organização.

Apresentamos aqui reflexões desenvolvidas a partir da experiência de se conduzir, simultaneamente, no Rio de Janeiro, entre 1999 e 2001, o Núcleo Estadual/RJ e a Secretaria Executiva Nacional Colegiada do Movimento da Luta Antimanicomial. Comentamos sobre aspectos relacionados às exigências e limitações para se conduzir política e administrativamente o Movimento, sem se dispor de suporte adequado. Estas reflexões poderão servir de subsídios à discussão da reformulação, ou não, da estrutura organizacional do Movimento, um dos temas do V Encontro.

Optamos por apresentar questões polêmicas que identificamos, e que não são consensuais, após discussão poderão ser melhor debatidas e confrontadas no V Encontro Nacional. São elas:

O Movimento Antimanicomial deve continuar assumindo, na conjuntura nacional, uma atitude crítica, propositiva, fiscalizadora.

O caráter revolucionário do Movimento da Luta Antimanicomial, dentre outros fatores, é dado pela sua não legalização ao nível nacional e por permitir a participação de sujeitos avulsos, ou seja, não vinculados, necessariamente, a uma entidade ou serviço de saúde mental.

O Movimento Antimanicomial não deve possuir um formato nacional único de organização.

Os Fóruns Estaduais do Movimento Antimanicomial poderão existir enquanto estrutura legítima do Movimento e serem legalizados, mas não poderão

ser considerados representantes exclusivos do Movimento no Estado, para que sejam evitados monopólios e a exclusão de posições minoritárias.

Os Fóruns Estaduais poderão ser institucionalizados, mas este tipo de estrutura não deverá constituir uma exigência prévia para o Movimento se organizar nos estados, devendo ser mantido um formato flexível de estruturação do Movimento.

O Movimento Antimanicomial pode legitimar Fóruns Estaduais legalizados, mas não deve inibir o surgimento de instâncias inovadoras de organização.

Os Fóruns Estaduais devem existir enquanto espaços democráticos, independentes, inovadores, renovadores.

O Fórum Estadual deve existir como uma entidade em si mesma, mas não pode ser considerado o único interlocutor do Movimento no estado.

Diferentes Núcleos poderão representar o Movimento Antimanicomial no estado, sem a exigência de estarem formalmente articulados entre si, bastando estar cada qual legitimado pela sua prática política.

Os Fóruns Estaduais do Movimento Antimanicomial poderão ser constituídos por representantes de entidades, de serviços, de centros formadores de saúde mental e também por pessoas avulsas, simpatizantes do Movimento.

Os Fóruns Estaduais do Movimento Antimanicomial deverão ser constituídos somente por representantes de entidades, sendo vedados participantes avulsos.

Os Fóruns Estaduais do Movimento Antimanicomial, institucionalizados ou não, deverão ter coordenações: a) paritárias em relação aos segmentos de usuários, familiares e profissionais; ou b) colegiadas; ou c) escolhidas pela legitimidade política de seus membros.

Os Fóruns Estaduais não poderão ter coordenações reeleitas por mais de uma vez.

A Secretaria Executiva Nacional do Movimento Antimanicomial não deve ser juridicamente registrada, enquanto entidade nacional.

A Secretaria Executiva Nacional do Movimento Antimanicomial deve receber apoio financeiro, regulamentado formalmente, dos Fóruns Estaduais e/ou dos Núcleos do Movimento.

A Secretaria Executiva Nacional do Movimento Antimanicomial, quando assumida por um Fórum Estadual institucionalizado, com recursos financeiros próprios, deve continuar recebendo as contribuições dos demais Fóruns Estaduais e/ou Núcleos do Movimento.

A Secretaria Executiva Nacional do Movimento Antimanicomial deve buscar outras fontes de financiamento que a viabilizem, como a venda de livros, receber doações de entidades fora do âmbito do Movimento, que o apoiem.

A Secretaria Executiva Nacional do Movimento Antimanicomial, em razão de urgência e para redução de custos, poderá convocar tele-reuniões de caráter deliberativo, financiadas por ela própria e/ou por entidade que apoia o Movimento, com regularidade mensal.

A Secretaria Executiva Nacional do Movimento Antimanicomial não poderá convocar tele-reuniões com caráter deliberativo.

Os Fóruns Estaduais do Movimento Antimanicomial, institucionalizados ou não, deverão indicar um representante titular e um suplente para participar das tele-reuniões.

Em Estados onde não esteja constituído um Fórum Estadual, institucionalizado ou não, os Núcleos do Movimento naquele estado poderão indicar um representante titular e um suplente que os represente como um todo.

As Plenárias Nacionais do Movimento Antimanicomial deverão ser abertas e não ficarem restritas a um único representante por Núcleo do Movimento, com direito a voz e voto. Deverão ser regulamentadas situações específicas, eventuais, em que poderão votar somente um representante de cada Núcleo do Movimento.

Algumas reflexões sobre a organização do Movimento Antimanicomial: a realidade da Secretaria Executiva no Rio de Janeiro – 1999-2001:

Durante a gestão 1999-2001 da Secretaria Executiva Nacional, sediada no Rio de Janeiro, tornou-se evidente que a condução político-ideológica do Movimento ficou a cargo: da própria Secretaria Executiva Nacional; de militantes que estiveram à frente de Secretarias Executivas Nacionais anteriores, e atualmente membros de entidades nacionais simpatizantes do Movimento; de Plenárias Nacionais; de Tele-reuniões convocadas emergencialmente, financiadas por entidade nacional que apoia o Movimento.

Durante a gestão 1999-2001, a Secretaria Executiva Nacional, sediada no Rio de Janeiro, não dispôs autonomamente de espaço próprio para reuniões, telefax, telefone, computadores, ficando em dependência de autorização prévia das direções das entidades, que lhe deram suporte, a utilização destes recursos.

Durante a gestão 1999-2001, a Secretaria Executiva Nacional somente pôde desempenhar, com alguma agilidade, as funções a ela atribuídas, em função da disponibilização, na maior parte das vezes, de computadores, telefones comuns e/ou celulares, telefax, automóveis, materiais de secretaria pertencentes aos próprios militantes, que assumiram individualmente todos os custos de sua utilização.

Durante a gestão 1999-2001, da Secretaria Executiva Nacional, despesas de maior vulto (elaboração e distribuição de cartazes do 18 de maio; pagamento de telereuniões; deslocamento de militantes; etc.), foram assumidas por entidades pertencentes e/ou simpatizantes do Movimento Antimanicomial, não dispondo autonomamente a Secretaria de recursos para tais despesas. Militantes do Movimento, membros da Secretaria, muitas vezes não puderam estar presentes às reuniões por falta de recursos para o próprio deslocamento.

TESE DO RIO GRANDE DO SUL

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL FORUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL

Encontro Estadual

O Encontro Estadual que ocorreu no dia 11/08/2001 em Porto Alegre, contou com a participação de 120 pessoas oriundas de 13 municípios do RS.

No Encontro foram apresentados trabalhos desenvolvidos nos municípios e o projeto *São Pedro Cidadão*, que objetiva a desconstrução do Hospital Psiquiátrico São Pedro; foi apresentada uma retrospectiva histórica do Movimento e Fórum Gaúcho, realizada uma avaliação, foram elaboradas propostas de lutas e de organização do Movimento e do Fórum Gaúcho, bem como definidas algumas responsabilidades e representações e foram discutidos o V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial e a III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Encontro Nacional

1- Nossa luta é ética, nossa ação é política, nossa construção é sócio-cultural

Uma das principais contribuições do RS para o Brasil nos últimos 5 anos é a viabilização de políticas públicas intersetoriais geradoras de inclusão social. Políticas que tem sido implementadas no contexto de democratização do Estado pela ação de governos democráticos e populares nos âmbitos estadual e municipal, que são formuladas, dirigidas e operacionalizadas por militantes de movimentos sociais, entre eles do Movimento Antimanicomial, os quais ocupam lugares de direção governamental, estão no legislativo e continuam militando nos espaços de participação social. Inserções que são conflitivas, contraditórias, que exigem capacidade de diálogo, de tolerância, de invenção, de solidariedade, que nem sempre dispomos no momento preciso, para continuarmos na luta por *uma sociedade sem manicômios*.

