

A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: Uma Análise Histórica

Anastácia Mariana da Costa Melo¹

Resumo

O presente artigo tem como objetivo realizar uma reflexão teórica acerca do processo social conhecido como a “Reforma Psiquiátrica no Brasil”, iniciado nos anos de 1970, e que teve grande influência do processo mais amplo conhecido como “Reforma Sanitária”, cujo pano de fundo foi o processo de redemocratização da sociedade brasileira após 20 anos de governo ditatorial. Adotamos aqui uma metodologia crítica para analisar um momento histórico da política de Saúde Mental do Brasil, por isso temos como referencial teórico-metodológico o método crítico dialético de Marx, para a compreensão desses acontecimentos históricos. O momento conhecido como redemocratização possibilitou o ressurgimento dos movimentos sociais que atuavam na luta pela saúde pública, assim como buscavam a construção de uma nova ordem societária. Falamos aqui de um terreno fértil para mudanças econômicas, políticas e culturais no Brasil. A trajetória que relataremos a seguir faz parte desse momento específico, onde os trabalhadores organizados em diversos movimentos sociais e partidos políticos, se organizaram para lutarem por políticas públicas universais, integrais e Estatais. Apresentamos inicialmente um breve resgate histórico sobre o sujeito considerado louco e sobre o lugar social destinado ao mesmo ao longo de sua existência. Posteriormente refletimos sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica demonstrando quais foram seus principais sujeitos e quais foram os ganhos dessa luta.

Palavras-chave: Loucura. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica.

A BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM: A Historical Statistic

Abstract

This article aims to perform a theoretical reflection on the social process known as "Psychiatric Reform in Brazil", started in the 1970s, and had great influence of the broader process known as "Health Reform", whose cloth fund was the democratization process of Brazilian society after 20 years of dictatorial rule. We have adopted a methodology to analyze critical historical moment of mental health policy in Brazil, so we have as theoretical and methodological reference the critical dialectical method of Marx, for understanding these historical event. The currently known as democratization

¹Docente do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Geraldo Di Biase. Mestre em Serviço Social – UERJ, Doutoranda em Serviço Social - UERJ

enabled the resurgence of social movements who worked in the fight for public health, as well as seeking the construction of a new social order. We are talking about a breeding ground for economic changes, political and cultural in Brazil. The path we report below is part of this specific moment, where workers organized in various social movements and political parties, have organized to fight for universal public policies, whole and State. Initially present a brief historical review on the subject deemed crazy and the social place for the same throughout its existence. Posteriormente reflect on the movement of psychiatric reform demonstrating what were your main subject and what were the gains this fight.

Keywords: Madness. Mental Health. Psychiatric Reform.

Introdução

A loucura sempre esteve presente na sociedade e a doença mental é tão antiga quanto qualquer manifestação do corpo humano considerado “doente”. Segundo Foucault (2000), em sua contribuição histórica sobre a loucura, foi a partir do século XVI que os loucos passaram a ser vistos como lunáticos que vagavam pelas ruas e faziam parte da cultura local dos lugares por onde passavam.

Foucault (2000) aponta que existiram na Idade Média três formas de lidar com a loucura, que foram: 1-o abandono por parte da família até que o sujeito se tornasse um mendigo nômade; 2- o isolamento perpétuo ou 3- ficar à disposição de um curioso a fim de tratá-lo e curá-lo. Percebe-se que as três formas de tratamento não levavam em conta o lugar social e psíquico desse sujeito na sociedade. Algumas explicações foram criadas ao longo dos anos na sociedade da Idade Média para esse contexto; uma das mais marcantes foi a existência da relação direta entre loucura e religião, pois acreditavam que a falta de “Deus” poderia levar o sujeito à loucura, considerada como ausência da razão.

Em meados do século XVII a loucura “deixou” de ser assunto tratado em meio aberto e passou a ser tratada no espaço da clausura; logo, nos asilos eram depositados todos aqueles que, supostamente, estavam desconectados da ordem social, econômica, política e cultural do momento. O isolamento social foi uma das respostas provocadas pela crise econômica que atingiu a Europa no início do século XVII através de seus rebatimentos no modo de produção capitalista. “Daí por diante, a

reclusão dos alienados passou a ser definida como algo terapêutico e indispensável: o isolamento de um mundo externo perturbador, das paixões irritantes (DESVIAT, 1999, p.17).

