

POLÍTICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A EXCLUSÃO/INCLUSÃO SOCIAL COMO INTENÇÃO E GESTO

HEALTH AND MENTAL HEALTH POLICIES IN BRAZIL: SOCIAL EXCLUSION/INCLUSION AS AN INTENTION AND ACTION

POLÍTICAS DE SALUD Y DE SALUD MENTAL EN BRASIL: LA EXCLUSIÓN/INCLUSIÓN SOCIAL COMO INTENCIÓN Y GESTO

Ana Tereza de M. C. da Silva*

Sônia Barros**

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira***

Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(1): 4-9.

RESUMO

Trata-se de um ensaio que focaliza as políticas de saúde mental como política de saúde no âmbito das políticas sociais no Brasil. Busca refletir as articulações entre sociedade/Estado/saúde no plano político estrutural e político específico, por meio do resgate histórico das referidas políticas, identificando as características e os problemas de cada momento. Conclui que há na atualidade, um embate entre duas estratégias de assistência psiquiátrica: a do modelo hegemônico, hospitalocêntrico, que seqüestra vidas, mutila corpos e mentes e mercantiliza a saúde, e a do modelo contra-hegemônico, que busca a ruptura pela crítica àquela lógica, para produzir a tolerância para com a diferença, na sociedade brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde. Saúde Mental. Política social. Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

This study emphasizes the specific characteristics of the mental health as a health policy in the social political field, in Brazil. The objective of this study is to analyze on the Society/State/Health articulations between the structural policies and the specific politic program by means of the historical rescue of these policies, identifying the characteristics and problems at each moment. Presently, an impact between the two strategies of the psychiatric assistance is observed: the hegemonic, hospital centered model which abducts lives, mutilate bodies and minds and trade the Health and, that one, against to the predominant model, searching the rupture by criticizing the Brazilian society.

KEYWORDS: Health policy. Mental health. Public policy. Psychiatric nursing.

RESUMEN

Este es un ensayo que enfoca las políticas de salud mental como política de salud en el ámbito de las políticas sociales en Brasil. Busca reflexionar las articulaciones entre Sociedad/Estado/Salud, en el plano político estructural y político específico, por medio del rescate histórico de las referidas políticas, identificando las características y los problemas de cada momento. Concluyese que existe hoy día, un embate entre dos estrategias de asistencia psiquiátrica: la del modelo hegemónico, hospitalocéntrico que secuestra vidas, mutila cuerpos y mentes y mercantiliza la salud; la del modelo contra-hegemónico que busca la ruptura por la crítica a aquella lógica para producir la tolerancia para con la diferencia, en la sociedad brasileña.

PALABRAS -CLAVE: Política de salud. Salud mental- Política social. Enfermería psiquiátrica.

* Enfermeira, Professor Adjunto do DESPP/UFPB, Doutoranda da EE/USP. (cesar-ana@uol-com-br)

** Enfermeira, Professor Doutor da EE/USP. (sobarros@usp.br)

*** Enfermeira, Professor Doutor da EE/USP. (marciaap@usp.br)

INTRODUÇÃO

Este ensaio focaliza as políticas de saúde mental no âmbito das políticas de saúde, integradas no universo das políticas sociais do Estado brasileiro. Na perspectiva teórico-filosófica do materialismo histórico e dialético, põe em evidência as articulações entre sociedade/Estado/saúde - plano macro - e as mediações das políticas sociais que pretendem ao mesmo tempo, manter o poder hegemônico e, por outro lado, responder às reivindicações das classes dominadas - plano micro.

O interesse por este tema decorre do fato de estarmos vivenciando a ampliação do espaço legal de conquistas sociais no campo da saúde mental em virtude da recente aprovação da Lei 10.216* que redireciona o modelo da assistência psiquiátrica no país. Outrossim, a complexidade, das políticas públicas de saúde quanto das questões psiquiátricas requer, para sua compreensão, articulações com os contextos histórico, social, econômico, cultural, entre outros, em virtude de suas interseções e interfaces com essas diversas áreas.

Neste trabalho considera-se que é no movimento de valorização e acumulação do capital que se definem as visões de mundo, as lutas pelo poder, pela apropriação e distribuição das riquezas, como também é, sobretudo, no plano das intenções, que as políticas sociais têm sido apresentadas para enfrentar as contradições produzidas pelo capitalismo.

Todavia, as políticas sociais são compreendidas como um conjunto de intenções e gestos que expressam as contradições existentes entre o capital e o trabalho).

