

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: UMA ANÁLISE SÓCIO POLÍTICA

*Gina Ferreira**

RESUMO

Este trabalho pretende analisar a Reforma Psiquiátrica no Brasil desde 1986, ocasião de implementação do Sistema Único de Saúde (doravante SUS), até os dias atuais. Partirá do princípio de que tal Reforma percorreu um longo caminho em que se constituíram as bases para a reorientação da assistência psiquiátrica, mas procurará refletir sobre se ela efetivamente constituiu uma reversão do modelo assistencial hegemônico, e se há condições estruturais para que ela possa se viabilizar como política pública.

Palavras-Chaves: Reforma Psiquiátrica. Políticas Públicas. Sócio Política.

*Psicóloga; Doutoranda em Psicologia Social da Universidade de Barcelona; Ex-Coordenadora do Serviço de Saúde Mental do Município de Angra dos Reis (94-96) e Idealizadora do Projeto “De Volta pra Casa” contemplada com o Prêmio Internacional da WAPR (World Association for Psychosocial Rehabilitation – 1996; Ex-Coordenadora do Município de Paraty (2000); Coordenadora da primeira Residência Terapêutica do Ministério da Saúde fora dos muros hospitalares; Representante da BRADOPTA (Governo da Catalunha) para adoção internacional no Estado do Rio de Janeiro.

O presente artigo tem a sua origem no projeto de tese , ainda em elaboração, para o doutoramento em Psicologia Social da Universidade de Barcelona . No entanto, é importante que as reflexões e preocupações sejam compartilhadas com outros ao longo do caminho.

Este trabalho pretende analisar a Reforma Psiquiátrica no Brasil desde 1986, ocasião de implementação do Sistema Único de Saúde (doravante SUS), até os dias atuais. Partirá do princípio de que tal Reforma percorreu um longo caminho em que se constituíram as bases para a reorientação da assistência psiquiátrica, mas procurará refletir sobre se esta efetivamente constituiu uma reversão do modelo assistencial hegemônico, e se há condições estruturais para que se viabilize como política pública. A escolha desse período se deve ao fato de ter havido um intenso debate político que propiciou a tramitação dos projetos de lei para implementação mais ampla da política de saúde e, em especial, para o que viria a favorecer a Reforma Psiquiátrica.

Antecedentes da Reforma Psiquiátrica:

Poderíamos dizer que a Reforma Psiquiátrica iniciou seu percurso na década de 70, durante a ditadura militar, época em que a medicalização era o modelo básico de intervenção. O poder centralizador do hospital psiquiátrico e o elevado índice de internações passaram a ser consideradas as causas estruturais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos. A forte recessão, derivada da política econômica que obedecia a grupos de pressão internacionais, tinha como consequência a precariedade do trabalho, a acelerada baixa da renda familiar e o índice alarmante de miséria absoluta, o que exigia maior atenção da saúde. Paralelamente, percebia-se a falta de recursos especialmente no aparato dos serviços sanitários onde havia ainda, o clientelismo na esfera pública, o investimento da rede privada – favorecendo o desmonte da *coisa pública* – e o pouco interesse do poder legislativo em valorizar as políticas sociais. Todos esses são fatores que contribuíram para a ineficácia e a não resolução dos serviços, como comenta Merhy (1997:125):

Inumeráveis são os exemplos que apresentam a desumanização dos serviços com relação à clientela, a falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos

usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; a intensa desigualdade na atenção dos diferentes extratos econômicos-sociais e o privilégio dos cidadãos que podem pagar preços altos por serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor. (Merhy, 1997, p.125)

Neste contexto configurava-se a crise do setor saúde com graves conseqüências para a saúde mental. O hospital psiquiátrico passa a ser a resposta de intolerância social com aqueles que não podem administrar sua enfermidade por meios próprios, ou seja, a população de maior precariedade econômica e social. Nestes casos o diagnóstico muitas vezes é apenas a grande oportunidade para legitimar a exclusão social. Neste sentido nos revela Sánchez (1999:69):

Ao segregar o outro como distinto e estranho (outsider), a exclusão moral se constitui em um processo marginal básico tanto para construir os problemas sociais como para impedir sua solução social. (Sánchez, 1999, p.69).