Percebe-se então que o tratamento oferecido ao sujeito em sofrimento psíquico, através do isolamento social não foi invenção do século XVII, mas sim, que em algumas formações sociais a loucura foi objeto de inquietação, e as formas de lidar com ela foram perpassadas pelo controle do sujeito e da supressão de sua liberdade e do seu direito existir de fato.

O contexto de transformações que ocorreram do período histórico do Renascimento para a Modernidade marcou as formas de lidar com a loucura e com o sujeito em sofrimento psíquico na sociedade, mudanças que favoreceram o nascimento da psiquiatria.

Segundo Foucault (2000), na modernidade a loucura deixaria de ser apenas uma falta de razão para ser reconhecida como um fenômeno que estivesse ligado ao afastamento do homem da sua natureza e de si mesmo, como um processo mais subjetivo do que socialmente aceito. Quando a alienação não estaria somente ligada à falta de adequação às regras sociais, mas sim, e fundamentalmente, a uma ligação do sujeito e seu modo de funcionamento nessa sociedade estabelecida como tal.

De acordo com Foucault (2000), a constituição da psiquiatria enquanto ciência médica permitiu outro tom de existência à loucura e aos loucos, pois a teoria da psiquiatria deveria subsidiar as ações que eram desenvolvidas nos asilos, para inibir os desvios morais e as violações que estavam presentes na alienação. Assim, a prática psiquiátrica seria realizada através do tratamento moral daqueles considerados “desviantes”, na qual a condicionalidade para o tratamento seria o isolamento do mundo externo.

Então, foi somente a partir do final do século XVII que a loucura assumiu o lugar de doença da mente, que os loucos deveriam ser tratados em locais próprios, específicos e isolados do convívio social. Assim surgiu o hospital psiquiátrico que seria, então, comandado pela recente ciência médica: a psiquiatria.

Segundo Amarante (2009), a figura do médico clínico surgida com Pinel em 1793 expressa o lugar que o médico psiquiatra tem ocupado no decorrer do processo

das ações em saúde mental ao longo dos séculos. Pínel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los” (AMARANTE, 2009, p.25).

A Segunda Guerra Mundial foi um marco nas transformações econômicas, sociais, políticas e culturais do início do século XIX, com o advento de uma nova fase do modo de produção capitalista e da exigência da produção e exploração da força de trabalho dos homens em grande escala.

Logo a psiquiatria mudou o seu foco de atuação, deixando não totalmente de lado as doenças, mas passando a dar maior atenção à “saúde mental” dos sujeitos, que necessitavam estar inseridos no sistema social produtivo do capital, assim como para a prevenção dos futuros desvios. Tratava-se naquele momento não mais de corrigir o louco destituído de sua razão, mas sim de prevenir o adoecimento do sujeito supostamente saudável e que servia à manutenção daquela ordem social.

Alguns acontecimentos e mudanças marcaram a trajetória da psiquiatria nos Estados Unidos e na Europa no século XX, fatores que influenciaram diretamente no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Segundo Amarante (2009), tais processos podem ser compreendidos a partir de três grandes grupos que são: 1) a *psicoterapia institucional; comunidades terapêuticas*; 2) a *psiquiatria de setor; e ou psiquiatria preventiva* 3) e a *antipsiquiatria; e ou a psiquiatria democrática italiana*, surgida a partir das experiências de Franco Basaglia², na Itália.

A *psicoterapia institucional* tinha como principal objetivo realizar mudanças que pudessem ocorrer no âmbito do hospital, a partir de adoção de práticas profissionais e técnicas que fossem democráticas, participativas e coletivas, buscando uma mudança na dinâmica institucional para refletir no tratamento dos sujeitos. As *comunidades terapêuticas* se configuravam como unidades de tratamento aos sujeitos em sofrimento psíquico, elas defendiam o isolamento social como o único dispositivo de tratamento

A *psiquiatria de setor* pode ser considerada como um movimento que tinha como ponto alguns questionamentos sobre o ambiente asilar que era até então colocado como o único capaz de oferecer tratamento. A ideia desse movimento era

²Franco Basaglia foi um médico psiquiatra que iniciou o processo de reforma na psiquiatria na Itália e que influenciou todo o movimento de reformas no Brasil e no mundo.