O problema da moradia tem sido equacionado entre secretarias da saúde e habitação nos fóruns de políticas sociais, quando existem. Os municípios como de São Lourenço do Sul, Bagé e Porto Alegre garantiram casas em conjuntos habitacionais populares para portadores de sofrimento psíquico que viviam em instituições psiquiátricas, que internavam por questões sociais e/ou que não tinham onde morar. Garantia que ocorreu por negociação entre os gestores, trabalhadores e militantes do Movimento. Em Porto Alegre a I Conferência de Habitação aprovou

uma proposta de moradia para os usuários que tem sido implementada pelos gestores do Departamento de Habitação do município desde 99. Em Alegrete a solução da moradia tem sido encontrada conforme a singularidade de cada usuário e os recursos possíveis de mobilizar junto à sociedade e aos órgãos públicos, sempre numa ação militante do Movimento. O estado no processo de implementar a reforma psiquiátrica comprometeu-se com a afirmação de que os moradores dos hospitais psiquiátricos não iriam morar nas ruas por falta de casa quando as referidas instituições fechassem e optou por desenvolver um projeto *morar cidadão* entre secretarias da saúde e da habitação, através do fórum de políticas sociais, para as pessoas que vivem no hospital psiquiátrico São Pedro. Foi constituída equipe transdisciplinar (arquiteto, comunicador, advogado, sociólogo, psicólogo) e intersetorial, desenvolvido trabalho com os moradores da vila a ser urbanizada em conjunto com os do hospital e criados instrumentos jurídicos que permitissem a utilização de recursos financeiros da saúde e da habitação para o mesmo projeto. O processo está em construção urbana, social e singular e tem sido potente para a afirmação de subjetividades e cidadania. Na palavra de uma moradora para os trabalhadores de saúde mental *“que vocês continuem tendo coragem de nos dar coragem para sair”*.

Os serviços residenciais terapêuticos assumidos pelo Ministério da Saúde como dispositivos da rede de cuidados da saúde mental também podem impulsionar projetos intersetoriais de moradia.

O problema da geração de renda tem sido enfrentado em conjunto entre secretarias municipais e estaduais da saúde, assistência social e desenvolvimento ou indústria e comércio com militantes do Movimento. No estado foram desenvolvidos os projetos *Primeiro emprego* para jovens inclusive portadores de necessidades especiais e infratores, que tem propiciado o ingresso no mundo do trabalho de pessoas que não teriam essa possibilidade ou que teriam muitas dificuldades nesses tempos de não emprego; *Economia Solidária* criado para facilitar a comercialização e agregar valor aos produtos de cooperativas, associações, micro e pequenas empresas, através de Feiras, cursos, espaços valorizados de produção e comercialização, no qual uma associação de usuários que trabalha com papéis reciclados de Porto Alegre participa e hoje tem uma sede num lugar privilegiado da cidade e no qual a Cooperativa Qorpo Santo de Alegrete também está participando na região da fronteira oeste do RS.

Para o Movimento inventar ou contribuir para a invenção de projetos emancipatórios consistentes do conjunto dos militantes, nossa ação, sempre que possível, deve incluir e ser incluída em processos intersetoriais.

2- Nossa organização

Nossa organização deve seguir norteada pelas nossas lutas e nossa agenda política. Múltiplos Núcleos tem nos permitido continuar existindo e crescendo. O que é necessário para continuar nos qualificando enquanto atores sociais? Comunicação? Formação? Invenção? Formulação?

Propomos a continuidade dos núcleos, da secretaria executiva nacional com sede no estado que organizará o Encontro Nacional, das Plenárias Nacionais itinerantes, a manutenção de um site do Movimento e do Circulado.

Podem contribuir para nossa qualificação introduzir o planejamento estratégico para nos organizarmos? Elaborarmos um plano de comunicação e marketing? Criarmos um projeto de intercâmbio nacional e internacional?

No RS reafirmamos a organização em núcleos municipais e/ou regionais, constituímos grupos de trabalho para a agenda próxima: Encontro e Conferências, elegemos Alegrete para secretaria executiva do estado com as incumbências de elaborar um Boletim do Fórum Gaúcho e de troca de informações entre os núcleos do estado e do país.

O que nos organiza é a política.

3- Nossas propostas para a III Conferência Nacional de Saúde Mental

Reafirmar que nossa proposta é de mudança ético-política para uma sociedade sem exclusões;

Ressaltar que a reforma psiquiátrica pode ser impulsionada pelo SUS – Sistema único de Saúde – mas, ela não se esgota no campo da saúde. A reforma psiquiátrica é cultural e social;

Explicitar que os serviços para serem substitutivos devem estar alicerçados em saber-fazeres de acolhimento, responsabilização, vinculação, validação de subjetividades, de construção de cidadania;

Enfatizar a necessidade de financiamento suficiente e contínuo dos serviços substitutivos incluindo: redirecionamento dos recursos destinados para as internações psiquiátricas para os serviços substitutivos municipais; inclusão de incentivo no Piso de Atenção Básica (PAB) para ações de saúde mental na atenção básica; aumento do teto financeiro dos estados e municípios para a criação de serviços substitutivos especializados; destinação de recursos próprios dos estados e municípios para os serviços substitutivos;

Incluir nos dispositivos de controle social do SUS a criação de conselhos gestores em cada um dos serviços substitutivos, paritários e integrados por usuários, familiares, trabalhadores e gestores, bem como, a constituição de Comissões de Saúde Mental nos estados e municípios;

Reafirmar a necessidade de capacitação dos trabalhadores de saúde e de saúde mental desde a graduação até a pós-graduação, bem como da inserção na organização do trabalho da capacitação continuada e em serviço.

RS, agosto / outubro de 2001

TESE DE SANTA CATARINA

NÚCLEO CATARINENSE DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

PROPOSTAS DE TESES

I) Em função das conquistas alcançadas no último ano, em particular a aprovação da Lei Delgado e a convocação para a IIIª Conferência Nacional de Saúde Mental, consideramos que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial encontra-se em momento de reavaliação de sua estrutura, elaboração de novas metas e encaminhamento de ações que levem em conta tal conjuntura.

II) Considerando que a aprovação da Lei Delgado constitui apenas vitória parcial, uma vez que nem todas as proposições do Movimento foram nela contempladas, cabe-nos procurar zelar pela garantia da execução da parcela que nela representa avanço em relação ao modelo anterior, assim como seguir em direção ao seu aperfeiçoamento.

Deste modo propomos:

a) A mobilização para a garantia da aprovação de leis estaduais e municipais que possam incluir aspectos não considerados na lei federal, como a proibição de abertura/ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos, mesmo que estes atendam às exigências propostas naquela lei, bem como a implantação de residências terapêuticas;

b) A instituição, fortalecimento e ampliação de comissões de fiscalização dos serviços de saúde mental, de modo a zelar pela observância dos princípios que norteiam o emprego dos recursos terapêuticos neles, fortalecendo a perspectiva de substituição aos manicômios como função primordial. Cabe também a tais comissões a fiscalização dos hospitais psiquiátricos existentes, acompanhando e avaliando tais serviços no cumprimento do disposto na Lei Delgado, como o tempo médio de permanência nos leitos psiquiátricos ou a composição das equipes técnicas, por exemplo;

c) Empenhar esforços no sentido de garantir a participação de usuários e seus familiares na gestão dos serviços de saúde mental;

III) Tendo em vista os avanços tecnológicos recentes e sua difusão, tornados relativamente acessíveis à população, consideramos de extrema importância podermos maximizar seu aproveitamento como instrumento de propagação de idéias, desenvolvimento da reflexão crítica, divulgação de informações e formação dos integrantes deste Movimento Social.