O início da Reforma é paralelo às necessidades de mudanças no panorama econômico, político e cultural do país. Ocorreu, pois, no contexto de reivindicações de mudanças políticas concretas e se desenvolveu no campo da luta dos movimentos sociais, na conjunção da sociedade civil e do Estado, ante o fortalecimento da sociedade civil que Gramsci chamou de “*a hegemonia política e cultural de um grupo cultural sobre toda a sociedade, como conteúdo ético do Estado*” (citado por Bobbio, 1999:56). Portanto, pode-se dizer que a Reforma segue passo a passo o processo de redemocratização do país.

O sistema de financiamento do setor sanitário na década de 70 revelava a estrutura perversa da gestão administrativa e a irresponsabilidade do Estado frente à proteção social, com a finalidade de cumprir as exigências de grupos financeiros internacionais. Isto levava o governo a ampliar o espaço do setor privado para a oferta de serviços de capital lucrativo, tal como expressava a orientação do Banco Mundial:

... segundo o qual a atuação do Estado deve ser dirigida a garantir um pacote mínimo de serviços essenciais dirigidos aos comprovadamente mais pobres, corresponde ao setor privado oferecer outras classes de serviços de maior rendimento. (citado por Cerqueira, 1999, p. 34).

Percebe-se assim a retração do papel do Estado em relação à proteção social de toda a população, o que é visível na proposta de uma ordem política baseada na desigualdade e na exclusão de direitos como o acesso à distribuição da riqueza e aos bens públicos.

Crescia a inconformidade social com o sistema de saúde. Em 1971, o Instituto Nacional de Previdência Social - INAMPS gastava 95% do fundo de saúde mental com 269 hospitais da rede privada e em 1981 com 357. É a partir daí que se tornam inadiáveis as discussões que permitiriam a reorganização do setor, que passa a entender as práticas de saúde como práticas sociais articuladas segundo fatores econômicos, políticos e ideológicos.

Com essa preocupação, em 1976 é criado o CEBES (Centro de Estudos Brasileiro de Saúde), organizado por sanitaristas e intelectuais que, através do meio acadêmico, começam a manifestar o ideário da Reforma Sanitária. Nesse período, técnicos mais visionários do Ministério do Bem Estar Social, influenciados pelo modelo de Psiquiatria Comunitária Americana, começaram a propor mudanças no modelo assistencial. Este, assim, passa do modelo clássico, de atenção à doença já constituída, ao preventivista, implicando na criação de alternativas extra-hospitalares como as oficinas terapêuticas, hospitais-dia, programas de atenção primária, entre outros¹. No entanto, essa proposta não cumpriu seu objetivo, porque se centrou exclusivamente na ampliação da rede ambulatorial sendo pouco significativa a redução das internações. Em 1975, verificava-se que 13% das consultas resultavam em internações, enquanto a Organização Mundial de Saúde estimava o limite em 3%. Outro fato relevante é que tampouco se evitava a cronificação e o *hospitalismo*², já que em 1980 a porcentagem de reinternações chegava a 65% (Santos, 1994).

Em 1986 organizava-se a 8ª Conferência Nacional da Saúde. A intenção era promover a saúde tomando por base a melhoria da qualidade de vida através de vários fatores como educação, moradia, alimentação, bem como o direito à liberdade e

¹ “O preventivismo, sob inspiração dos princípios de Psiquiatria de G. Caplan em 1960, apresenta três ordens prioritárias : 1. aquelas destinadas a reduzir(e não curar), numa comunidade, os transtornos mentais, promovendo a “sanidade mental” dos grupos sociais (prevenção primária) 2. aquelas cujo objetivo é encurtar a duração dos transtornos mentais, identificando-os tratando-os precocemente (prevenção secundária); e 3. aquelas cujas finalidades é minimizar a deterioração que resulta dos transtornos mentais (Prevenção Terciária)” (Lancetti, 1989 citado por Amarante 1992:105)