provar que o hospital psiquiátrico poderia ser dividido em várias subáreas, de tal forma que pudesse oferecer aos pacientes uma área geográfica e social mais próxima a realidade social. A *psiquiatria preventiva* tinha por sua vez a ideia central de que poderiam existir novas formas de enfrentamento dos fenômenos da loucura e que essas perpassavam pela prevenção

Já a *antipsiquiatria* se apresentava, no final do século XX, como movimento que pela primeira vez colocou em cheque o saber clássico da psiquiatria. Esse projeto buscava compreender a loucura através de um diálogo entre a “razão” e seus fenômenos, buscando compreender a mesma entre os homens e não dentro deles. E, finalmente, a *psiquiatria democrática italiana*, que surgiu a partir das experiências vivenciadas por Franco Basaglia na Itália dos anos de 1970. Esse movimento tinha como pilar três conceitos críticos: a ligação de dependência entre a psiquiatria e a justiça, a origem de classe das pessoas internadas e a não neutralidade da ciência. O grande mérito desse movimento estava na possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas da violência institucional e, acima de tudo, a não restrição dessas denúncias aos problemas dos técnicos de saúde-mental.

O que agora estava em jogo nesse cenário dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e descontração de saberes/prática/ discursos comprometidos com a objetivação da loucura e sua redução a doença (AMARANTE, 2009, p.49).

A trajetória histórica da reforma psiquiátrica no Brasil

Segundo Amarante (2009), a Reforma Psiquiátrica teve início no Brasil entre o final dos anos 1970 e início dos anos 1980. Naquele momento, emergiu no país a reorganização da classe trabalhadora após vinte anos de ditadura militar. Tal reorganização estava ligada à luta por direitos a saúde, habitação, educação e lazer, entre outros direitos essenciais para a vida em sociedade, que deu início ao processo de redemocratização da sociedade brasileira.

O movimento pela reforma psiquiátrica pode ser compreendido como um movimento político, histórico, econômico, social e cultural, que possuía como norte os

questionamentos relacionados à condição de vivência dos sujeitos em sofrimento psíquico nos manicômios e hospitais psiquiátricos de todo país. O movimento também propunha naquele momento a abertura de serviços substitutivos à comunidade, que pudessem garantir assistência integral e de qualidade em saúde para essa população específica.

Em meados dos anos 1970 entrou em cena o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM), que se mostrou como grande ator político e social no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Com a participação dos usuários, dos familiares e dos trabalhadores, o MSTM ganhou grande repercussão na imprensa mostrando para toda a sociedade os questionamentos em relação à assistência psiquiátrica que era oferecida pela política de Saúde Mental, bem como os questionamentos em relação ao verdadeiro objetivo das instituições psiquiátricas e seu poder social vigente.

Segundo Amarante (2009), o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu estopim junto à crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) no final dos anos 1970, órgão este vinculado ao Ministério da Saúde (MS) que se responsabilizava pela formulação e implantação das políticas públicas nessa área.

Em determinado momento, algumas unidades psiquiátricas localizadas no município do Rio de Janeiro entraram em greve reivindicando mudanças concretas nas condições de assistência e atendimento aos usuários, assim como melhores condições de trabalho para os técnicos. As instituições envolvidas nesse processo foram: Centro Psiquiátrico Pedro II (CPII), Hospital Pínel, Colônia Juliano Moreira (CJM) e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

Em 1980, um novo tipo de convênio entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) marcou uma nova trajetória para as políticas de Saúde Mental no Brasil. Esse novo modelo foi denominado como *co-gestão* sendo naquele momento que o Estado passou a incorporar na agenda política e social, os setores críticos da sociedade relacionados à Saúde Mental.

É o momento em que os trabalhadores de saúde mental decidem, estrategicamente, atuar na ocupação dos espaços que se apresentam nas instituições públicas, embora esse processo de co-gestão tenha sido restrito, principalmente, aos hospitais a DINSAM (no campo da

assistência psiquiátrica) e a alguns outros estados. (Rio Grande do Sul e outros do Nordeste) (AMARANTE, 2009,p. 58)

O MTSM naquele período encontrava-se fortemente instalado na gestão da política de saúde mental no Brasil, através da co-gestão, gerenciando e dirigindo importantes unidades hospitalares públicas.

