

APONTAMENTOS SOBRE O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Anastácia Mariana da Costa Melo (UERJ)

INTRODUÇÃO

O processo social conhecido como Reforma Psiquiátrica foi iniciado no Brasil em meados dos anos setenta, e vem provocando grandes transformações no campo da saúde mental e atenção psicossocial¹, em seu percurso. Este processo exerce influência direta na assistência em saúde oferecida ao sujeito em sofrimento psíquico² e contribui para a construção de um novo lugar social para o “sujeito louco”. O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil surge em um contexto muito peculiar e importante da história política do país. Após vinte anos de ditadura militar, o país inicia um movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários, por um Sistema de Saúde Único universal, gratuito, igualitário e de qualidade.

Este movimento está intimamente articulado ao movimento social que ficou conhecido como Movimento Sanitário no Brasil, que influenciou diretamente a Reforma Psiquiátrica, suas idéias, propostas e princípios na luta pela saúde pública. O movimento contou com a participação de diversos atores, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), importante ator político; a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com a participação de alguns atores críticos à composição da psiquiatria clássica no campo da saúde mental, e as associações de usuários familiares em saúde mental, que representam o controle social³ no campo.

¹ Entendemos por campo de atenção psicossocial aquele que foi construído a partir do processo de reformas no campo da psiquiatria no Brasil ao longo dos últimos 30 anos, campo este que preconiza uma orientação diferenciada no tratamento, assistência e atendimento aos portadores de sofrimento psíquico.

² Pessoas em sofrimento psíquico é uma expressão que foi adotada pelo campo da saúde mental após o início do movimento pela Reforma Psiquiátrica, em substituição ao termo doente mental ou portador de transtorno mental, que supõe um sujeito doente.

³ Controle social na saúde pode ser compreendido como o processo pelo qual o sujeito se implica no seu processo saúde doença, através de estratégias políticas, institucionais e sociais, e através do controle pode reconhecer quais as instancias e processos perpassam o campo da saúde em que o mesmo está inserido.

O grande cerne da questão do projeto da Reforma Psiquiátrica é a construção de um novo imaginário social⁴ em torno da loucura, um novo lugar para o louco na sociedade. Outro ponto relevante diz respeito à luta pela abertura de serviços substitutivos⁵, capazes de garantir assistência, cuidado, acompanhamento clínico e terapêutico aos sujeitos, fora dos manicômios.

A 1ª Conferência Nacional em Saúde Mental foi um marco no processo da Reforma no Brasil, ao levantar recomendações importantes, como: orientar que os trabalhadores em saúde mental buscassem realizar seu trabalho juntamente com a sociedade civil, não só com o objetivo de redirecionar sua prática institucional, como para buscar a democratização desses espaços; formular e programar políticas nessa área, com a participação da população usuária, reconhecendo os espaços de mobilização popular.

No final dos anos 80 alguns acontecimentos marcaram a trajetória desse processo no Brasil, dentre os quais se destacam: a 8ª Conferência Nacional em Saúde; o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que ficou conhecido como o congresso de Bauru-SP, cuja bandeira de luta foi “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

No bojo dos anos 90 o movimento pela Reforma Psiquiátrica obteve seus grandes avanços políticos e estratégicos na luta por serviços substitutivos em saúde mental e na construção de experiências de tratamento e assistência aos usuários dessa política, que vem sendo pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo contribuir ao debate acerca do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, apontando suas dimensões, seu percurso e seus principais desafios na atual conjuntura. Além disso, busca levantar os principais aspectos, apontados por diversos autores dedicados ao estudo do tema no Brasil.

⁴ Pensar um novo imaginário social em torno da loucura nesse momento representava para o movimento a tarefa de construir uma perspectiva distinta da até então vigente, na qual o louco seria um sujeito alienado e perigoso, que não poderia conviver em sociedade.

⁵ Serviços substitutivos são aqueles capazes de substituir em sua totalidade a lógica de tratamento e atendimento tradicionalmente oferecida ao sujeito dentro dos muros do manicômio, hospício ou mais modernamente hospital psiquiátrico.

METODOLOGIA

A metodologia adotada para a realização deste estudo é de caráter qualitativo e consistiu em revisão bibliográfica e reflexiva. Os textos utilizados fazem referência aos principais estudiosos dedicados ao tema no país.