² - Cronificação e hospitalismo são os sintomas adquiridos nas dependências hospitalares: levado pela necessidade de sobreviver, o paciente se adapta ao ambiente hospitalar alienante, recusando a possibilidade de viver fora da internação.

cabendo ao Estado o papel de facilitador dessas condições reivindicando-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a separação do Ministério da Saúde da Previdência Social. Esse sistema estabelece as diretrizes que permitirão construir as bases necessárias de uma reforma sanitária e psiquiátrica gerando, de maneira objetiva, a reformulação do setor de saúde com propostas efetivas de redefinição das políticas sociais. O lema defendido é “*a saúde como um direito de todos*” e são adotados os seguintes princípios básicos:

- a) A **universalidade**, que permite à população o acesso, sem restrições, aos serviços e ações de saúde;
- b) A **descentralização** do sistema e a **hierarquização** das unidades de atenção à saúde, o que propicia a fragmentação de responsabilidade entre níveis de governo, além de romper com a concepção de territórios burocráticos das instâncias federativas;
- c) A **participação e o controle da população na reorganização do serviço**.

São criadas instâncias de controle colegiadas com a função de se sobrepor à ordem burocrática, criando uma cultura de participação dos setores populares, para a qual é necessário o conhecimento do direito social (Fernandes, 1996). Esse princípio aponta claramente a qualidade de uma democracia participativa: as decisões se democratizam quando os usuários de saúde têm acesso às informações e direito a expressar suas opiniões em defesa do interesse coletivo, tornando-se sujeitos ativos na construção de políticas sociais, sobretudo as de saúde.

A 8ª Conferência continuou seu trabalho mediante comissões compostas paritariamente por entidades do governo e segmentos da sociedade civil, como partidos políticos de esquerda, entidades representativas do movimento popular em saúde, movimentos sindicais, representantes do movimento sanitário e da Academia, além de entidades de cada Estado e Municípios favoráveis à Reforma.

Com a aprovação de um conjunto de leis referentes à saúde na Assembléia Constituinte de 1988, foi possível caracterizar a saúde como direito universal. A Lei Federal nº 8080 criou os Sistemas Únicos de Saúde, estabelecendo uma política para o setor privado que obedecesse as normas do Poder Público.

O Sistema Único de Saúde e a Política de Saúde Mental:

Sem dúvida, a criação do SUS propiciou mecanismos de financiamento que ofereceram incentivos para a adesão dos municípios ao SUS; o que se deu proporcionalmente: em 1993, 26% haviam se habilitado; em 1996, chegava-se a 72% e em 2000 tínhamos a quase totalidade, 98,96%. (Cota, Silvia e Ribeiro, 1999, citado por Perissinoto e Fucks, 2002). A 8ª Conferência de Saúde é uma resposta à ausência de políticas sociais no país voltada à Saúde com efeitos na política de Saúde Mental. O impacto dessa conferência tem sua raiz na participação de integrantes de vários setores e segmentos sociais, ampliando os espaços de participação e incluindo, na Agenda do Estado, propostas que remodelaram o campo social. Isto significa que o fundamento técnico e ideológico na construção de novas formas de políticas públicas ressaltava a importância da conjunção Estado/Sociedade.

A 8ª Conferência estabelece também as bases para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987. Apresentam-se denúncias sobre a violência e os maus tratos a que estão expostos os internos dos hospitais psiquiátricos. Exige-se a Reforma Psiquiátrica. A partir dessas duas conferências e da criação do SUS vêm à luz fatos importantes para a história da Reforma Psiquiátrica:

- Santos³ é um dos primeiros municípios a aderir ao SUS e em 1989 propõe a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em função de denúncias de maus tratos. Uma comissão de reorientação da assistência foi criada, construindo uma rede alternativa de atenção até que se pôde fechar o hospital.
- Em 1990, a Organização Panamericana de Saúde promove a Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, da qual resultou a Declaração de Caracas, em que se destaca:

1- “A revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

³ Cidade de 400.000 habitantes no litoral do Estado de São Paulo.

- 2 - *A preservação da dignidade pessoal e os direitos humanos e civis nos recursos oferecidos;*
- 3 - *A oferta de serviços que garantissem a manutenção do paciente no meio comunitário; e*
- 4 - *A internação quando fosse necessário em um hospital geral “.* (OPAS, 1992).