Em 1985 ocorreu então o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, com o objetivo de inteirar os dirigentes do movimento acerca das práticas realizadas nas unidades hospitalares. Esse encontro teve como resultado a realização da I Conferência Nacional em Saúde Mental realizada em Brasília em Junho de 1987.

A Conferência Nacional em Saúde Mental foi um marco no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que levantou algumas recomendações importantes, tais como: orientar os trabalhadores da Saúde Mental a realizarem seu trabalho junto à sociedade civil, não só com o objetivo de redirecionar sua prática institucional, mas também buscar a democratização desses espaços; bem como formular e implantar políticas nessa área, com a participação da população usuária, reconhecendo os espaços de mobilização popular.

Já no final dos anos de 1980, alguns acontecimentos marcaram a trajetória do movimento, dentre eles destacaram-se: a VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1987), que também ficou conhecido como o congresso de Bauru-SP.

No âmbito prático, podemos citar alguns avanços: a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na cidade de São Paulo; a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Santos; o surgimento da Associação Loucos Pela Vida (Juqueri-SP), entre outros, que logo se espalharam por todo o país.

O aumento do número de serviços **substitutivos**³ em Saúde Mental teve seus avanços a partir dos anos 1990. Porém, observa-se ao longo desses anos, segundo Amarante (1995), que mesmo o serviço se constituindo como um espaço substitutivo, o

³ Serviços substitutivos é um termo que foi criado ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e que tem como objetivo descrever serviços que surgiram para substituir em sua totalidade o manicômio, até mesmo os serviços que se orientavam e ainda se orientam pela lógica excludente produzida pelo sistema manicomial.

mesmo não garante a ruptura com o caráter tradicional da psiquiatria; este ainda pode representar mecanismos de exclusão, violência e segregação social.

Na conjuntura econômica e política internacional, os anos 1980 e 1990 foram marcados por uma onda conservadora de reformas sociais, que fortaleceu o que diversos autores das ciências humanas e sociais denominam de modelo neoliberal⁴ e que produziu grandes impactos no papel do Estado como responsável pela execução das políticas sociais e o lugar da sociedade nesse contexto.

Com a eleição do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), nos primeiros anos da década de 1990, essas medidas e estratégias foram colocadas em prática com muita agilidade, sendo exemplo: a precarização e a focalização das políticas sociais principalmente a saúde e a educação; o não investimento em empresas estatais e a abertura cada vez maior para o capital estrangeiro. Segundo Bravo e Matos (2007), os anos de 1990 no que tange à política de saúde, foram marcados pela explicitação de dois projetos distintos que são: o projeto de saúde pautado nos modelos da Reforma Sanitária, que garante a saúde como um dever do Estado e direito de todos, e o projeto Privatista, que entende a saúde como mercadoria e não como um direito.

Importa ressaltar que ambos os projetos possuem como pano de fundo o contexto de transformações, que trouxe para a sociedade brasileira a disputa de dois grandes projetos societários antagônicos: um que defende a democracia de forma restrita, que diminui os direitos sociais e políticos amplamente conquistados nos anos de 1980 com o processo de redemocratização da sociedade; outro, que pauta uma sociedade democrática baseada na democracia de massas com ampla participação social e uma rede de organizações sociais e populares fortalecidos. (BRAVO; MATOS, 2007)

Assim, naquele período histórico e complexo da política de saúde no Brasil,

⁴O projeto neoliberal pode ser compreendido como uma série de mudanças que ocorreram no Brasil desde o início dos anos de 1970. Onde a economia nacional se volta para atender os interesses do grande capital colocando as políticas sociais e as outras áreas da vida humana em segundo plano. Segundo Yasui (2010), os anos 1990 trouxeram para os países da América Latina uma onda de estagnação econômica e social muito grande e que teve como características centrais os seguintes pontos: a orientação da economia voltada ao mercado externo, um baixo investimento em políticas públicas, um sistema de financiamento com altas taxas de juros e uma onda de privatização das empresas estatais.

algumas "reformas" foram colocadas em prática, principalmente no período de governabilidade do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, e que visavam: o caráter focalizado nas ações de saúde para atender as populações vulneráveis através do pacote básico da saúde; ampliação da privatização; estímulo ao seguro privado; descentralização dos serviços em nível local assim como outras estratégias que foram colocadas em prática e que tinham como objetivo eliminar os ideais e as conquistas históricas no campo da saúde pública no Brasil.