Segundo Minayo (2004), “a metodologia pode ser compreendida como o processo pelo qual o indivíduo através de um caminho brevemente traçado encontra para compreender a apreensão da realidade social pelos indivíduos e o fato que se deseja pesquisar”.

Foi realizado amplo levantamento bibliográfico sobre o tema, buscando apreender os principais aspectos e as abordagens utilizadas no campo da saúde mental, com relação às dimensões e aos desafios do processo da Reforma Psiquiátrica, como movimento social atuante na luta pelos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico.

As dimensões do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Segundo Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica pode ser caracterizada como um processo complexo, que abrange quatro dimensões principais: teórico-conceitual técnico assistencial, jurídico- política e sócio-cultural.

A dimensão teórico-conceitual diz respeito à construção de um novo paradigma no campo das ciências sociais, no que diz respeito ao olhar direcionado ao sujeito em sofrimento psíquico, que significa uma ruptura com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional, a fim de construir um novo norte, que compreenda a saúde como um processo (saúde-doença), visto como fruto das condições de vida e do lugar ocupado por cada sujeito social.

Esta dimensão trata de conceitos como: alienação e doença mental; isolamento terapêutico e social; degeneração; anormalidade e normalidade, terapêutica e cura. Nesse sentido, dois conceitos têm sido fundamentais para a compreensão dessa dimensão: o primeiro diz respeito à desinstitucionalização⁶, pautada na tradição basagliana⁷, que defende formas

⁶Desinstitucionalização não se restringe à re-estruturação técnica de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos

diferenciadas e ampliadas de tratar, acolher, atender, acompanhar e cuidar do sujeito, em sua existência concreta de vida; o segundo diz respeito ao conceito de doença mental que é colocado em discussão nessa dimensão, assim como as práticas profissionais, as relações entre os sujeitos e atores envolvidos, onde se transformam os serviços os dispositivos e os sujeitos envolvidos neste processo.

Trata-se não apenas de um novo olhar para o mesmo objeto. Mas ruptura epistemológica que descortina um campo complexo de dimensões do real e nos instiga a produzir conhecimento sobre as relações possíveis de serem feitas, construídas, tecidas. Produção de novos conceitos para novos problemas e objetos. (YASUI, 2006, p. 69)

A dimensão técnico-assistencial está ligada à dimensão conceitual, pois nela se concentra a construção de novos serviços substitutivos ao manicômio. Tradicionalmente, o modelo de tratamento em saúde mental esteve pautado no isolamento, na tutela, na vigilância, na repressão e na disciplina, o espaço onde se desenvolviam essas ações era o manicômio, o único reservado para o sujeito que supostamente por não possuir uma razão comum, se comportava como um sujeito sem direitos, dotado de uma periculosidade social.

Com o desenvolvimento de reformas na psiquiatria no Brasil e no mundo, grandes mudanças ocorreram em relação aos dispositivos de tratamento oferecidos a essa população. As comunidades terapêuticas, a psiquiatria comunitária, a psiquiatria preventiva e a psiquiatria democrática italiana configuraram uma série de reformas que contribuíram para a mudança do paradigma teórico-prático no campo da saúde mental.

A psiquiatria democrática italiana⁸ foi o movimento que mais provocou mudanças na psiquiatria e nos dispositivos de tratamento em saúde mental, tendo influenciado diretamente os movimentos pelas reformas na psiquiatria no Brasil e no mundo. Esses serviços devem ser entendidos não apenas como um

sujeitos, novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos. (AMARANTE. 2009).

⁷ Franco Basaglia foi um médico psiquiatria que iniciou o processo de reforma na psiquiatria na Itália e que influenciou todo o movimento de reformas no Brasil e no mundo.

⁸ A psiquiatria democrática italiana foi uma das vertentes que assumiu as reformas no campo da psiquiatria no mundo, e teve como grande ator o médico italiano Franco Basaglia, como diretor de um grande hospital psiquiátrico na Itália Basaglia iniciou o processo de desinstitucionalização internos

novo modelo de serviço, mas como estratégias que produzam uma ruptura com o modelo tradicional e hegemônico.

O primeiro serviço substitutivo modelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) foi criado no Brasil em 1987 na cidade de São Paulo, sendo fruto de uma intervenção política e social da Secretaria Municipal de Saúde na Antiga Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes.