Em decorrência disso, pelo menos no caso brasileiro, novas diretrizes são estabelecidas e o Ministério da Saúde cria ações como:

- “1. *Mudar o financiamento da área de Saúde Mental na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde;*
2. *Constituir um conselho permanente composto por Coordenadores / Assessores Estaduais de Saúde Mental para gerir articuladamente o processo de mudança;*
3. *Pactuar com a sociedade o processo de mudança convocando a Conferência Nacional de Saúde Mental;*
4. *Assessorar o Parlamento com vistas a alterar a legislação psiquiátrica;*
5. *Incrementar as relações de Intercâmbio Internacional assessorados pela OPAS e OMS (Alves, 1996:3).*

A Reforma Psiquiátrica: Uma Proposta Sócio-Política?

Apesar de já delineada como um movimento que reivindica mudanças na política de saúde, só em 1992 a Reforma Psiquiátrica ganha características mais definidas no campo sócio-político. Isto se faz evidente durante a 2ª Conferência, quando há uma grande representação dos usuários de serviços em saúde mental questionando o saber psiquiátrico e o dispositivo tecnicista frente a uma realidade que só eles conhecem e pedindo o fim do manicômio através da criação de equipamentos e

recursos não manicomial, tais como: centro de atenção diária⁴, residências terapêuticas⁵, e cooperativas de trabalho⁶ na rede pública de assistência à saúde.

A participação dos usuários constituída como base organizada e integrada em diversos movimentos sociais é corretamente descrita por Desviat:

(...) O total de participantes – profissionais, políticos, associações de usuários e familiares de pacientes e de movimentos sociais da área de saúde mental vindos de todos os cantos deste imenso País – havia sido superior a 1.500 pessoas. Muitos partiram sem mais delongas, já que os motoristas dos ônibus estavam cansados da longa espera e temiam o retorno que poderia durar até 35 horas. Mas aqueles momentos de júbilo puseram fim ao encontro e inauguraram um caminho de esperança, de participação democrática no futuro da atenção psiquiátrica brasileira e talvez da América Latina. (Desviat, 1999, p.143)

É inquestionável que neste cenário se gera um instrumento de transformações importantes para a construção efetiva da Reforma Psiquiátrica. Nessa conferência se caracteriza a participação dos pacientes e de seus familiares, reconhecidos como integrantes da sociedade civil e exigindo junto ao poder público o fim da prática assistencial excludente, como uma revisão de práticas, valores e discursos que apontam um conceito de cidadania tal como conceituado por Marshal (*citado por* Vicherat, 2001) a conquista de direitos à liberdade (**direitos civis**), de participação na vida pública (**direitos políticos**) e à melhor qualidade de vida (**direitos sociais**).

Entende-se a Reforma Psiquiátrica como uma prática democrática, uma vez que a democracia se constrói quando se ampliam os canais de participação e se distribuem as forças entre classes e sociedade civil em favor do bem comum, dotando o político de significado. Portanto, a Reforma Psiquiátrica se torna democrática ao definir como campo de atuação o espaço público, atribuindo-se uma categoria política e social principalmente por levar o coletivo à discussão sobre os conflitos de sua cotidianidade.

O movimento da Reforma Psiquiátrica assume assim, a partir de 1992, o desafio para expressar a ética em todos os domínios da vida, um desafio para a construção de uma democracia real que tem na participação (interesse, valores e

⁴ Unidades de Saúde extra-hospitalares, cuja referência é a atenção à clínica da psicose e das neuroses graves com oficinas de trabalho criativas, ambulatório e ações de inserção comunitária, funcionando num período integral ou parcial, com a finalidade de evitar novas internações.

⁵ Unidade residencial extra-hospitalar para acolher até 8 pacientes impossibilitados de viver em um núcleo familiar.

⁶ “Associação de pessoas que têm os mesmos direitos sobre a atividade coletiva de que participam” (Singer, 2005:19), criando oferta de trabalho (artesanal, alimentícia etc.) propiciando a inclusão social.

opiniões) a força do coletivo como instrumento de referência nas diversas instâncias que compõem o público.