Propomos assim:

a) O desenvolvimento de cursos de capacitação à distância, podendo versar sobre temas como: legislação específica da área de saúde mental; estrutura do SUS; avaliação dos serviços de saúde mental; normas e formas de financiamento da área e outros.

b) Intensificar a utilização dos recursos de transmissão de informações como Internet para agilizar a comunicação entre os diversos núcleos do Movimento pelo Brasil.

c) Criação de uma lista de discussão via Internet para a reflexão dos temas relacionados à saúde mental, assim como para veiculação de informações pertinentes aos integrantes do Movimento.

IV) Considerando que a Lei Paulo Delgado não atingiu os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Manicômios Judiciários) e que estes seguem retratando o que de mais deplorável existe em termos de assistência psiquiátrica à saúde mental, propomos:

a) Que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, através de seus Núcleos Regionais, intensifique as campanhas pela reformulação da assistência nessas instituições de modo que se mobilizem recursos terapêuticos que promovam a saúde de seus internos, tornando-se de fato instituições de tratamento e não de mera reclusão e restrição de liberdade;

b) Que os internos nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico tenham direito de acesso aos serviços substitutivos de saúde mental de modo a constituir-se atendimento com reais possibilidades de redução do tempo de permanência naquelas instituições.

V) Considerando que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial tem experimentado significativo crescimento no número de seus integrantes e uma decorrente complexificação nas suas relações internas, avaliamos a necessidade de uma reordenação de sua estrutura de maneira a tornar-se mais eficaz em suas ações mas que, ao mesmo tempo, preserve sua flexibilidade e um modo não-hierarquizado de funcionamento. Do mesmo modo, mantendo a autonomia de organização e deliberação dos núcleos regionais.

TESE DE SÃO PAULO

TEXTO PARA O V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

LOCAL: MIGUEL PEREIRA/RJ

Autor: GERALDO PEIXOTO – Diretor da Associação Franco Basaglia e Militante do Mov. da Luta Antimanicomial.

*Sem loucura...
O que seria o homem
Mais que a besta sadia
Cadáver adiado que procria.*
Fernando Pessoa

DESOSPITALIZAÇÃO X DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Nestes anos todos, temos a certeza de estar mudando para melhor, o atendimento em saúde mental. Não são concessões que tem sido feitas, mas sim direitos conquistados. Vinculamos a saúde mental aos Direitos Humanos e às Políticas Públicas. O que era, apenas um projeto, no início, hoje é algo verdadeiro e transformador, deixou de ser um projeto para o futuro, passando a ser uma realidade atual e definitiva.

Muito otimismo? talvez... mas, também porque sermos pessimistas? Muito há a ser feito! O futuro do nosso Movimento de Luta Antimanicomial passa pela nossa capacidade de conseguirmos uma maior participação popular. Precisamos sair da nossa "tribo" para dialogar com a população. Para que tal possa ser feito, necessário é que planejamos coletivamente nossos métodos de ação e que, entre

nós, haja bom-senso, entendimento e harmonia. Como movimento social forte que somos (pois que não estamos atrelados, nem em defesa de interesses particulares), precisamos agir de forma que nossos ideais alcancem a opinião pública. Precisamos, também, estar o mais atentos possíveis, ao "outro lado da linha", ou seja, o poder constituído. Precisamos estar atentos e fiscalizar: o estado, as leis, as portarias, as secretarias de saúde, o ministério, as comissões, a fim de que estas instâncias governamentais fiquem sabendo que estamos cientes de todas as suas resoluções. Precisamos, ainda garantir, de forma inequívoca, a democracia dentro do movimento e fortalecer as reformas já feitas. Apesar de nossas adversidades e modos de pensar, estas devem ser nossas principais referências.

O movimento está estabelecido em forma de rede, sem lideranças messiânicas... e, assim deve permanecer! A liderança poderá ser exercida em determinados momentos e situações, devendo submergir assim que outra se faça necessária para aquele instante ou situação específica. Jamais poderemos correr o risco de uma "centralização". Nosso compromisso, acima de tudo, será: a reforma psiquiátrica e nossos pacientes. Precisamos batalhar para que ser formem quadros em recursos humanos que sejam guiados por esses princípios e pelos princípios dos Direitos Humanos. Nunca deveríamos ficar estáticos, sem nada a fazer, acreditando termos avançado muito. Inovar sempre, criando novos caminhos! Este deverá ser nosso objetivo. Criticar sim, porém, quando necessário, termos a humildade da autocrítica. Há que se auxiliar com nossa experiência a criação e o desenvolvimento de associações de usuários e de familiares. Trabalhar dentro dos nossos próprios serviços de saúde mental, esclarecendo o profissional desinformado; divulgar nossos trabalhos em: arte, cinema, literatura, poesia, pintura, vídeos, artesanato, cursos, palestras e conferências: sermos parceiros de outros movimentos, pessoas, associações, ONG's e políticos de nossa confiança; utilizar das novas armas da tecnologia, principalmente na área da informática, da telefonia (reuniões telefônicas conjuntas) e de todos os meios que possam intervir na comunicação com maior rapidez e clareza; lidar com todas as alternativas que digam respeito a saúde mental, mas acima de tudo trabalharmos em prol da criação de novos serviços alternativos aos manicômios; planejar nosso futuro com clareza sobre o que queremos, ampliar nossos espaços de interlocução e estarmos organizados, mas, sem rigidez. Devemos ser como bambu, que, durante a tempestade, verga... mas, não quebra.

Preciso é que nos aproximemos de nossos companheiros latino americanos, dos quais vivemos tão afastados, estando eles, tão próximos. A partir de nossas teses, deveremos discutir a existência do manicômio e a relação deste lugar com a sociedade. Evoluir e aprofundar nossas críticas ao hospício para que tenha

penetração em todos os espaços possíveis, sabendo as diferenças entre desospitalização e desinstitucionalização. Não se trata somente, de fechar os hospícios, trata-se de algo mais profundo que é preciso discutir. O hospício tem que deixar de ser o centro de “tratamento” precisa ser substituído por serviços abertos e, com a participação da comunidade.

Fernanda Nicácio, citando Rotelli, em “Saúde e Loucura” (pág. 97):

...esta instituição, não enquanto estabelecimento, mas, como forma de definir e compreender a loucura, é concreta e simbólica, tem um efeito pedagógico de afirmação de uma forma de se relacionar com a loucura. Rotelli fala porquê destruir o manicômio:

“... o medo que tínhamos e que temos do doente mental é necessário para defender a nossa racionalidade – o hospital psiquiátrico representa a construção física deste tipo de pensamento.”

E a Lei, tão esperada?

É uma lei burocrática, não inova nada, apenas fala do óbvio ululante. Tanta esperança e, para que? Para nada...

Nada diz sobre...

Proibição da construção de novos manicômios e novas internações;

Esvaziamento gradual dos hospícios;

Criação de serviços novos responsáveis pela assistência;

Criação de espaços de territorialidade para atendimento em saúde mental;

Referência clara que o doente mental não é criminoso nem perigoso em potencial, pelo contrário, muitas vezes é vítima de determinados tratamentos recebidos em lugares totalmente inadequados;

É obrigação do estado tratar o doente mental em locais apropriados, não permitindo deixá-los abandonados a si mesmos. Sabemos que nas questões acima, existem muitas contradições. Este é o nosso grande desafio! Criou-se todo um aparato médico/jurídico para se tratar de uma doença, mas não de um ser humano. Ainda, Fernanda Nicácio, citando Rotelli (pág. 100), em “Saúde e Loucura”:

“...estamos cada vez mais convencidos que o trabalho terapêutico seja este de desinstitucionalização voltado a reconstruir as pessoas como atores sociais, a impedir seu sufocamento sob o rótulo, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe ao doente. Que cuidar significa ocupar-se aqui e agora de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme sua vida concreta e cotidiana.”