Dentro desta visão, o significado das políticas sociais deve ser apreendido historicamente, tanto nas condições objetivas do mundo do capital, quanto nas lutas sociais daqueles que vivem do mundo do trabalho, pois os desdobramentos para a efetivação dessas políticas têm como pano de fundo, as crises do capitalismo. Como respostas às crises, são propostas mudanças nas políticas sociais, entre as quais, as políticas de saúde incluindo as de saúde mental. Quando estas propostas estreitam os limites dos espaços sociais já conquistados por aqueles que vivem do mundo do trabalho, entram em cena os movimentos sociais, buscando o restabelecimento do processo democrático.

Neste enfoque, as políticas sociais são mecanismos historicamente determinados para produzir e reproduzir a força de trabalho. São também instrumentos de legitimação da classe dominante, em virtude da sociedade capitalista ter estabelecido seu contrato social entre indivíduos desigualmente posicionados na estrutura de produção. Portanto, as

políticas sociais resultam de interesses específicos e contraditórios que se alteram nos diferentes momentos históricos⁽¹⁾.

Abranches⁽²⁾, analisa Política Social por dois ângulos: um articulado ao plano político-estrutural do Estado capitalista tradicional e o outro articulado ao plano político-específico das diferentes Políticas Sociais. O primeiro seria o instrumento de regulação política que se ocupa das condições para o funcionamento do trabalho assalariado e, o segundo, teria a função de regular a participação dos trabalhadores no mercado de trabalho, promovendo, portanto, o processo de Inclusão/Exclusão social.

As Políticas de Saúde, no enfoque integrado dos dois planos (político-estrutural e o político-específico), operam regulando o mercado e a força de trabalho quando regulamentam e reconhecem as condições de saúde/doença para o trabalho e determina outras variáveis como faixa etária para o trabalho, para a aposentadoria, para o direito a benefícios, ou seja: reagem às exigências estruturais do Estado e lhe confere importância no plano singular das Políticas Sociais.

Na perspectiva do Materialismo Histórico Dialético, uma das contradições que constitui o principal problema das relações sociais do capitalismo, ocorre primeiro na esfera da produção de mercadorias, pela extração da mais-valia dos trabalhadores (os proprietários dos meios de produção desejam obter dos trabalhadores a maior produção, no menor tempo em detrimento do desgaste da força-de-trabalho). A segunda contradição ocorre na esfera da circulação das mercadorias no mercado, quando, segundo Testa⁽³⁾, a contradição acontece duplamente: entre as diferentes classes sociais e interclasses. Para enfrentar essas contradições, o Estado capitalista apresenta-se para sintetizar a totalidade dos interesses individuais, familiares, públicos e privados por meio das Políticas Sociais.

Para Abranches⁽²⁾, não há uma definição de Política Social que contemple a complexidade do significado que o termo envolve. Todavia, Santos citado por Abranches⁽²⁾ a conceitua como a tradução de interesses do Estado para assegurar a reprodução das relações sociais, com base na divisão da sociedade em classes sociais. Ambos colocam a Política Social como um conjunto de medidas que o Estado recorre para minimizar os conflitos entre as classes sociais, produzidos pelo sistema capitalista; para compensar os custos sociais; o mal-estar e os efeitos perversos das ações para a acumulação. As políticas sociais buscam minimizar efeitos de outras Políticas governamentais, indispensáveis à lógica da acumulação capitalista.

* Lei 10.216 aprovada pelo Senado Federal em 27/3/01 e sancionada pelo Presidente da República em 06/044/01, <http://psiconet.com/brasil/leyes/leisaludmental.htm>.

Contudo, as transformações sócio-econômicas que vêm ocorrendo no mundo capitalista nas últimas décadas, conhecidas como globalização, condensam os conflitos e o Estado emerge como agente administrador da bipolaridade dominante x dominado devendo assegurar reformulações políticas. Estas têm favorecido o neoliberalismo e ampliado as desigualdades sociais. O fenômeno da globalização decorre das transformações no modelo econômico capitalista tradicional da economia de mercado, com base no trabalho para a exploração da mais-valia. Neste, o Estado passa ser o agente econômico regulador do mercado e destina parte da tributação para prover investimentos sociais, o que caracteriza o Estado de Bem Estar Social⁽⁴⁾

Esta política foi inaugurada pelos países ricos do hemisfério norte, depois da Segunda Guerra Mundial. Contudo, com a crise da economia capitalista nos anos 70, quando as empresas não conseguiram os lucros desejados, houve diminuição das taxas de crescimento econômico e aumento da inflação. Tal fenômeno passou a ser atribuído aos encargos sociais do Estado de Bem Estar Social, que promoveria "aumentos de salários, espaço para o poder excessivo dos sindicatos, diminuição do exército de reserva industrial, etc"⁽⁵⁾.