A partir das reformulações propostas pela 2ª conferência se sucedem três momentos importantes na Reforma:

1º - A fragmentação de grandes hospitais públicos em unidades autônomas com pluralidade de ofertas terapêuticas. No Rio de Janeiro, os velhos pavilhões dos três grandes hospitais federais (Colônia Juliano Moreira, Centro Psiquiátrico Pedro II e Hospital Philippe Pinel) transformam-se em centros comunitários, hospitais-dia, clubes de lazer, etc;

2º - Com a implantação de serviços que substituem os manicômios surgem unidades de serviços extra-hospitalares com investimento em ações de sociabilidade e de desenvolvimento de potencialidades. Desse modo, é implantada uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço de atenção diária, com oferta de atenção ambulatorial e expressão criativa;

3º - A preocupação com a questão de moradia leva à criação de residências terapêuticas.

O primeiro momento, embora trazendo modificações e técnicas humanizadoras, não suplantou a lógica manicomial - não suplantou a distância da sociedade e da cultura que impõe a seus pacientes. O hospital psiquiátrico, mesmo humanizado, é excludente e mantém ainda características de uma instituição total.⁷

No segundo momento a ruptura é mais clara. Os novos serviços se distinguem radicalmente da atenção prestada nos hospitais psiquiátricos. Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), como dispositivos de bairros, situados dentro do percurso cotidiano de seus pacientes, exigem a instituição de uma nova prática que engloba, no mesmo olhar, o ético, o técnico e o político. Antigas práticas hospitalares, como as oficinas terapêuticas, ganham agora novos significados. Surgem as cooperativas sociais como forma de construção real e oferta de trabalho para aqueles que, no mundo capitalista, supostamente racional e metódico é negada a oportunidade, pelo preconceito contra a doença mental. O próprio lazer passa a ser questionado, deixando

⁷ Para Goffman (2003), toda Instituição tem tendência ao “fechamento”. O que se verifica é que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo. A tais estabelecimentos ele nomeia como Instituições Totais, incluindo os hospitais psiquiátricos entre elas.

de ser simplesmente atividade para preencher o tempo, como nos antigos hospitais psiquiátricos, passando a ser visto como uma instância social na promoção da qualidade de vida.

Houve uma expansão dos novos serviços entre os anos de 1997 e 2003. Em 1997 havia 176 CAPS⁸ no país e em 2003 já se alcançava o número de 516 CAPS (Alves e Valentin, 2003).

Com a finalidade de atender às demandas sociais, os novos serviços passam a incorporar ações mais complexas. Em 1996, o Programa de Saúde Mental de Angra dos Reis⁹ cria o projeto “De Volta Para Casa”, que tem por objetivo fazer voltar às suas comunidades de origem aquelas pessoas com transtornos psíquicos ainda internadas em hospitais psiquiátricos. Para isso, a Prefeitura criou políticas sociais que dessem conta da alimentação, reconstrução das moradias precárias e da assistência à saúde. Dessa forma houve o retorno para o núcleo familiar dos pacientes que estavam fora do município. Em decorrência deste trabalho pioneiro em Angra dos Reis, o Governo Federal criou, em 2003, a lei 10.708, intitulada “De Volta Para Casa”, para beneficiar pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos.

Com relação ao terceiro ponto, a fragmentação dos hospitais federais e a criação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) mostraram que a questão da moradia é um dos motivos principais da ocupação dos hospitais psiquiátricos. Faz-se necessário demonstrar à sociedade civil e ao Estado que muitos pacientes internados em hospitais psiquiátricos poderiam viver em pequenas moradias, conviver em harmonia com a vizinhança, a um custo menor para o governo. Nasce dessa forma as residências terapêuticas em vários Estados. Em fevereiro de 2000, o Governo Federal cria a Portaria 106 instituindo as residências terapêuticas com o objetivo de reformular o modelo de assistência em saúde mental, dando relevo à inserção social do paciente.