Segundo Behring (2008), a partir dos anos 1990, o Brasil entrou em um período que pode ser considerado como sendo parte de uma nova ofensiva burguesa, quando, a orientação neoliberal encontrou no país um amplo e fértil espaço para se desenvolver, através de suas receitas de ajustes econômicos, políticos e sociais deu o norte e o tom as mudanças que ocorreram no país momento. Por isso, as "reformas" apregoadas pelo governo FHC eram, na realidade, contrarreformas⁵.

No campo da Reforma Psiquiátrica o movimento foi um pouco inverso, os serviços substitutivos ao manicômio nos anos 1990 tiveram grandes investimentos no que diz respeito ao número de serviços abertos. Porém, os hospitais psiquiátricos ainda são existentes em todo país. O número de serviços tipo CAPS e residências terapêuticas cresceram significativamente, fazendo desse período a grande década de ampliação da rede.

No que diz respeito à legislação em saúde mental, os anos 1990 foram o grande momento de ampliação e divulgação das leis, portarias e decretos que estão ligados à assistência em saúde mental e aos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, assim como as regulamentações que regem a organização dos serviços e seus sistemas de financiamento.

No âmbito do controle social foi realizado em 1992 a II Conferência Nacional de Saúde Mental⁶ que, antecedida de muitas etapas estaduais e municipais, mobilizou cerca de mil pessoas de todo país, entre elas trabalhadores, usuários, familiares, acadêmicos e outros. Assim o movimento pela Reforma Psiquiátrica chegou aos anos

⁵A esse respeito, verificar a contribuição de: BEHRING, Elaine Rosseti. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo, Cortez, 2008.

⁶O relatório final da II Conferência Nacional deu origem a um documento dividido em três eixos fundamentais: a municipalização da assistência em saúde mental; o fortalecimento da legislação e a atenção em saúde mental.

1990 articulado de forma sólida aos mecanismos de gestão Estatal da política de saúde mental.

Entretanto vale ressaltar que, segundo Netto (2001), as transformações contemporâneas⁷ que ocorreram ao longo dos anos 1990 marcaram de forma assertiva o conjunto das relações sociais no interior da sociedade capitalista, assim como demarcaram posicionamentos na dinâmica social o papel do Estado em relação às políticas sociais.

A extinção progressiva dos manicômios foi a pauta inicial para a elaboração de todo o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil com a aprovação da Lei 10.216 em 2001, a abertura de serviços substitutivos articulados a comunidade com base territorial ganhou mais força e presença no cenário de mudanças no campo da saúde mental. Logo, a extinção dos manicômios acabou ficando em segundo plano no âmbito mais geral do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em 2001 ocorreu em Brasília a III Conferência Nacional em Saúde Mental (CNSM), com cerca de 1700 participantes, depois de nove anos da realização da segunda conferência. A reorientação do modelo assistencial; a política de recursos humanos; a política de financiamento; a acessibilidade; os direitos de cidadania e o controle social foram pontos que nortearam o debate tenso e complexo desse momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em 2002, logo após a III CNSM, uma nova portaria foi publicada, a 336/2002, sendo considerada como um marco na legislação em saúde mental ao longo dos últimos trinta anos, pois a mesma organiza e estipula a abertura de serviços substitutivos em saúde mental, que são os CAPS, além de descrever a necessidade e configuração de cada tipo de serviço, sendo eles tipo I, II ou III.

Assim, a primeira década do século XXI foi também marcante no processo

⁷Alguns elementos são importantes para a compreensão desse contexto peculiar, que são: a liquidação dos direitos sociais, que foram amplamente conquistados pela CF88 e que têm no Estado o seu principal responsável; a privatização do Estado, colocando a responsabilidade pelas expressões da questão social na “conta” dos sujeitos, estimulando a resolução dos problemas através de organizações sem fins lucrativos; o sucateamento dos serviços públicos, em detrimento do investimento nos setores privados, como é o caso da saúde; a propagação da política macroeconômica voltada para a culpabilização e penalização dos sujeitos. Então a década de 1990 foi marcada pelo processo denominado por Behring (2008) de “contra- reforma” do Estado e que tem na focalização, na privatização e na descentralização das políticas sociais o seu norte.

político da Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois padeceu do mesmo mal que a Reforma Sanitária, pois a sua institucionalização enquanto política social fez do Ministério da Saúde o principal ator e chefe dos rumos e ritmos desse movimento.