Apoiados nessas críticas, os grupos dominantes passaram a propor o corte drástico dos encargos sociais; a organização de um Estado Mínimo, identificado com a estabilidade monetária e que promovesse incentivo aos investimentos privados; redução dos impostos sobre o capital e seu aumento sobre a renda individual, o comércio e o consumo; projetos de privatização e a abolição do controle estatal sobre investimentos financeiros. Caracterizava-se o projeto da globalização da economia, orientado pela ideologia neoliberal⁽⁴⁾

O poder financeiro do novo sistema passou a determinar as políticas de Estado, principalmente nos países do Terceiro Mundo, que adotaram a fragmentação da produção das mercadorias, fazendo desaparecer os referenciais materiais que caracterizam a classe operária como classe social. Em consequência, os direitos sociais tendem a desaparecer, porque esses direitos, como a saúde, por exemplo, converte-se em serviços privados regulados pelo mercado, como uma mercadoria, que compra quem tem recursos financeiros. Há o desaquecimento das políticas de Bem Estar Social, quando o Estado desloca seu eixo de atuação na regulamentação da economia, privilegiando o interesse individual e privado.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Como processo social, as políticas de saúde revestem-se de grande complexidade na sua trajetória e as propostas de reforma dessas políticas encontram um processo lento e entrelaçado por uma diversidade de interesses e conseqüentes avanços e recuos, em virtude das diferentes forças que se apresentam em cada conjuntura e dos vários projetos diversificados para superar a lógica perversa do capitalismo.

O surgimento do capitalismo no Brasil permitiu a apropriação da loucura pela medicina, a exemplo do que já havia ocorrido na Europa⁽⁶⁾ determinando a maneira como a sociedade ocidental deveria relacionar-se com a loucura. No enfoque do modelo clínico - biológico hegemônico, a psiquiatria considerou a loucura uma doença mental. Definiu-a como um processo orgânico que se efetiva a partir de distúrbios fisiológicos e designou o asilo como lugar da verdade médica sobre a doença mental, no qual as funções terapêuticas e político-administrativas mais adquirem concretude. Tomou como objeto de estudo "a doença" e o objetivo sua "cura". Todavia, não tem conseguido na prática, confirmar os argumentos: doença mental/ intervenção médica/ cura⁽⁵⁾.

Essa interpretação fez prevalecer à dominação política sobre o corpo-biológico, para atender às necessidades econômicas da época. Para conservar e reproduzir essa lógica, o Brasil, desde a época do capitalismo emergente, fins do século XIX, instituiu mecanismos de Exclusão/Inclusão que se reproduzem até os dias atuais, por meio de Políticas Sociais, que pretendem atender algumas reivindicações da classe trabalhadora e excluí-la da propriedade dos meios de produção e do poder.

No Brasil Colônia, a loucura não representava uma ameaça à sociedade, porque o país experimentava o regime escravocrata, no qual a força-de-trabalho escrava era reconhecidamente uma mercadoria, com valor de uso e de troca aceitos pelos códigos sociais da época. Portanto, a loucura, quando afetava os ricos, era tratada na Europa, e os loucos pobres estavam diluídos na vastidão do território nacional⁽⁸⁾. Os autores acrescentam que a literatura da época não se refere à loucura como doença. Cita Guimarães Rosa que alude a personagens "esquisitões" sem nenhuma demonstração de reconhecimento social da "esquisitice" como patologia.

6 Foucault, 1978. Estuda a interpretação que o mundo ocidental tem feito sobre a loucura desde a idade clássica.

Contudo, no século XIX teve início o processo de urbanização das cidades, sobretudo a do Rio de Janeiro. As epidemias da época atrapalhavam os interesses políticos e econômicos dos latifundiários do café e do comércio exportador. Assim, configurava-se a determinação social para o "saneamento" que interdita o livre trânsito dos doentes, mendigos, vadios e loucos. Essa indicação social motiva o surgimento da primeira instituição psiquiátrica no Brasil – 1852 – Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro⁽⁹⁾.