A organização dos serviços não manicomial, sobretudo a das residências terapêuticas, supõe uma vivência desafiante na reconstrução da assistência psiquiátrica e seu planejamento. É a construção da noção de *território*, que deve ser entendida como recurso terapêutico, como referência na construção de relações sociais. Como diz o geógrafo Santos:

⁸ Datasus/Tabnet/Rede Ambulatorial do SUS

⁹ Cidade de 100.000 habitantes situada no litoral Sul do Estado do Rio de Janeiro.

um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social: um conjunto indissociável em que participam, de um lado, certos adereços de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais e, de outro lado, a vida que os leva e os anima, ou seja, a sociedade em movimento. (Santos, 1991, p.18).

O conceito de Santos valoriza o território como espaço de articulação entre atores e processos sociais.

Assim nasce um novo conceito em saúde mental, enfatizando o território como instrumento de reabilitação. Entende-se que as ações técnico-políticas exercidas durante o processo de reabilitação psicossocial devem envolver a participação da comunidade, serem utilizadas como canais de interlocução, implicando na participação popular na organização de novos serviços, participação de profissionais e usuários-pacientes em conselhos de saúde, associação de moradores etc.

A Reforma Psiquiátrica exige que as residências terapêuticas se desenvolvam através de atividades que permitam maior trânsito dos moradores pela cidade. Dessa forma, a comunidade e a cidade se tornam protagonistas do processo de reabilitação e de construção da rede social como característica importante na mudança da vida cotidiana dos pacientes. Neste sentido, Pinheiro (2001) aponta que:

Por cotidianidade se entende o locus onde se expressam não somente as experiências de vida, a perspectiva individual que o termo pode conter, mas contextos de relações distintas que envolvem tanto as pessoas, como a coletividade e as instituições em espaços e tempos determinados. (Pinheiro, 2001, p.65)

Deste modo se estabelecem mudanças; se tece uma rede de relações e se cria uma osmose entre o *dentro e o fora* da casa. Esta relação de aproximação constante entre pessoas (usuários, vizinhos, profissionais) e espaços vividos como algo de ordem natural da existência permite que as crises típicas de transtornos psíquicos sejam melhor toleradas, identificando outra maneira de cuidar sem interromper o fluxo com a vida.

De acordo com o Informativo da Saúde Mental¹⁰ no Brasil ainda existiam, em 2001, 270 hospitais psiquiátricos e 52.286 leitos. Por outro lado, até 2005 foram

¹⁰ Ano IV, nº 18 (01/01/2005 – 17/05/2005)

criados, 625 CAPS e 286 serviços residenciais. O impacto desses serviços promoveu debate nacional a respeito da extinção progressiva dos manicômios, dando lugar à aprovação da lei federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, instituindo a reorientação do modelo assistencial e o controle da internação psiquiátrica compulsória.

Em dezembro de 2001, 8 meses depois da aprovação da lei, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental com o tema “Cuidar sim. Excluir não!” com 1500 participantes. Esta conferência potencializou politicamente os agentes da Reforma. Não se aprovou nenhuma recomendação que não fosse coerente com a nova lei antimanicomial e se constatou que tampouco ocorreu a abertura de novos hospitais psiquiátricos (Alves e Valentin, 2003). Aparece claramente o vínculo entre Saúde Mental com os processos sociais e a gestão global da saúde pública. Como já mencionado anteriormente, apesar da Reforma Psiquiátrica ter tido uma trajetória em que se construíram as bases para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, é necessário que se reflita sobre uma efetiva reversão do modelo assistencial hegemônico. Surgem daí as seguintes interrogações:

Os serviços que mantêm contato direto com a população multiplicaram atores para intensificar ações comunitárias e mudar os valores sociais? Também os novos profissionais valorizam as técnicas centradas na reabilitação psicossocial? Quanto aos modelos de financiamento, eles são compatíveis com a proposta de reestruturação da assistência psiquiátrica? Além disso, estão sendo criados mecanismos governamentais adequados à implantação de políticas sociais inovadoras, capazes de diminuir as desigualdades sociais e contribuir para o desenvolvimento humano? O controle social, sem dúvida, é a expressão da sociedade no espaço político, fortalecendo a democratização do Setor Saúde mas: O controle social está devidamente capacitado para o necessário acompanhamento da implantação das políticas públicas?

