

APONTAMENTOS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Notes about the psychiatric reform in Brazil

Anastácia Mariana da Costa Melo

Assistente Social

Mestranda- Programa de Pós Graduação em Serviço Social

Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

anastaciamariana@yahoo.com.br

RESUMO: O movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira objetiva não somente a desinstitucionalização da loucura, por meio da extinção dos manicômios, mas também defende os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico e orienta mudanças na assistência em saúde dessa população. Assim, ao longo de trinta anos, a lei 10.216/01 conhecida como a Lei Paulo Delgado vem contribuindo diretamente para a abertura de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (RS), os Centros de Convivência entre outras iniciativas, como projetos de norte cultural a fim de construir um novo imaginário social em torno da loucura. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, para além de contribuir para o processo de construção de serviços substitutivos, tem o objetivo de desconstruir a idéia de tratar o louco com o isolamento, e de devolver-lhe o direito ao convívio social e a possibilidade de desenvolver suas subjetividades e cidadania. O presente 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, defendidos por diversos autores dedicados ao estudo do tema no Brasil. A metodologia adotada para a realização deste estudo consistiu em revisão bibliográfica e reflexiva de textos que perpassam o assunto. Com esse breve estudo foi possível compreender que o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, durante os anos 90, obteve avanços significativos no que tange a abertura de número de serviços tipo CAPS, o surgimento e crescimento das residências terapêuticas e a oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Os limites e entraves da consolidação desse projeto estão diretamente ligados a uma conjuntura econômica e social de desgaste das políticas sociais e, entre elas, a de saúde mental. Compreende-se que a consolidação e efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica no Brasil somente serão realizados com o fortalecimento dos movimentos sociais na luta pela saúde e através de uma atuação conjunta de trabalhadores da saúde mental, na defesa do Sistema Único de Saúde. Por fim, se faz necessário um investimento econômico e político nas ações e programas que, de fato, defendam a perspectiva da desinstitucionalização e do cuidado ampliado em saúde mental.

PALAVRAS CHAVES: Saúde mental. Reforma psiquiátrica. Desinstitucionalização.

ABSTRACT: The Brazilian Psychiatric Reform aims not only the “deinstitutionalization” of madness through the extinction of asylums but also defends the rights of individuals in psychological distress recommending changes in health care of this population. Over the last thirty years, the Reform has contributed to the creation of services that replace the psychiatric hospital among them the Centers for

Psychosocial Care (CAPS), Therapeutic Residence Services, Community Centers and other initiatives in order to build a new social imaginary around madness. Thus, the Brazilian Psychiatric Reform, in addition to contributing to the process of construction of substitute services, is intended to deconstruct the idea of treating the mad by isolation, and give them back the right to a social life and the possibility of developing their subjectivity and citizenship. This paper aims to contribute to the debate about the process of psychiatric reform in Brazil, pointing their dimensions, its course and its main challenges in the present situation. It relies on the review of a few texts related to the subject. Which supports the claim that psychiatric reform in Brazil, during the 90's, achieved significant advances associated to the opening number of services like CAPS, the emergence and growth of residential treatment and supply of psychiatric beds in general hospitals. It is understood that the consolidation and realization of the principles of psychiatric reform in Brazil could only be realized through the strengthening of social movements in the struggle for health and through the organization of the mental health workers in defense of the Unified Health System. Finally, it is necessary an economic and political investment in programs that advocate perspective of deinstitutionalization and mental health care.

KEYWORDS: Mental health. Psychiatric reform. Des-institutionalization

1 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. Este processo exerce influência direta na assistência em saúde oferecida ao sujeito em sofrimento psíquico 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 de Saúde (SUS) 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.

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. Determina uma série de atividades, estratégias e iniciativas no campo da saúde mental, que são capazes de produzir o cuidado ampliado em saúde.

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 social² no campo.

Dois pontos são de suma importância para compreender o processo da Reforma Psiquiátrica, ainda em curso no Brasil: a centralidade nas estratégias de desconstrução da idéia do sujeito louco como perigoso para o convívio social, ou seja, um novo lugar para a loucura; e o fortalecimento dos serviços substitutivos que segundo Amarante (2009), são aqueles que além de oferecer uma assistência integral e tratamento diferenciado a população que necessita de atendimento em saúde mental, é capaz de substituir em sua totalidade a lógica manicomial, onde o manicômio e o saber da psiquiatria clássica são considerados como as únicas estratégias de tratamento e intervenção na vida desses sujeitos.