Não se trata ainda de uma Política de Saúde Mental, porque a questão social como uma preocupação central do Estado, só se confirma a partir do século XX. A psiquiatria do século XIX cabia recolher e excluir. No século seguinte, além da remoção e exclusão, havia uma indicação clínica, o tratamento moral⁽⁸⁾.

A ordem social no Brasil vai se instituindo para a formação do Estado Brasileiro e a preocupação do Estado com a Saúde Pública se acentua, quando normas e medidas estatais (Políticas Sociais) começam a serem esboçadas para enfrentar as epidemias e a loucura⁽¹⁰⁾. A gênese da intervenção estatal tem como base, o modelo de intervenção campanhista, marcado pela centralização, autoritarismo, clientelismo e populismo, próprios de um Estado oligárquico, que conforma seus aparelhos institucionais com a concentração do poder e a exclusão das classes populares.

Nesse contexto, para modernizar o Hospício, no sentido do ideal liberal republicano, Oswaldo Cruz alia-se a Juliano Moreira que substitui a orientação francesa de seu antecessor, pelo enfoque da Psiquiatria Alemã. Isto repercute na discussão da etiologia da doença mental, pois o biologismo passa a explicá-la, como também aos aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos e a psiquiatria se coloca em defesa da manutenção do controle social pelo Estado. Nessa gestão foi promulgada a primeira Lei Federal, n. 1.132 de dezembro de 1903, que reorganiza a assistência aos alienados, concretizando a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional⁽¹¹⁾.

O sanitarismo do começo do século XX se mantém nos anos 20 e 30, quando se vincula o benefício da saúde a uma ocupação produtiva. A saúde estava organizada em grupos privados, as Caixas de Aposentadorias e Pensões-CAPs, depois incorporadas pelo governo Vargas em 1937, e transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões-IAPs. Com esta política, o governo pretendia favorecer o desenvolvimento industrial, preservando a força de trabalho por meio de uma política social: a política de saúde. Os serviços de saúde configuravam uma estrutura dicotomizada, com predomínio da atenção médica individual e da assistência hospitalar, em detrimento das ações coletivas de promoção e proteção à saúde⁽¹²⁾

Todavia, os serviços médicos dos IAPs não contemplavam a assistência psiquiátrica até fins dos

anos 50. Essa incorporação tardia da assistência psiquiátrica ao conjunto das práticas de saúde deve-se ao fato de a psiquiatria ainda não gozar do status científico das outras especialidades médicas, em virtude da ineficácia de seus tratamentos; da situação deplorável de seus hospitais e pelo fato de não dispor ainda de medicação específica, pois os neurolépticos só chegaram ao país em 1955⁽⁸⁾.

A partir de então, os hospitais vão se manter superlotados, e os maus tratamentos evidenciavam uma assistência que tinha, sobretudo, a função social de excluir as sobras humanas produzidas em cada momento histórico.

Por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde, em novembro de 1963, tiveram início às discussões sobre a Reforma Sanitária que pretendia superar o modelo sanitário campanhista em vigor, propondo sua substituição por uma rede municipalizada de saúde. O Golpe Militar de 1964 interrompeu essas discussões, confiscando os poderes locais, deixando os municípios sem autonomia de gestão e os recursos financeiros subordinados ao apoio político da ditadura, fragilizando a capacidade de formulação e gestão das ações locais de saúde, pelos vinte anos subseqüentes.

De 1964 a 1974, o cenário político tornava crime o debate sobre alternativas políticas. Este foi um momento propício para o governo implantar sua reforma institucional. Pretendia a generalização das privatizações pela compra de serviços particulares com o dinheiro público, valorizou a produção quantitativa de procedimentos do setor privado, favorecendo a empresa médico-industrial, que resultou na medicalização em massa da sociedade. Na área psiquiátrica, esse favorecimento ficou conhecido como indústria da loucura⁽¹³⁾.

A expansão de ofertas de leitos reforçou o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. Essa política do Instituto Nacional de Previdência Social/INPS tinha vinculações conhecidas com o setor privado e tornou-se o principal obstáculo para a implantação de Programas de Assistência Psiquiátrica mais complementares e não asilares⁽¹⁴⁾.

Na década de 70, a crise social deixa entrever as dificuldades de manutenção do autoritarismo. O fim do *milagre econômico* revigorou as forças sociais questionadoras do modelo excludente da maioria da população, em relação às benesses do crescimento econômico, propiciando o acirramento das pressões sociais e favorecendo a distensão política, lenta e gradual. Nesse contexto, organiza-se o Movimento pela Reforma Sanitária, como parte do movimento maior pela democratização do país e fortalecimento da sociedade civil.