Apesar das incertezas quanto a sustentabilidade plena da Reforma Psiquiátrica viabilizada como transformação cultural e política, todas as dúvidas se entrecruzam e convergem para uma verdade: O caminho percorrido pela Reforma é irreversível e aponta uma nova ordem para reconstrução de identidades políticas e sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALVES, D. *A reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil*. Apresentação em Simpósio no dia 23 de abril de 1996 no V Congresso da Associação Mundial de Saúde Mental. Roterdan, Holanda.

ALVES y VALENTIN, W. (2003) *Política de Saúde Mental no Brasil*. EN P. Morral y M. Hazelton (eds). *Mental health: global policies and human rights*. (pp. 26 -41). London: Whurr Publishers.

-AMARANTE, P. A. (1992). *Trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial*. Citado em Kalil, M. E. X. (org.) *Saúde Mental e Cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. São Paulo: Hucitec; Cooperação Italiana em Saúde.

BOBBIO, N. (1999). *Ensaio sobre Gramsci e o conceito de Sociedade Civil*. São Paulo: Paz e Terra.

CERQUEIRA, M. (1999). *A política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro*. Tese para obter o grau de Doutora pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DESVIAT, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Editorial FIOCRUZ.

FERNANDES, V. (1996). *Implantação do Sistema Único de Saúde em Angra dos Reis: a saúde vista como produção de vida*. Caderno IPUB. *As políticas no Município de Angra dos Reis*, (4), 24.

GOFFMAN, E. (2003) *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.

MERHY, E. (1997). *O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)*. IN S. Fleury. (Comps), *Saúde e Democracia a Luta do CEBES* (pp. 125-141). Rio de Janeiro: Lemos.

Organização Panamericana da Saúde (OPAS). *Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina*. Boletim Informativo, 3. Washington, D.C., 1992.

PERISSINOTO, R. e FUCKS, M. (2002). *Democracia, Teoria e Prática*. Rio de Janeiro. Relume Dumará.

PINHEIRO, R. (2001). *As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de Saúde um campo de estudo e construção da integralidade*. EN R, Pinheiro y R. Araújo. (comps). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. (pp. 65 – 112). **Rio de Janeiro:** UERJ, IMS: Abrasco.

SÁNCHEZ, A. (1999). *Ética de la intervención Social*. Barcelona: PAIDOS.

SANTOS, M. (1991). *Metamorfose do espaço habitado*. São Paulo, Brasil. Hucitec.

SANTOS, N. (1994). *Do hospício à Comunidade: Política Pública de Santa Catarina*. Santa Catarina: Letras Contemporâneas.

SINGER, Paul. (2005). *Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho*. **Ed. MS.** Brasília.

VICHERAT, D. (2001). *Sociedad civil y desarrollo: hacia la materialización de la libertad*

THE PSYCHIATRIC REFORMATION IN BRAZIL: AN ANALYSIS SOCIAL POLITICS.

ABSTRACT

This work intends to analyze the Psychiatric Reform in Brazil since 1986, occasion of implementation of the Only System of Health (SUS), until the current days. The Reform covered a long way where had constituted the bases for the reorientation of the psychiatric assistance. This work will look for to reflect if it effectively constituted a reversion of the hegemonic assistencial model, and if has structural conditions to be recognized as public polices.

Key Words: Psychiatric Reform, Public Polices, Citizenship.

LA RÉFORME PSYCHIATRIQUE AU BRÉSIL: UNE POLITIQUE D'ASSOCIÉ D'ANALYSE.

RESUMÈ

Ce travail prévoit pour analyser la réforme psychiatrique au Brésil depuis 1986, occasion de l'exécution du seul système de la santé (doravante SUS), jusqu'aux jours courants. Le principe de ce congrès de volonté d'une telle réforme a couvert un long chemin où si elles avaient constitué les bases pour la réorientation de l'aide psychiatrique, mais rechercheront pour refléter dessus si elle constituait efficacement un retour du modèle assistencial hegemonic, et si elle a des conditions structurales de sorte qu'il puisse rendre possible lui-même en tant que politique publique