Considerações finais

Sabemos que as políticas sociais, mais especificamente a política de saúde, vêm sofrendo nas duas últimas décadas um processo de precarização muito grande, o Estado brasileiro hoje apresenta uma falta de comprometimento com as questões que perpassam a saúde da população, deixando de lado as reivindicações do movimento sanitário dos anos 1980 - que defendia a saúde como um direito de todos, através de serviços de qualidade e igualitários - para dar ênfase à saúde como uma mercadoria, pronta a ser comercializada pelo grande capital.

Acreditamos que no contexto da Reforma Psiquiátrica a precarização também acontece, podemos visualizar esse movimento através da forma como são alocados os profissionais para o trabalho nos CAPS e as condições de trabalho que lhe são postas no cotidiano institucional, através da ausência de uma formação dos profissionais para o campo da atenção psicossocial, através da falta de recursos na rede de saúde básica, entre outros argumentos que são inesgotáveis em uma sociedade que possui suas políticas sociais e a saúde da população sob os comandos dos interesses comerciais e financeiros.

Porém, o movimento que podemos perceber no contexto da Reforma Psiquiátrica nos dias atuais, e mais especificamente no contexto dos serviços tipo CAPS, é que os profissionais e usuários vêm produzindo, mesmo com todas as adversidades, uma lógica de cuidado em saúde diferenciada da grande maioria dos equipamentos de saúde em geral.

Vale ressaltar que se trata de uma referência produzida pelo tema ao longo dos últimos 40 anos de movimento em saúde mental que busca uma produção diferenciada da lógica manicomial. “Temos aqui uma práxis: conceitos que nascem de uma prática de mudança da assistência em saúde mental e que se transmutam em instrumentos teóricos e técnicos para transformar essa mesma prática”. (Yasui, 2010,

p.113).

Assim podemos dizer que hoje os CAPS ocupam um lugar central na rede de atenção em saúde mental organizada pelo SUS. Pensar os CAPS na atual conjuntura sem compreender o território em que os mesmos estão inseridos é pensar um lugar vazio no campo da saúde coletiva e dos ideais da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Acreditar nos CAPS como sendo os serviços estratégicos de implementação e fortalecimento do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, coloca frente à condição de conhecer com maior profundidade as experiências que estão em funcionamento nesse momento, assim como apreender qual o movimento real que esses serviços apresentam na atual conjuntura política da saúde no Brasil.

Porém, frente à conjuntura atual de precarização da saúde pública, se faz necessário o fortalecimento de serviços como os CAPS – entendidos ainda como estratégicos na implementação da Reforma Psiquiátrica – sendo reconhecidos como serviços que propõe uma nova lógica de serviços de saúde e por consequência apontam para a construção de uma nova lógica societária.

Os interesses éticos, políticos, sociais e econômicos vigentes na sociedade brasileira no campo da saúde mental- mesmo após o movimento da Reforma Psiquiátrica- ainda se articulam aos princípios de uma sociedade marcada pela desigualdade desde a sua constituição.

Acreditamos na necessidade de fortalecer os espaços de participação social e mobilização popular, sejam na luta por políticas sociais e entre elas a de saúde, sejam pela qualidade dos serviços prestados à população, ou seja, pela garantia da via Estatal pública.

Referencias

AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida**. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro FIOCRUZ, 1995.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.

BEHRING. Elaine Rosseti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**- São Paulo, Cortez, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DA REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2005. **15 anos depois de Caracas**. Brasília: 2005.

BRASIL. **Lei nº. 10.216**. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Congresso Nacional, 2001.

BRASIL. **Lei nº. 8.080**. Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde. 2. ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.

BRAVO. Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo, Cortez/UFRJ, 1996.

BRAVO. Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo, Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. FOUCAULT,

Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

_____. **A história da loucura na idade clássica**. Rio de Janeiro: Perspectiva, 2000.

_____. **A microfísica do poder**. 19.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**.50 (1996): 87-132.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. Hucitec, 2010.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.