No plano específico da saúde, o Movimento propôs mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais, discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, que resultou na proposta do

Sistema Único de Saúde-SUS⁽¹⁵⁾. Tal proposta buscou no conceito da determinação social do processo saúde/doença e na crítica à perversidade do sistema político, econômico e social, que mercantiliza a doença e a saúde.

No bojo dessas discussões, articulou-se o Movimento pela *Reforma Psiquiátrica*, representado a princípio, pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental-MTSM, ao qual se congregaram usuários e seus familiares, configurando o Movimento de Luta Antimanicomial da atualidade, contra-hegemônico, que reclama pela Reforma Psiquiátrica. Esta foi definida por Amarante⁽¹¹⁾, como um conjunto de propostas e organizações técnico-administrativas, sobre as intervenções psiquiátricas, para transformar a relação da sociedade brasileira com o doente mental.

Este processo implica em mudanças na cultura, na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos, pretendendo a desinstitucionalização psiquiátrica. Significa o reconhecimento de que a essência do modelo clássico da psiquiatria é a *institucionalização do paciente*⁽¹⁶⁾, por sua exclusão social, que se propõe pelo asilamento. A reforma psiquiátrica pressupõe essa inversão, não somente pela humanização das relações entre os sujeitos nas instituições que venham substituir o asilo, mas pela mudança na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos; pelo desenvolvimento de outras culturas e outros lugares sociais, onde se tolere com ética e solidariedade a diversidade da loucura.

Essa mudança requer, além da reformulação dos conceitos sobre o arcabouço teórico-prático que norteia a assistência psiquiátrica tradicional, o reconhecimento de que a psiquiatria sozinha não é capaz de dar conta da complexidade das questões psiquiátricas e que ela não é apenas uma disciplina que se pratica por trás dos muros para gerar lucros, mas uma atividade política transformadora, que pode romper com a assistência paternalista que domestica populações, vende remédios e equipamentos médicos, inaugura hospitais e mantém as elites no poder.

Essa consciência crítica alimenta-se no movimento italiano da psiquiatria democrática, na qual as demandas sociais para novas formas de reorganização dos serviços psiquiátricos encontram indicação de caminhos e instrumentos para por fim aos efeitos de tutela e gestão da periculosidade atribuídas até então à loucura.

Para tanto, a psiquiatria democrática e o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, advogam um processo de trabalho no qual as práticas psiquiátricas superem a correlação simbólica do

modelo clássico que produz a loucura como doença mental; leva à demanda apenas de assistência médica; determina a relação entre loucura e sociedade artificialmente produzida em qualidades morais, periculosidade e marginalidade que requer a medicalização, punição e a exclusão social, por meio do confinamento num lugar marginal, numa ótica classificada pelo saber médico⁽¹⁷⁾.

Conforme Barros⁽¹³⁾, essa reflexão, no Brasil, acentuou-se depois da Conferência para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina em Caracas, em 1990, quando se reconheceu a ineficiência e ineficácia do Hospital Psiquiátrico; rejeitou-se essa modalidade de assistência ao doente mental; evidenciou-se a urgência de reestruturação da atenção psiquiátrica e recomendou-se a revisão e adequação da legislação sobre o assunto, de modo a garantir os direitos de cidadania aos doentes mentais.

A mesma autora lembra que, nesse sentido, os Relatórios da I e II Conferência Nacional de Saúde Mental, nortearam o Plano de Trabalho/1994, da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde — COSAM, propondo a substituição progressiva do modelo asilar por uma rede de assistência diversificada. Estas orientações permitiram iniciativas como: a criação dos Centros de Atenção Psicossocial—Caps e dos Núcleos de Atenção Psicossocial-Naps com práticas transformadoras; o Projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado, que previa a desinstitucionalização psiquiátrica no país; a edição de Portarias Ministeriais, que redirecionam a assistência para a rede substitutiva ao hospital, entre outros instrumentos.