Concluindo:

Existe uma grande contradição entre os valores construídos pela psiquiatria tradicional e ortodoxa, que só acredita no hospício e na medicação como forma de tratamento e aqueles que são vividos pelas pessoas acometidas por algum tipo de distúrbio mental. Nós nos opomos ao hospício, por este ser um espaço de tirania, conservador e desrespeitoso em relação ao usuário. Queremos mudança! Que não haja autoritarismo, mas sim democracia! Onde exista justiça e igualdade para todos! Queremos que a mudança seja radical, baseada na liberdade e na crença de que o usuário possa ter mais autonomia e preparo para a vida. Devemos discutir sempre, à exaustão, com todas as esferas envolvidas nesta questão, em torno do papel do manicômio.

Geraldo Peixoto

Vice-Presidente

Associação Franco Basaglia – São Paulo – Cap.

e-mail: gpeixoto@zipmail.com.br

CONTRIBUIÇÃO DO DEPUTADO FEDERAL MARCOS ROLIM

UM DESAFIO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Estamos vivendo em todo o país o processo de preparação da III Conferência Nacional de Saúde Mental que terá como desafio mais amplo a implantação da Lei de Reforma Psiquiátrica aprovada recentemente pelo Congresso. Todos nós estamos muito otimistas frente às inúmeras possibilidades de uma efetiva superação do modelo tradicional de atenção aos pacientes psiquiátricos, ainda hoje centrado no hospital psiquiátrico. Nos próximos anos, teremos um deslocamento cada vez maior em direção a outros recursos de atenção de caráter comunitário que não isolem o paciente, não seqüestrem sua condição cidadã, nem rompam seus vínculos familiares e sociais. No interior desse processo, penso que teremos, também, espaço para pautar um tema específico: a prática da eletroconvulsoterapia (ECT), mais comumente conhecida como eletrochoque.

Já tramita na Câmara dos Deputados projeto de Lei de minha autoria (PL nº 4.901/01, relator na Comissão de Saúde: Deputado Salomão Gurgel –PDT/RN) que prevê uma regulamentação restritiva do ECT. A proposta pretende reduzir tanto quanto possível o emprego dessa terapia cuja origem remonta à década de 30. Os especialistas mais conceituados na área, inclusive aqueles com efetivos compromissos com a reforma psiquiátrica, têm insistido na tese de que em alguns

casos, cada vez mais raros – como, por exemplo, em determinadas depressões gravíssimas – quando o paciente não reage a qualquer medicação e encontra-se em risco de vida, o emprego do ECT pode surtir efeitos positivos. Ocorre que, em muitos casos, a eletroconvulsoterapia é indicada fora dessas situações, de maneira abusiva e arbitrária. Ao longo dos últimos dez anos, pelo menos, tenho recebido inúmeras denúncias do emprego disciplinar do ECT em manicômios. Nesses casos, pacientes que não se sujeitam às regras disciplinares de determinadas instituições são punidos com aplicações de eletrochoque. Ano passado, quando da realização da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, percorremos 7 estados da federação, visitando clínicas, hospitais psiquiátricos e manicômios judiciários. Em muitas dessas instituições, o ECT é aplicado de forma descriteriosa. Em uma delas – Casa de Saúde Dr. Eiras, no município de Paracambi (RJ) – o eletrochoque era aplicado sem anestésicos porque, segundo a direção do estabelecimento, o emprego de anestésicos seria “contraproducente aos efeitos pretendidos pela terapia.”

Situações como essas demandam uma regulamentação e mecanismos criteriosos de controle. Ao contrário do que costuma se pensar, o problema todo não pode ser reduzido a uma “razão técnica”. Estamos tratando, efetivamente, de direitos civis de pacientes psiquiátricos. Nessa direção, nosso projeto institui um procedimento obrigatório de consentimento informado junto aos familiares, estabelece a necessidade de comunicação ao Ministério Público de toda a aplicação de ECT, concordância com a indicação de pelo menos um profissional de nível superior da área de saúde mental, entre outras providências básicas. Chegou o momento de regularmos o ECT no Brasil. A III Conferência de Saúde Mental deve exigir-lo como forma de reduzirmos seu emprego e defender a cidadania de pessoas acometidas de sofrimento psíquico.

Marcos Rolim
Deputado Federal

PLENÁRIAS NACIONAIS DE CONTINUIDADE DO V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

I PLENÁRIA NACIONAL / 09 DE MARÇO DE 2002 / SÃO PAULO -SP

Condução da Plenária Nacional: Sandra Pacheco (profissional / RJ), Pedro Carneiro (profissional / SP), Nilo Marques (usuário / SC) e Hosana (familiar / AL). A mesa foi aberta às 10:20h, com a composição acima.

A primeira questão a ser tratada foi a proposta de leitura de uma carta resultante de uma tele-conferência, não oficial, com pessoas ligadas ao movimento. A proposta de leitura foi amplamente discutida, sendo aprovado pelo plenário a não leitura da mesma, por não ter sido considerada documento oficial.

Apointa-se, em seguida, a necessidade de se discutir a “crise” pela qual o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) está passando. Abre-se, então, a discussão, já que outras pessoas ressaltam a importância de se cumprir a pauta que foi previamente elaborada e divulgada pela Secretaria Executiva Nacional Colegiada / RJ e pelo Fórum Paulista de Saúde Mental, que tinha o objetivo de finalizar, nesta Plenária, o V Encontro Nacional do Movimento.

Por consenso, delibera-se fazer um acréscimo na pauta, incluindo-se como primeiro ponto a ser discutido a “crise” do movimento.

Pauta 1 – “Crise” do Movimento da Luta Antimanicomial /MLA

Neste ponto, vários eixos são apontados:

Entender a crise como uma crise de crescimento, principalmente e mais fortemente, entre os usuários e familiares;

Dificuldade dos técnicos em lidar com esse momento;

Superação da divisão por segmentos e reconhecer todos como militantes;

Ampliação do sistema de comunicação do movimento;

Reforçar a união entre os segmentos dentro do MLA;

Ampliar o relacionamento com outros movimentos sociais, conselhos e sindicatos;

Ressaltar o caráter inclusivo do MLA;

Entender a crise do Movimento Antimanicomial dentro de uma conjuntura mais ampla que é da crise dos movimentos sociais;

Mobilização da comunidade em geral;

Desatrelamento do Movimento Antimanicomial em relação aos gestores públicos;

Discutir o MLA também com as universidades;

Rever a situação financeira do MLA para implantação de projetos;

Reconhecer os diferentes modelos de trabalho dentro do MLA;

Definir os objetivos e os princípios do Movimento Antimanicomial, suas bandeiras de luta, gerais e específicas;

Definir calendário de luta;

Entender a divisão por segmento como discriminação positiva e por entender que cada segmento tem características próprias, com divergência de idéias entre eles;

Desconstruir os “muros” que estão sendo criados dentro dos modelos substitutivos;

Questionar os gestores, discutindo a relação do MLA com o Estado;

Ressaltar as diferenças nos campos ideológico e político;

Rediscutir a sustentabilidade econômica do MLA;

Rediscutir as relações trabalhistas nos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial;

Definir a paridade entre os segmentos dentro do MLA;

Ampliar a capacidade de produção política e teórica dos militantes do MLA;

Ampliar a participação dos militantes do MLA em outros movimentos sociais da sociedade;

Perceber os novos métodos de lutas políticas;

Entender que a relação do MLA com o Estado não deve ser de subordinação a este;

Respeitar as diferenças dentro do MLA;

Fortalecimento das associações de usuários e familiares;

Criação de cursos de capacitação nacionais.

Após o debate, os eixos em questão são sintetizados em 07 (sete) temas, que deverão ser aprofundados pelos militantes na Plenária Nacional:

- Espaços de organização do Movimento da Luta Antimanicomial;
- Relação do MLA com o Estado;
- Relação do modelo de saúde mental atual na política geral;
- Participação do MLA em outros fóruns da sociedade;
- Pauta comum nacional do MLA;
- Realização de Plenária Nacional para aprofundar a discussão da “crise” no MLA;
- Ética no Movimento Antimanicomial.