Essa intervenção produziu repercussão nacional, que demonstrou a real possibilidade de tratamento fora dos muros do manicômio. Nesse mesmo período foi implantado em Santos o primeiro NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) serviço substitutivo aberto 24 horas todos os dias da semana, com característica especial de acolhimento em crise. Foram criadas as residências terapêuticas, moradias para os egressos dos hospitais psiquiátricos, sem vínculo familiares. Também foram criadas cooperativas de trabalho e associações de usuários e familiares nesse contexto. As experiências iniciadas em Santos- SP foram de grande importância para a difusão nacional dos princípios da Reforma Psiquiátrica e apontaram à necessidade de abertura de novos serviços substitutivos nos países.

Já a dimensão jurídico-política, nomeada por Amarante (2007), é tratada por Yasui (2006), em sua tese “Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, como uma dimensão política.

O mesmo autor considera que ela se situa no campo das tensões que foram trazidas pelas ações da Reforma Psiquiátrica e que produziram mudanças nas relações que são estabelecidas entre o Estado e a Sociedade no campo da saúde mental.

Essa mesma dimensão pode ser compreendida como uma série de mudanças na legislação sanitária, civil e penal, no que diz respeito aos novos conceitos e ações que tradicionalmente vinculavam a loucura com a periculosidade, incapacidade social, irresponsabilidade. Assim, essa dimensão possui grande impacto no campo das medidas e ações estratégicas no campo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Trata-se de uma implicação social no cotidiano dos sujeitos envolvidos na luta pela transformação social.

O primeiro momento expressivo dessa dimensão no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorreu em 1989, quando o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, propõe uma lei que

regulamenta os direitos dos “portadores de transtornos mentais” e propõe a extinção progressiva dos manicômios no país. Essa lei tramitou pelo Congresso Nacional por 12 anos e somente foi aprovada em 2001, conhecida como lei Paulo Delgado (10.216/01), defende os direitos dos usuários da política de saúde mental e propõe o tratamento em serviços substitutivos de base comunitária. Porém não consegue aprovar a extinção progressiva dos manicômios e sim a orientação de que esses serviços também conhecidos como hospitais psiquiátricos sejam acionados como último recurso de tratamento.

Entretanto, é no decorrer dos anos 90 e 2000 que o campo da saúde mental, diferentemente do campo das políticas sociais, incorpora seus maiores investimentos em termos legais como: a portaria 336/99 que regulamente os Centros de Atenção Psicossocial, a portaria 106/00 que regulamenta a construção de serviços tipo Residências Terapêuticas, a Lei 10.708/2003 que se refere ao Programa de Volta Pra Casa, a Política Nacional de Álcool e Drogas de 2008, assim como outras orientações que deram corpo a essa dimensão.

Por fim e não menos importante, a dimensão sócio-cultural, que traz à tona a construção de um novo lugar social para a loucura e para o sujeito louco, por meio do imaginário social e de sua relação com a sociedade.

Essa dimensão está intimamente ligada às ações e estratégias de cunho cultural, que têm por objetivo relatar o histórico do campo da saúde mental no país e suas instituições, assim como trabalhar socialmente o estigma produzido ao longo dos séculos em torno da loucura, além de defender as possibilidades de tratamento e cuidado, para além dos espaços manicomial.

Bezerra (2007), afirma que o processo da Reforma Psiquiátrica não é apenas um complexo processo que busca desfazer o aparato e a cultura manicomial que ainda se mantém hegemônica, mas, sobretudo construir uma nova maneira de olhar e lidar com o sujeito louco, como aquele que pensa, sofre, sonha, sente e deseja estar na vida. Segundo esse autor, a desconstrução do manicômio implica necessariamente em reinventar não só a psiquiatria e suas práticas médicas e sociais, mas, sobretudo, reinventar a própria sociedade em que vivemos, configurando assim um processo amplo, complexo e conjuntural.

Desafios do processo da Reforma Psiquiátrica na atual conjuntura

Segundo Bezerra (2007), os desafios que são postos para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil estão situados nos campos citados e apresentam desafios singulares, em cada esfera de enfrentamento.