A conquista mais recente diz respeito à aprovação do Projeto de Lei 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado que, desde 1989, tramita na Câmara e no Senado. Em sua forma original, o projeto dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação psiquiátrica compulsória⁽¹⁴⁾

Depois de onze anos de tramitação, e de intensa mobilização social para que o Projeto de Lei não sofresse emendas que permitissem a reprodução do modelo clássico, o texto substitutivo ao Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do Senador Sebastião Rocha, trás em seus artigos 4 e 5, esses mecanismos, criando possibilidades de reprodução dos asilos. A Lei foi aprovada com a supressão do artigo 4, que dispunha sobre a construção de novas unidades hospitalares onde não houvesse outras modalidades de tratamentos substitutivos, mantendo-se omissa em relação à contratação de novos leitos hospitalares.

15 BRASIL 1986. VIII Conferência Nacional de Saúde-Relatório Final.

16 BASÁGLIA, 1985. Expressão que o autor emprega para se referir aos efeitos danosos do asilo sobre o paciente, tornando-o um objeto da instituição.

Isto denota a necessidade de acompanhamento da aplicação da Lei, porque as mudanças dependem também da participação da sociedade, do interesse dos profissionais em mudar, das reivindicações sociais e da avaliação das transformações operadas. A Lei é condição necessária, mas não suficiente para a mudança. Urge a efetivação dessa intenção pelo gesto: pela municipalização das ações de saúde mental, como política do SUS.

Para tanto, é necessária a reversão dos recursos repassados pelos SUS às instituições hospitalares. Estas, segundo Silva(18) dispõem de cem mil leitos ocupados hoje no país, ao custo de duzentos e setenta e cinco dólares/mês/leito, dos quais, oitenta mil em instituições privadas. Isto representa mais de vinte e dois milhões de dólares por ano, do sistema hospitalar fechado, que devem ser repassados para o sistema aberto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Exclusão/Inclusão Social são temas das políticas sociais, das políticas de saúde em geral e da política de saúde mental em particular nos últimos tempos, que trazem em seu bojo contradições sobre as diferentes abordagens de assistência psiquiátrica. A proposta contra-hegemônica nega o modelo clássico e luta pela inclusão social dos doentes mentais, considerando que as conquistas dependem do enfrentamento político, das reivindicações por espaços; da ampliação dos espaços conquistados e de sua ocupação.

Reconhecemos que a conjuntura econômica atual, além de dificultar o fortalecimento dos movimentos sociais, desaquece as políticas sociais em andamento e retarda as mudanças necessárias, promovendo a exclusão social não apenas dos doentes mentais, mas de grande parcela da população que não tem poder de inserção na sociabilidade capitalista neoliberal.

Argumentamos que o gesto que pode afastar na prática, o movimento hegemônico da exclusão, precisa ser concretizado na ação política, pela negação da barbárie do modelo clássico que colocou o doente mental entre parênteses para a objetivação da loucura. Nesse sentido, a Reforma propõe novas referências de sociabilidade, novos contratos sociais de relações e um lugar político social inclusivo, como espaço de vida e como inversão do modelo hegemônico de assistência psiquiátrica.

Finalmente, sugerimos estudos mais aprofundados sobre o tema, como também o acompanhamento das reformas prometidas na nova Lei, para subsidiar os debates e ampliar a compreensão das políticas de saúde e de saúde mental como intenção e gesto que promovem a inclusão e/ou a exclusão social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Faleiros VP. O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo: Cortês; 1991.
- (2) Abranches SH, Santos WG, Coimbra MA. Política social e combate à pobreza. Rio de Janeiro: Zahar; 1994.
- (3) Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- (4) Oliveira F, organizador. Os sentidos da democracia. Política do dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes; 1999.
- (5) Chauí M- Ideologia neoliberal e universidade. In: Oliveira E Os sentidos da democracia. Petrópolis: Vozes; 1999.
- (6) Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 1978.
- (7) Nicácio MF. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
- (8) Tundis AS, Costa NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ Abrasco; 1987.
- (9) Machado R. Danação da norma. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
- (10) Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil da "transição democrática" - anos 80. Rio de Janeiro: Relumê/Dumará; 1991.
- (11) Amarante P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica- Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994.
- (12) Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Hucitec; 1986.
- (13) Barros S. O louco a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice. São Paulo. [doutorado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996.
- (14) Delgado PGG. As razões da tutela. Rio de Janeiro: Tecorá; 1995.
- (15) Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986 mar 17-21; Brasília: Ministério da Saúde; 1986-
- (16) Baságlio F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
- (17) Barros D. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Edusp; 1994.
- (18) Silva A. Dom Quixote combate moinhos e resgata excluídos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001-

Artigo recebido em 13/04/00

Artigo aprovado em 04/07/02