Na parte da tarde, o plenário decidiu reiniciar os trabalhos dando seqüência ao debate iniciado no período da manhã, colocando em discussão o tema ‘RELAÇÃO DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL COM O ESTADO’ para, em seguida, retomar a pauta previamente divulgada.

Pauta 1 – “Crise” do Movimento da Luta Antimanicomial (continuação)

Tema: Relação do MLA com o Estado

Pontos assinalados:

Combater os lobistas e os deputados que defendem o hospital fechado e que regulam o eletrochoque;

Pensar o gestor em relação ao movimento social. O gestor não tem força para resolver tudo o que o movimento quer. O movimento social tem de ter independência. Deve-se garantir o desatrelamento do Estado;

O movimento organizado se aproxima do governo para cobrar e não se omitir. Tem cooptação de conselhos, ninguém discute isso;

Os CAPS são criados sem lei de Reforma Psiquiátrica no estado que o garanta. O usuário ainda é visto como "mercadoria de lucro";

Necessidade de se ocupar todos os espaços possíveis para se cobrar aquilo que se quer, para que se cumpra o modelo de assistência. Cada município tem direito de fazer o seu modelo de saúde; há pessoas má assistidas;

Princípio: o usuário tem direito de atendimento humano, podendo participar do tratamento. Nova tradição em saúde mental (assistência aberta, comunitária) é proposta da OMS. Mas este modelo não tem verba para serviços substitutivos e o atendimento fica igual; número de novos serviços é menor em relação aos manicômios existentes. Tradição de ver o usuário como mercadoria e não como pessoa. Tradição organicista. O usuário deve ter direito de fazer muitas associações;

O estado tem um saber pronto em relação ao modelo de gestão atual. Nós, usuários, não sabemos como contestá-lo, mas sabemos que não concordamos. Isto dificulta a socialização do usuário formando outros manicômios, só que abertos. O movimento deve se apropriar deste saber e se sentir à vontade para discutir este modelo de gestão de saúde pública;

O papel do Movimento é seguir a sua pauta nacional, ser fiel a esta, mas estabelecer parcerias com os gestores que são ou foram do movimento. É importante definir o eixo do movimento para que as parcerias fiquem mais claras. As parcerias não devem ser só com os gestores. Deve-se fortalecer as associações de usuários e familiares;

O Movimento deve ocupar espaços de controle social. Fazer pressão, sensibilizando gestores, deputados, Ministério Público;

Temos - familiares, usuários e população - que nos juntar com os gestores, por exemplo, participando do conselho municipal de saúde, mas devemos ter as nossas próprias ações;

Saber qual o político que apoia o Movimento, os serviços;

Fazer movimento para divulgar o 18 de maio na mídia;

Não ser contra NAPS e CAPS, mas sim contra o modelo que vem de cima para baixo; Deve-se ter centro de convivência, lar abrigado, que evite o manicômio. O município tem de ter liberdade para se organizar da melhor forma;

Na cidade não é só de CAPS e NAPS que se precisa;

O que queremos? Controle social. O Estado coopta lideranças do movimento. Pode-se tentar resolver isso através de uma política centralizada no movimento, levando para todo o país, culminando com outros movimentos sociais;

Sentir-se livre para discutir com o governo, sem que esta liberdade cerceie as nossas críticas, sendo parceiro. Criação de associação de usuários e familiares fora do governo, dos espaços institucionais, mesmo que aí sejam iniciadas. Desatrelamento institucional e financeiro;

Conjuntura na esquerda: tem poder de contribuir e de perpetuar o poder; pensar a relação com o neoliberalismo;

A origem do movimento deu-se no final da década de 70, quando os movimentos sociais disseram não à ditadura. Por exemplo, houve a criação do CEBES. Histórico de reorganização dos movimentos. Entender este processo e o processo de reforma. Questionar o estado de fora dele. Principalmente a forma como ele lida com o movimento. Como o movimento, tendo alianças importantes na sociedade e no estado, permanece como movimento social autônomo? Através de articulação com outros movimentos sociais, "processos que buscam outras formas de estar no mundo";

Os sindicatos profissionais têm de ter coragem de denunciar o que está errado. O Estado tem de fazer os serviços. Qual a articulação dos CAPS com outros serviços médicos? Não pensar só em CAPS. Ver o que o território está precisando, através do trabalho com outros movimentos. Como fazer para participar do controle social, dos conselhos de saúde e de bairro, no dia-a-dia e, também, na comunidade;

O usuário e o familiar devem cobrar do Estado as suas reivindicações. O usuário agora tem autonomia, está crescendo cada vez mais. Relação com as empresas, com o governo, através da criação de cooperativas de trabalho, colocando os usuários para trabalharem: "é lutando que se vence";

O Estado é um dos lugares de poder, não é o único. Como tem sido a relação dos movimentos sociais na história recente no Brasil e a relação do movimento antimanicomial com os governos do Estado, e o que essas relações produziram. Avançamos na influência da elaboração de portarias. As várias leis estaduais são resultado do diálogo com o movimento em vários espaços; outra consequência desta relação são os serviços substitutivos; políticas gerais, não localizadas só nos municípios. Reafirmar a diretriz do movimento: a relação com o Estado é feita pela alteridade, há diferença com o aparelho de Estado; nesta relação interessa construir a substituição do manicômio no Brasil. O Estado não é único. Há várias formas de projetos e modelos de Estado, que nem sempre respondem aos anseios do movimento social;

Discutir a saúde pensando no usuário como um todo. É impossível discutir saúde mental sem saúde;

Ter interlocutores que conheçam a sua luta. Interlocução com o Estado, com independência. Desatrelar as associações dos serviços. As associações dão identidade. O movimento estadual dá respaldo para os núcleos locais. Fortalecer o movimento por ele mesmo, e não por pessoas. Reforçar o movimento social em todos os espaços;

O Estado é um espaço de articulação de um coletivo. O movimento social pode ter dois tipos de relação com o Estado: 1- tentar influenciar a pauta do Estado; 2- Exercer o controle social sobre o que o governo vai fazer com as políticas. O movimento social deve se fazer representar nos espaços de controle social, não em torno de pessoas, mas sim de entidades, movimentos, fóruns. Discutir formas e modos das relações da sociedade organizada com o Estado. A universidade tem poder importante. A sociedade organizada deve entender que tem poder e, daí, ir até o Estado. Parte da reforma depende das políticas públicas. A relação com o Estado está sempre em construção;

Deve haver parceria com o governo. Os serviços substitutivos não têm estrutura para acolher a população. Deve-se acabar com os manicômios, mas com qualidade; hoje não há suporte ambulatorial, nem vagas em hospitais. Cada pessoa é uma força para a luta. Deve-se acabar com o mito de que o movimento existe para produzir louco de rua. A meta é: "qualidade de vida para o paciente", sendo uma das lutas: trabalho, habitação, parceria com secretarias de governo. Por meio das associações tem-se peso e força;

Todas as pessoas têm espaço de poder, inclusive as associações, professores etc. Não são só os gestores que ocupam lugar de poder. O gestor é uma das possibilidades de poder; são diferentes poderes, muitos lugares. A relação com o Estado não é de submissão, é para aprofundar discussão. O Movimento não está atrelado ao Estado; podem haver falhas de discurso, mas uma das marcas de legitimidade do movimento é não ser atrelado. Importante discutir controle social. O Movimento da Luta Antimanicomial é importante para a luta da portaria 469, que ia pagar mais para quem ficasse mais tempo internado. O Movimento pode mais, ele pode cobrar e propor mais. A questão é como fortalecer o Movimento e as associações, para fazerem isso. Equívoco: privilégio de alguns temas em detrimento de outros, de algumas parcerias em relação a outras. Poderia abrir-se diálogo com outros parceiros, aprofundar sobre modelos e serviços;

Relação do Movimento com o Estado, ter postura crítica permanente. Ir contra o neoliberalismo;

Ter projetos políticos: formação, informação; algumas pessoas têm acesso ao poder porque têm mais informação. Há vários representantes do movimento nos espaços, mas que não conseguem discutir com o movimento as suas idéias. Os representantes devem investir mais para terem participação mais democrática.