“O plano assistencial necessita de formas inovadoras de organização da atenção, além de modelos de cuidado e intervenção que estejam conectados aos novos dispositivos de saúde mental” (BEZERRA, 2007). Não devemos pensar sobre as noções de rede e território apenas como um conjunto de serviços de uma determinada localidade geográfica, e sim, compreendê-los como lugar de vida social e subjetiva que articulados são capazes de produzir o cuidado em saúde.

A noção de rede e território surge com o Programa Saúde da Família em 1994, e pensa o território e a rede de serviços como lugar concreto de existência de vida. O grande desafio para o campo da saúde mental no momento atual é, também, a articulação dos CAPS com as Unidades de Estratégias de Saúde da Família, sendo os serviços de atenção psicossocial os organizadores da rede de serviços em torno da população usuária.

Outro desafio do plano assistencial diz respeito à esfera da clínica que, segundo Bezerra (2007), apontam para duas direções: de um lado temos que avançar na construção de dispositivos teóricos e técnicos que possam ampliar a existência em potencial dos sujeitos em sofrimento psíquico, e de outro lado temos a necessidade de construção de uma clínica ampliada que possa abarcar novos horizontes e novas perspectivas profissionais no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

De acordo com as contribuições de Vasconcelos (2010), os principais desafios no campo da saúde mental e atenção psicossocial na atual conjuntura estão concentrados em campos específicos como: a atenção à crise; atenção a indivíduos sem vínculos sociais e com uso abusivo de drogas; violência social, catástrofes e atenção aos transtornos psiquiátricos menores e suporte aos familiares e suas demandas específicas.

A atenção à crise no campo da saúde mental representa hoje uma dos aspectos mais estratégicos e complexos desse processo. Tradicionalmente o sujeito em sofrimento psíquico que se encontrava em crise, de imediato era encaminhado ao hospital psiquiátrico, e ali permaneceria até a redução de seus

sintomas, com altas doses medicamentosas e ações (corporais e morais) de cunho violento, permanecendo ali por muitos anos.

Ao contrário do que ocorre no campo da saúde mental, o cuidado no estado de crise exige serviços e dispositivos que possa compor uma rede de atenção integral, que tenha a disponibilidade de atendimento contínuo, onde o grande desafio se concentra no acolhimento noturno no formato de leitos.

Assim, os dispositivos de atenção à crise devem ser regionalizados e afinados com os serviços de atenção diária integral e atenção básica. Logo, o serviço substitutivo mais adequado para essa função é o CAPS III, que são serviços abertos 24 horas do dia e nos finais de semana, voltados para a atenção à crise e o acompanhamento diário.

Contudo, também se faz necessário nas unidades de emergência ou em hospitais gerais, abertura de leitos para atendimento à população usuária da saúde mental, assim como à população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

Quando falamos da atenção a sujeitos “sem vínculos sociais”, estamos tratando de pessoas com alto nível de desfiliação social, com grande perda de laços familiares e ou questões relacionadas aos altos níveis de desemprego, que levaram muitas vezes a vida nas ruas. Trata-se de sujeitos inseridos em histórias pessoais ou comunitárias de segregação, isolamento, exploração, assim como a população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

Estes grupos da população normalmente desconhecem, ou não tem acesso, ou certamente tem muito medo dos serviços de saúde mental e de assistência social existentes, e uma das razões principais disso está no próprio autoritarismo freqüente na intervenção pública nesse campo. (VASCONCELOS, 2010, p.78)

Importante citar e refletir sobre a atual epidemia do crack, que vem afetando e aumentando cada vez mais a atenção a população empobrecida no país, e trazendo principalmente para a população infanto-juvenil, um grande empobrecimento cognitivo e psíquico, por conta do uso abusivo da droga.

Os serviços substitutivos tipo CAPS ad são os serviços estratégicos de atendimento e tratamento para a questão mais específica do uso abusivo de álcool e outras drogas, e no enfrentamento do crack, porém ainda se faz necessário o reconhecimento da necessidade de serviços que possam atuar na

perspectiva da desintoxicação e nos casos de abstinência, e que possam oferecer um acompanhamento mais específico nos momentos de crise também para essa população.