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 SUS.

² Controle social na saúde pode ser compreendido como o processo pelo qual o sujeito se implica na compreensão do que seria o binômio saúde doença, através de estratégias políticas, institucionais e sociais, e através da participação política pode reconhecer quais os determinantes, ações e instâncias que permeiam o campo da saúde pública, como um direito de todos e dever do Estado. (BRAVO, 2009)

2 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.

Nesse sentido, dois conceitos têm sido fundamentais para a compreensão dessa dimensão: o primeiro diz respeito à desinstitucionalização³, pautada na tradição basagliana⁴, que defende formas diferenciadas e ampliadas de acolher, cuidar e tratar do sujeito, em sua existência concreta de vida; e 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 serviços substitutivos ao manicômio.

³ Desinstitucionalização não se restringe à reestruturação 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 sujeitos, novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos. (Amarante. 2009)

⁴ 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.

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.

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), um 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 vínculos familiares-também foram criadas cooperativas de trabalho e associações de usuários e familiares nesse contexto. As experiências iniciadas em Santos (SP), em 1987, 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*, 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, a incapacidade social e a irresponsabilidade. Assim, essa dimensão possui grande impacto no campo das medidas e das 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 ocorre em 1989, quando o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, propôs uma lei que regulamenta os direitos dos portadores de transtornos mentais e aponta para progressiva extinção dos manicômios no país, que somente foi aprovada pelo Congresso Nacional após 12 anos, sendo hoje é conhecida como a Lei Paulo Delgado (10.216/01).

Entretanto, é no decorrer dos anos 1990 e dos primeiros anos do século XXI que o campo da saúde mental, diferentemente das outras 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 Casa⁵, 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 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 manicomiais.

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.

3 DESAFIOS DO PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA ATUAL CONJUNTURA

Acreditamos que um dos grandes desafios para o campo da saúde mental no momento atual é, também, a articulação dos CAPS com as Unidades de Estratégias

⁵ “O Programa De Volta Para Casa dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação). Este Programa atende ao disposto na Lei 10.216, de 06.04.2001, que no Art. 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.” <http://pvc.datasus.gov.br/>

de Saúde da Família, sendo os serviços de atenção psicossocial os organizadores da rede de serviços em torno da população usuária.

De acordo com as contribuições de Vasconcelos (2010), os principais desafios no campo da saúde mental e da 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, 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 permanecendo ali por tempo indeterminado.

Ao contrário do que ocorre no campo da saúde mental, o cuidado no estado de crise exige serviços e dispositivos que possam 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 ao acompanhamento diário.

Contudo, também se faz necessário, nas unidades de emergência ou em hospitais gerais, a abertura de leitos para atendimento à população usuária da saúde mental, assim como à 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 frequente 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, trazendo principalmente para a população infanto-juvenil, um grande empobrecimento cognitivo e psíquico, por conta do uso abusivo da droga.

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 vítima dos fenômenos da violência, como as crianças e adolescentes com a violência doméstica e urbana, as mulheres com a violência de gênero, entre outras. 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.

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 dispendiosa 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, postos como pontos a serem

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012. 91

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 residencialidade 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. (AMARANTE, 2008: 87)

As ações desse 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, 2008, p.56)

Outro grande desafio apontado por Amarante (2008) 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.

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 de sua área de abrangência. 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 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, 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 pais.

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil avançou significativamente no investimento da desinstitucionalização. Porém, ainda se fazem necessárias muitas ações e estratégias de mobilização social e política que possa concretizar este processo no país.

O mesmo movimento no Brasil 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 1988, considerada como um marco histórico e legal no que diz respeito aos direitos humanos e a garantia dos mesmos pelo Estado.

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 para a atenção psicossocial.

4 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 país.

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 país, 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**, I(1): (61-77) jul-out, 1994.

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

BEZERRA Jr, B. Os Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In. **Revista de Saúde Coletiva**, 17(22): (243-250). 2007.

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

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

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

Recebido em: 14/06/2012

Aceito em: 21/07/2012