Ao final, destacaram-se as seguintes questões:

O movimento social deve ser independente, desatrelado do gestor/ Estado, contudo, tendo interlocução com os mesmos;

Deve haver aproximação do MLA com os outros movimentos sociais;

Deve existir participação mais ativa dos militantes no controle social;

Há vários lugares de poder, estes não se localizam apenas no Estado;

Dificuldade de acesso à informação;

Discussão sobre os modelos de serviços.

Propostas da coordenação da mesa para encaminhamento dos trabalhos:

- Continuar a discussão sobre este tema na próxima plenária, sendo que no dia de hoje apontou-se diretrizes de como o movimento pode caminhar, além de se ter discutido, também, a "crise interna" no movimento;

- O Rio de Janeiro deve fazer uma moção relacionada à situação em que ocorreu a internação do usuário Luiz Carlos Pinto.

- Propõe-se, também, que na próxima plenária se discuta a Coordenação Nacional do Movimento e Conferência Nacional de Saúde Mental.

Pauta 2 – Pauta Nacional.

D) Sobre a Secretaria Executiva Nacional/ SENC do Movimento da Luta Antimanicomial.

A preocupação do movimento deve ser com a "liberdade social para integração na sociedade". A briga não é entre nós, é contra os elitistas. Luta pela unificação.

Em Miguel Pereira/RJ, a delegação de São Paulo se candidatou para assumir a Secretaria Nacional. E agora?

São Paulo não confirmou a candidatura, porque não temos condições de bancar o encontro.

Isto, porque os mais experientes do movimento acham que tem que se organizar primeiro o movimento em São Paulo.

Arrumar a casa e, depois, decidir assumir. Primeiro escolher o colegiado e, depois, constituir a SENC.

Tirar primeiro o colegiado, com revezamento da SENC; depois, decidir onde fica a SENC. Vários estados também se sentiram fragilizados para assumir a Secretaria Nacional sozinhos.

Compor um Colegiado Nacional e a Executiva Nacional ter rodízio no colegiado. O rodízio pode potencializar e desmistificar a SENC, ajudando a superar a situação de crise. É papel da Secretaria Executiva a criação de uma rede. Por ex., em relação ao jornal Circuladô, cada estado o faria a cada dois meses. Deveria também definir o local do próximo encontro.

O rodízio deve definir, até junho/2002, onde será o VI Encontro Nacional.

O Circuladô pode ser rodiziado, o Encontro Nacional não

O colegiado da Secretaria Executiva deve ter entendimento entre si. Comunicação, pois temos tecnologia; se dá um jeito para tudo. Colegiado não é liderança, não é privilégio.

Não podemos deliberar aqui. A próxima Plenária pode ser no Rio e que a data seja convocada pela Secretaria Executiva/RJ e pelo Fórum Paulista. Os estados devem levar os nomes dos membros que comporão a Secretaria Colegiada, além de dar sugestão de dinâmica da SENC, e um estado deverá se candidatar para a realização do Encontro Nacional. Poderá assumir o VI Encontro sem assumir a SENC.

A Secretaria Nacional não deve ficar só no Rio de Janeiro; deve dividir, por exemplo, com São Paulo. Estes dois estados assumiriam a Secretaria Executiva Colegiada, a fim de desempenharem as tarefas coletivamente. São Paulo não teria o compromisso de realizar o VI Encontro Nacional.

Proposta de se dividir, com 06 membros para o Rio de Janeiro e 06 membros para São Paulo, formando-se um colegiado forte até a próxima Plenária.

A infra-estrutura do Rio de Janeiro é menor que a de São Paulo e sugerimos explicitar. Há mal estar no movimento; o Encontro de Usuários e Familiares está sendo prejudicado.

Ainda faltam pontos para se discutir; a próxima Plenária será realizada em São Paulo, assumida pelo Fórum Paulista. Os núcleos deverão levar indicações das pessoas que assumirão o movimento. Nenhum núcleo em São Paulo sente-se capaz de assumir a Secretaria Colegiada, por isso o colegiado poderia funcionar por divisão de tarefas, ou seja, por projetos (seminários, encontro nacional, circuladô...), e não por meio de rodízio.

São Paulo não tem condições de pegar a Secretaria Executiva. Deve-se trabalhar em colegiado, através de projetos. Recolocar a discussão da rede, as atividades de poder. Os núcleos devem levar para a Plenária as decisões. O Rio de Janeiro não precisaria continuar sediando a Secretaria Executiva; São Paulo assumiria esta tarefa. Compromisso de um novo método de trabalho. O Colegiado foi aprovado no V Encontro Nacional. Não fere o que foi aprovado no Encontro e dá conta do problema de ainda não se ter um candidato. São Paulo poderá sediar e organizar a próxima Plenária; cada estado deverá escolher os seus 03 representantes.

Proposta de que continue o grupo do Rio de Janeiro junto com o Fórum Paulista, até a próxima Plenária. Toda a infra-estrutura da Plenária seria de São

Paulo. A carta convocatória será feita em conjunto Rio de Janeiro – São Paulo. Será uma carta explicativa, convocando novamente os estados.

Propostas Apresentadas:

Secretaria Executiva Nacional será dividida entre o Rio de Janeiro e São Paulo, até a próxima Plenária – APROVADO.

Continuar a Secretaria Executiva Nacional no Rio de Janeiro, enquanto se convoca o colegiado e até a Plenária – NÃO APROVADO

Ausência de Secretaria Executiva Nacional até a Plenária, sendo constituído um colegiado com divisão de projetos – NÃO APROVADO

II) Sobre os representantes do Movimento da Luta Antimanicomial na Comissão Nacional de Saúde Mental

Questão: Decidir hoje, ou na próxima Plenária, quem serão os representantes

Saber primeiro o que se quer do representante; por isso, fazer a escolha na próxima Plenária.

Propostas:

Suspender a representação até a Plenária.

Manter os representantes atuais até a Plenária.

Votar nos novos representantes nesta Plenária atual.

Propostas para votação:

Votar o representante hoje, porque as pessoas vieram de longe – APROVADO

Não votar no representante hoje, porque é preciso pensar antes o que é representação – NÃO APROVADO

Questão: Discutir antes, ou não, o que se quer do representante

Candidatos podem propor projetos e, a partir daí, realizar a eleição.

Defesa de que se pense antes qual a articulação do movimento com o representante.

Há diversos encontros no controle social, mas com pouco retorno.

Propostas para votação:

O candidato deve primeiro falar da sua candidatura – APROVADO

Primeiro deve-se definir critérios para a representação – NÃO APROVADO

O primeiro nome mais votado deve ser o titular e o segundo nome mais votado ser o suplente. APROVADO

Ao ser aberto espaço para apresentação de candidaturas, não houve candidatos. A mesa propõe, então, que se faça indicação de nomes.

É feita a proposta de que as pessoas se apresentem e falem de sua possível representação.

Tem-se dúvida da proposta, não em relação às pessoas, mas propõe-se discutir antes os critérios, para potencializar a representação. É preciso entender-se os tipos de acordos e discussões políticas.

03 indicações feitas por militantes:

Fernanda Nicácio /SP – indicação feita por Lumena/SP.

Defesa: capacidade de articulação com os diferentes segmentos.

A CANDIDATA RETIROU O NOME

Elizabeth Arouca /SP – indicação feita por Elizabeth Evangelista/SP.

Defesa: capacidade de ouvir, é uma de nós.

A CANDIDATA MANTEVE O NOME

Nilo Marques /SC – indicação feita por Sandra/SP.

Defesa: é novo no movimento, mas é coerente, tem a contribuir; é usuário.

O CANDIDATO MANTEVE O NOME

Resultado: 26 votos para Elizabeth Arouca; 07 votos para Nilo Marques; 15 abstenções.

Declaração de voto nº 1 - absteve-se porque acha que, no final, a Plenária passou por cima de muita coisa. O movimento passou por cima da crise e esta vai continuar, porque não há um esforço para haver a unidade do movimento.