O tema da violência tem sido debatido recorrentemente na mídia e em todos os contextos sociais. No início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, as ações se concentravam em torno da desinstitucionalização dos sujeitos que se encontravam nos manicômios espalhados por todo país. Essa questão ainda é central na agenda da reforma. Porém, vem sendo recorrente também ao campo da saúde mental o tema da violência, que vem afetando a vida psíquica de todos os sujeitos, de forma cada vez mais intensa.

Entretanto, há uma prevalência alta e crescente dos números de transtornos menores na população mais atingida pelos fenômenos da violência, como as crianças e adolescentes com a violência doméstica e urbana, as mulheres com a violência de gênero, etnia e outras minorias sociais como, por exemplo, a população indígena. Portanto, é cada vez mais necessário colocar esse tema como central também na agenda das ações e estratégias que perpassam o campo dos processos políticos e sociais da reforma no Brasil.

Assim, apontamos que a atenção em saúde mental para os sujeitos que necessitam de assistência por conta de questões relacionadas às violências, não vem ocorrendo de forma concreta na rede pública de saúde, onde os ambulatórios de saúde mental existentes no país não conseguem absorver a demanda, fato que aponta para uma reorganização dos serviços desse tipo e, também, para as necessidades de mais serviços e profissionais capacitados para atuarem com essa população específica.

A atenção aos familiares sempre foi uma preocupação central ao campo das ações e estratégias no âmbito da saúde mental. No núcleo familiar o cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico em crise ou não, se constitui uma tarefa de grande força para todos os membros da família, onde em sua maioria esses cuidados são colocados sob a obrigação das mulheres que acabam por assumir, sozinhas, o cuidado integral do mesmo.

O quadro de cuidados no cenário familiar se torna ainda mais delicado quando tratamos de estruturas familiares diversificadas, nas quais as mulheres se configuram como os chefes de família e estão fortemente inseridas no mercado de trabalho, ou seja, já não estão mais restritas ao lar, às tarefas

domésticas. Nesse sentido aponta-se um grande desafio para os serviços que assistem essa população, quando cada vez mais os profissionais recebem demandas dos familiares no que diz respeito aos cuidados domésticos e familiares, e as dificuldades desse processo.

De meu ponto de vista, as demandas dos familiares precisam ser reconhecidas e valorizadas pelo campo da reforma psiquiátrica, e é de fundamental importância investir maciçamente em metodologias e abordagens de assistência em saúde mental adequada para eles (VASCONCELOS, 2010, p.35)

Segundo Vasconcelos (2010), esses são os principais desafios colocados ao movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e que são postos como pontos a serem debatidos também nos espaços de decisão política como as Conferências de Saúde Mental, os Fóruns de área, as Categorias Profissionais que se organizam em torno do campo assim como a formação acadêmica dos profissionais que estão voltados para atuarem no campo da saúde pública e atenção psicossocial.

Amarante (2007), aponta alguns desafios para a saúde mental e atenção psicossocial na atual conjuntura.

As estratégias de residencialidades e emancipação dos sujeitos se colocam como um dos pontos principais e estratégicos das ações voltadas para a desinstitucionalização. Com o aumento dos serviços substitutivos tipo CAPS, a desinstitucionalização ganha corpo no país, a grande maioria dos sujeitos enclausurados nos grandes manicômios perderam seus vínculos familiares e sociais, e muitas vezes já não desejam mais sair daquele espaço.

As políticas públicas nesse campo devem oferecer condições concretas para o processo de desinstitucionalização, onde o primeiro passo e também um potente desafio é a constituição de equipes multiprofissionais, cujo objetivo é de acompanhar esse processo de saída do manicômio e de construção de uma nova rotina de vida, uma nova existência de vida concreta para além dos muros do hospício. Essas equipes possuem papel fundamental no processo de constituição de laços sociais e elaboração das autonomias individuais de cada sujeito. Em muitas situações se faz necessário que os serviços tipo residências terapêuticas sejam assistidas ou supervisionadas por

profissionais, isso irá depender do grau de autonomia e independência ou dependência dos moradores.