Declaração de voto nº 2 – Não sabia os nomes dos candidatos. A proposta de que teve conhecimento é que a decisão seria adiada. Postura pessoal.

Declaração de voto nº 3 – Na parte da manhã, a Plenária foi democrática. Na parte da tarde, detectou retrocesso; está indignada, houve pessoas mentindo descaradamente.

Informe de Alagoas, através de Hosana – Palmeiras dos Índios talvez possa sediar o VII Encontro de Usuários e Familiares.

Decisões finais da I Plenária de Continuidade do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial:

Ficará a critério do Rio de Janeiro e de São Paulo a escolha da data da II Plenária, que será realizada em São Paulo/SP.

Os nomes dos novos representantes do Movimento da Luta Antimanicomial – titular e suplente – junto à Comissão Nacional de Saúde Mental / Conselho Nacional de Saúde, serão encaminhados para Brasília.

II PLENÁRIA NACIONAL / 12 DE OUTUBRO DE 2002 / SÃO PAULO - SP

DE: SECRETARIA EXECUTIVA NACIONAL COLEGIADA DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL – SP / RJ / CE / PR / SC
PARA: MILITANTES E ENTIDADES DE SAÚDE MENTAL PARTICIPANTES DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

RIO DE JANEIRO, NOVEMBRO DE 2002

Em 12 de outubro de 2002, sábado, no período de 10 às 17 horas, no Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, situado à Rua Arruda Alvim, n.º 89, bairro Jardim América / São Paulo, estiveram reunidos em II Plenária Nacional militantes do Movimento da Luta Antimanicomial, representantes dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Paraná e Santa Catarina para darem continuidade ao V Encontro Nacional do Movimento, realizado entre 17 e 21 de outubro de 2001, no município de Miguel Pereira / RJ.

Esta II Plenária Nacional foi convocada pela Secretaria Executiva Nacional Transitória RJ / SP – escolhida em Plenária Nacional no dia 09 de março de 2002.

Em carta convocatória da II Plenária, enviada em setembro de 2002, a Secretaria Executiva RJ / SP explicitou a pauta: “avaliação política atual do Movimento da Luta Antimanicomial, sua agenda de luta e a definição do novo formato da Secretaria Executiva Nacional”.

Representando 05 estados e oriundos de diferentes municípios, os 62 militantes presentes à II Plenária consensualmente avaliaram o Movimento Antimanicomial enquanto força social de transformação, sendo a Plenária Nacional considerada espaço legítimo e preferencial para definição dos rumos do Movimento.

A II Plenária, então, foi instalada e coordenada por representantes dos 05 Estados presentes. A pauta foi redefinida:

- 1) Avaliação da conjuntura nacional e sua relação com o Movimento Antimanicomial.
- 2) Formato da Secretaria Executiva Nacional – gestão 2002 / 2004.
- 3) VI Encontro de Usuários e Familiares.
- 4) Participação do Movimento Antimanicomial no Fórum Social Mundial / 2003, em Porto Alegre.

Em relação ao primeiro ponto de pauta, podemos dizer que a partir de diferentes manifestações dos presentes, quando gradativamente foi sendo construída uma análise atual do Movimento Antimanicomial, apontou-se para ele linhas de ações dentro da conjuntura política nacional deste momento. Assim sendo:

O Movimento passa por uma "crise" e ela deve ser discutida no espaço de Plenária;

Precisam ser explicitadas as diferenças internas entre os militantes para que sejam recompostas as forças antimanicomiais;

Deve-se buscar a reaproximação com parceiros históricos, hoje afastados;

A direção política do Movimento será dada pela Secretaria Executiva Nacional Colegiada do Movimento da Luta Antimanicomial, com consulta aos Núcleos Locais;

O Movimento não se apresenta enquanto uma entidade formalmente constituída, atuando em espaços de controle social – como o dos conselhos de saúde – através das entidades que lhe dão sustentação e que devem ser fortalecidas;

O Movimento deve ser formado pelos segmentos de usuários, familiares e profissionais, respeitando-se as diferenças existentes entre ele;

Precisa ser mais divulgada a idéia de Movimento Antimanicomial como sendo um Movimento Social, diferente de Movimento de Reforma Psiquiátrica;

Enquanto Movimento Social - que venha a ter reconhecimento nacional junto a outros Movimentos Sociais – poderá obter ajuda financeira e ser mais auto-sustentável;

O movimento Antimanicomial vem se afastando da rua e precisa retornar a ela, mobilizando-se a partir de lutas concretas de âmbito mais geral e também ligadas especificamente ao campo da saúde mental.

Realizada no período entre os dois turnos das eleições para governantes no país, foi constatada na II Plenária a crise política e financeira existente na sociedade brasileira. O modelo neoliberal adotado no país trouxe desafios que devem ser enfrentados, por exemplo, com uma maior participação da população.

Particularmente em relação ao Movimento Antimanicomial, surgiram algumas questões que necessitam de ações concretas, tais como: a falta de medicação nos serviços públicos de saúde; o destino da verba destinada para os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial; ampliação das associações de usuários e familiares de serviços de saúde mental; investimento nos serviços residenciais terapêuticos; necessidade de capacitação dos profissionais de saúde mental; apoio das universidades públicas; busca de diálogo junto ao governo progressista atual.

Como segundo ponto de pauta, após minuciosa discussão, foi definido um novo formato para a Secretaria Executiva Nacional.

Diante da diversidade de tarefas exigidas à Coordenação Nacional do Movimento Antimanicomial – nem sempre encaminhadas de modo satisfatório nas experiências anteriores – optou-se nesta II Plenária por discriminar tais tarefas e distribuí-las pelos representantes dos cinco Estados que se fizeram presentes (SP, RJ, CE, PR, SC), os quais comporão uma Secretaria Executiva Nacional Colegiada para a gestão 2002 / 2004.

Esta Secretaria Executiva Colegiada será auxiliada por representantes indicados pelos demais Estados (01 usuário, 01 familiar, 01 profissional), que poderão participar de tele-reuniões, ser consultados sobre a conjuntura nos Estados, ser multiplicadores de informações, dentre outras tarefas, conformando uma Secretaria Executiva Nacional Ampliada.

A Secretaria Executiva Nacional Colegiada, gestão 2002 / 2004, estará subdividida em 05 Subsecretarias, cada qual podendo ser contactada através de um endereço eletrônico específico e ficando responsável por atribuições particulares, em seguida definidas:

Subsecretaria São Paulo - e-mail: a confirmar

Tarefa: Organização do VI Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial; Infra-estrutura.

Subsecretaria Rio de Janeiro - e-mail: a confirmar

Tarefa: Organização do VII Encontro de Usuários e Familiares; Finanças.

Subsecretaria Ceará - e-mail: a confirmar

Tarefa: Assessoria política (organização de respostas políticas do Movimento a fatos conjunturais).

Subsecretaria Paraná - e-mail: a confirmar

Tarefa: Intersetorialidade (coordenação da relação do Movimento Antimanicomial com demais Movimentos Sociais).

Subsecretaria Santa Catarina - e-mail: a confirmar

Tarefa: Comunicação (coordenação da comunicação inter Núcleos Locais e Fóruns Estaduais via Circuladô, Mala Direta, e-mail geral do Movimento [antimanicomial@ig.com.br]).

OBS.: 1- As subsecretarias do Ceará e de Santa Catarina dividirão as tarefas entre si, fazendo circular entre as subsecretarias as respostas políticas, consolidando um espaço de decisão coletiva; 2- Cada Estado responsável por uma Subsecretaria se organizará segundo suas possibilidades e deverá indicar seus representantes para a Secretaria Executiva Nacional Ampliada; 3- As subsecretarias se consultarão em relação às deliberações a serem tomadas.

O terceiro ponto da pauta, referente ao VII Encontro de Usuários e Familiares, de certa forma foi debatido durante a discussão da Secretaria Executiva. Ficou determinado que será organizado pela Subsecretaria Rio de Janeiro, que deverá convocá-lo previamente ao VI Encontro Nacional do Movimento. Ambos Encontros deverão ser realizados em 2003, havendo os indicativos dos meses de julho e de dezembro, respectivamente.