A política brasileira de estratégias de residencialidades ainda está restrita aos sujeitos egressos de instituições nas quais estiveram por mais de dois anos internados. É nossa expectativa que a proposta seja extensiva a todos aqueles que também tenham dificuldades de moradia ou convívio familiar. (AMARANTE, 2007, p.56)

Outro grande desafio apontado por Amarante (2007) se concentra no campo das cooperativas, centros de convivências e empresas sociais, voltadas para as ações de trabalho protegido e geração de renda, em sua maioria constituídas e vinculadas aos serviços substitutivo tipo CAPS. É nesse sentido que foi aprovada a Lei 9.867/99 no Brasil, que regulamenta as cooperativas sociais, que possuem o objetivo de inserir pessoas que estão em desvantagem econômica no mercado de trabalho, pautando suas ações na perspectiva da economia solidária.⁹

O mesmo autor também destaca a articulação entre a política de saúde mental os serviços que ela compõe com o programa Saúde da família que foi criado em 1994 e hoje se caracteriza como Estratégia Saúde da família. Este programa se direciona ao conceito de territórios regionalizados e com os atendimentos integrais para cada família que compõe um determinado território. Assim o processo de regionalização e territorialidade no campo da saúde mental necessita de uma afinada articulação com as Unidades de Saúde da Família.

A mesma estratégia é considerada como uma ação que tem como foco de cuidado a atenção primária no âmbito familiar, e que tem como objetivo reverter o modelo biomédico curativo centrado na hospitalização dos sujeitos, para trabalhar no modelo ampliado de saúde, centrado na prevenção, educação e no cuidado em saúde.

⁹ Economia solidária é uma forma de produção, consumo e distribuição de riqueza (economia) centrada na valorização do ser humano e não do capital. Tem base associativista e cooperativista, e é voltada para a produção, consumo e comercialização de bens e serviços de modo autogerido, tendo como finalidade a reprodução ampliada da vida. Preconiza o entendimento do trabalho como um meio de libertação humana dentro de um processo de democratização econômica, criando uma alternativa à dimensão alienante e assalariada das relações do trabalho capitalista. (http://pt.wikipedia.org/wiki/Economia_solidária).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessas reflexões foi possível observar que os campos da saúde mental e da atenção psicossocial constituem na atual conjuntura um campo amplo, complexo e diverso, e que vem exigindo dos profissionais que atuam nessa área uma formação e educação pautada nos princípios e diretrizes do projeto de saúde pública defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária no Brasil e pela Reforma Psiquiátrica ainda em curso no país.

Ao longo dos últimos trinta anos, o campo da saúde mental obteve grandes avanços, como a aprovação de uma ampla legislação voltada para os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, assim como ampla divulgação de ações e estratégias que a política de saúde mental vem desenvolvendo nos serviços e dispositivos substitutivos ao manicômio em várias regiões dos países.

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil avançou significativamente no investimento da desinstitucionalização. Porém ainda se faz necessário muitas ações e estratégias de mobilização social e política que possa fomentar este processo no país.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil também vem sofrendo alguns ataques no decorrer de seu processo, por conta de toda conjuntura de desmobilização dos movimentos sociais, assim como o movimento geral da luta dos trabalhadores, este movimento vem apresentando ao longo dos últimos anos um recuo que nos mostra uma frágil articulação política e de mobilização social em torno da bandeira de luta pela saúde pública.

No momento de grande precariedade, falta de investimento e desgaste das políticas sociais, a rearticulação da luta política e social em torno das mesmas são ações mais do que necessárias para que possamos viabilizar o direito a saúde, habitação, educação, assistência entre outros direitos que são apontados pela Constituição Federal de 88, considerada como um marco histórico e legal no que diz respeito aos direitos humanos e a garantia dos mesmos pelo Estado.

Assim, consideramos que a política de saúde mental nos países, assim como o movimento pela Reforma Psiquiátrica, ainda não estão consolidados na cena social e sofre carências de recursos políticos para o seu fortalecimento.

Faz-se necessário caminhar na direção de maiores investimentos em mobilizações políticas e sociais que possam garantir, de forma sólida, um maior compromisso político, social e econômico com as políticas sociais, assim como a política nacional voltada para o campo da saúde pública e atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

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

_____. **Uma aventura no manicômio**: a trajetória de Franco Basaglia. *Manguinhos – História, Ciências, Saúde*. Vol. I, n. 1, jul-out, 1994.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.

BEZERRA Jr, B. Os Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In. **Revista de Saúde Coletiva**, Vol 17, nº, 2007

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado. ENSP- Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

VASCONCELOS, E. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

Legislações

Legislação Básica em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. www.saude.gov.br/editora.