Como último ponto de pauta debateu-se sobre a participação do Movimento Antimanicomial no Fórum Social Mundial, a ser realizado em Porto Alegre, em janeiro de 2003.

Foi avaliada a necessidade de se dar maior visibilidade à participação do Movimento neste Fórum, através da presença maciça de nossos militantes e da realização de um evento, como por exemplo, uma oficina sobre o tema Saúde Mental, durante a realização do mesmo.

A Coordenação desta participação ficará a cargo da Subsecretaria Paraná, que fará a inscrição do Movimento Antimanicomial no Fórum Social Mundial e organizará o evento específico durante o mesmo.

Os militantes do Movimento nos diferentes Estados, deverão se organizar para comparecerem em Porto Alegre, a partir de organizações locais, uma vez que as inscrições de representantes por cada Movimento são limitadas.

Por fim, foi deliberado na II Plenária que fosse encaminhado breve relato das deliberações da mesma para os Núcleos Locais e Fóruns Estaduais – razão deste comunicado – e fosse elaborado pela Subsecretaria Ceará um Manifesto Político do Movimento Antimanicomial, para ser encaminhado aos parlamentares e governantes escolhidos neste último pleito eleitoral, contendo as bandeiras de luta do Movimento.

COMISSÃO ORGANIZADORA DO V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

COMISSÃO ORGANIZADORA

Alexandre Bellagamba / APACOJUM;
Ana Carla Souza Silveira da Silva / NEMLA-RJ;
Fernando César F. Goulart / ADDOM;
Iracema Vieira Polidoro / APACOJUM;
José Souza de Paula / SOSINTRA;
Márcia Schmidt de Andrade / NEMLA-RJ;
Milton Freire Pereira / IFB;
Paulo Duarte de C. Amarante / LAPS-ENSP-FIOCRUZ;
Rosa Domeni dos Santos / SINMED-RJ;
Sandra Regina Guedes Pacheco / NAICAP - COIJ/ IPP;
Valdir Sérgio Ermida / NEMLA-RJ;
Wilson Baptista de Andrade / APACOJUM.

COMISSÃO AMPLIADA/RJ

Abmael de Souza Alves / CREFITO-RJ;
Ana Holt de Melo / Ambulatório - IPP;
Débora Louzada Carvalho / IMASJM;
Glóvis Leal Braga de Melo / AMOCAIS – IPP;

Irene Cassiano Marques / SINDPSI-RJ;
Jaqueline Paschoal Corradine / NEMLA-RJ;
Juscelino José Monteiro Garcia / NEMLA-RJ;
Luiz Gonzaga V. da Rocha / CAIS-IPP;
Maria do Socorro Santos / Cooperativa Praia Vermelha;
Norma Francisco do Nascimento / NEMLA-RJ;
Paulo Sérgio dos Santos Machado / HUPE-HRM-UERJ;
Tânia Maria L. Marins / Lar Abrigado-IPP;
Teresa Joana de Castro Azevedo / CRESS-RJ;
Valter Rodrigues Rosa / CAIS-IPP.

COMISSÃO AMPLIADA NACIONAL

Dirce Costa Falcão Tavares / SP
Deusdet do Carmo Martins / GO
Marta Elizabeth de Souza / MG

PROGRAMAÇÃO DO V ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

(texto publicado no Folder da programação do V Encontro)

“Felizmente, em decorrência de vários fatores, dentre eles, a luta de associações de usuários aliados aos técnicos e familiares, pela preservação de Direitos Humanos e Cívicos, instaura-se uma nova mentalidade de uma na semente de uma nova tradição e na transformação Ético-Jurídica e Clínica, surgem novos lugares abertos, comunitários, interdisciplinares, onde não somos mais enclausurados e segregados, longe da família e do contexto social.

Sendo assim, o sofrimento psíquico torna-se assimilado culturalmente como dialogo humano e criativo em possível relações contratuais. É como se filosoficamente aos novos serviços substitutivos, com muita vontade política, venham a se tornar não mais lugares de mortificação e de miséria, mas verdadeiros lugares de produção de sentido para nossa vidas”

Milton Freire
Grupo Condição Humana IFB
Secretaria Executiva Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial

PROGRAMAÇÃO

17/10 - Quarta-Feira

14:00h às 17:00h - Credenciamento (Hotel Montanhês)

17:00h às 19:00h - Jantar (Hotéis)

Representantes:

- Governo do Estado / RJ
 - Secretaria Estadual de Saúde / RJ
 - Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
 - Coordenação Nacional de Saúde Mental / MS
 - Gerência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro / RJ
 - Movimento da Luta Antimanicomial - (Usuário, Familiar e Profissional)
 - Deputado Federal Paulo Delgado
 - Comissão Nacional de Direitos Humanos - Deputado Federal Marcos Rolim
 - Prefeitura de Miguel Pereira/RJ
- 21:00h - Aprovação do Regimento Interno

18/10 - Quinta - Feira

07:00h às 08:30h - Café da manhã (Hotéis)

09:00h às 12:00h - Debate em Grupos (Hotéis)

Tema I: Avaliação do Movimento (1º Módulo)

12:30h às 14:30h - Almoço (Hotéis)

15:00h às 18:00h - Debate em Grupos (Hotéis)

Tema I: Avaliação do Movimento (2º Módulo)

18:00h às 19:30h - Jantar (Hotéis)

20:00h às 22:00h - Feira, Vídeos e Apresentações Culturais (Espaços Diversos - solicitar à organização)

19/10 - Sexta - Feira

07:00h às 8:30h - Café da manhã (Hotéis)

09:00h às 12:00h - Debate em Grupos (Hotéis)

Tema II: Propostas à III Conferência Nacional de Saúde Mental

12:00h às 14:00h - Almoço (Hotéis)

15:00h às 18:00h - (Opcional) Encontros de Grupos Específicos (por segmentos, categorias, Serviços, etc.) - Comunicar à Organização/Futebol Society - Disputa entre Delegações dos estados.

18:00h às 19:30h - Jantar (Hotéis)

20:00h às 23:00h - Festa

20/10 - Sábado

07:00h às 08:30h - Café da manhã (Hotéis)

09:00h às 12:00h - Plenária Final (Relatório do tema 1: "Avaliação do Movimento" - Clube)

12:30h às 14:30h - Almoço (Hotéis)

15:00h às 18:00h - Plenária Final (Relatório do tema 2: "Propostas à III Conferência Nacional de Saúde Mental" - Clube)

18:00h às 19:30h - Jantar (Hotéis)

21/10 – Domingo

07:00h às 08:30 - Café da manhã (Hotéis)

09:00h às 12:00 - Plenária Final (Escolha da nova Secretaria Nacional: Aprovação de Moções e escolha dos representantes do Movimento junto à Comissão Nacional de Saúde Mental) - Encerramento do V Encontro Nacional

12:30h às 14:30h - Almoço e fechamento das contas nos Hotéis

PATROCÍNIO:

- GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / FIOCRUZ

APOIO:

Assoc. de Parentes e Amigos dos Pacientes do Complexo Juliano Moreira / APACOJUM;

Assoc. dos amigos do CAIS / AMOCAIS;

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde / CEBES;

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região / CREFITO-2;

Conselho Regional de Serviço Social / CRESS – RJ;

Conselho Federal de Psicologia / CFP;

FIOCRUZ - ENSP – LAPS / Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental;

Prefeitura de Miguel Pereira / RJ;

Hotel Montanhez;

IMAS – Juliano Moreira / Núcleo Ulisses Viana;

Instituto Franco Basaglia / IFB;

Instituto Philippe Pinel / IPP;

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro / SMS – RJ;

Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro / SINMED – RJ;

Sociedade de Serviços Gerais para integração pelo trabalho / SOSINTRA;

Universidade do Estado do Rio de Janeiro / UERJ;

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO



PREFEITURA



PREFEITURA