ASPECTOS HISTÓRICOS-SOCIAIS DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE E A PARTICULARIDADE NA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

Heline Caroline Eloi Moura [1]

RESUMO

Este trabalho apresenta um estudo acerca dos aspectos históricos sociais do controle social na saúde e a particularidade na saúde mental no contexto brasileiro. Apreende-se que é no contexto de redemocratização do Estado brasileiro que o controle social na saúde e na saúde mental ganham expressão, com reivindicação dos trabalhadores lutando por uma saúde de caráter universal. No âmbito da saúde mental, verifica-se que o modelo tradicional de assistência apresentava sinais de esgotamento, e o movimento dos trabalhadores da saúde mental vai surgir questionando o modelo asilar e manicomial em saúde mental. As formas de participação da sociedade civil vão ser percebidas ao longo da história através dos Conselhos e Conferências, demonstrando o interesse da sociedade em participar nas questões e debates que envolve as políticas de saúde e saúde mental. Para este estudo recorremos a pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Controle Social. Saúde Mental. Conselhos e Conferências.

ABSTRACT

This paper presents a study about the social historical aspects of social control in health and the particularity of mental health in the Brazilian context. It is understood that it is in the context of the re-democratization of the Brazilian State that social control in health and mental health gain expression, with workers' demands for a health of universal character. In the field of mental health, the traditional model of care showed signs of exhaustion, and the movement of mental health workers will arise by questioning the traditional mental health model. The forms of participation of civil society will be perceived throughout history through the Councils and Conferences, demonstrating the interest of society in participating in the issues and debates that involve health and mental health policies. For this study we resorted to bibliographical and documentary research.

Keywords: Social Control. Mental health. Councils and Conferences.

[11] Assistente Social. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas. Professora do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Mário Pontes Jucá. E-mail: helinemoura@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no Brasil durante a década de 1980 produziram alterações significativas para a vida em sociedade. “Toda grande transformação social parte necessariamente de um corpo de ideias que desafia as bases que sustentam uma determinada realidade que obstaculiza avanços e dá sinais de esgotamento” (MENDES, 2011, p. 11). A saúde e a saúde mental, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.

Este artigo tem como objetivo promover uma reflexão sobre o papel do controle social na histórica construção do direito à saúde e da saúde mental com as políticas consagradas pós-Constituição de 1988. Para isso, apresentaremos algumas considerações acerca dos aspectos históricos e sociais que marcaram as mudanças nas políticas de saúde e saúde mental, apontando o papel do controle social, e, consequentemente da participação da sociedade civil. As reflexões aqui levantadas partiram do seguinte questionamento: em que medida o controle social impulsionou mudanças significativas na construção da política de saúde e de saúde mental?

O movimento sanitarista iniciado na década 1970, por médicos e lideranças políticas do setor da saúde, resultou no movimento de Reforma Sanitária brasileira, e um passo importante para a conquista da atual legislação da saúde e também influenciou a Constituição Federal de 1988. Com esta Constituição, o país foi definido como Estado democrático de direito e as políticas sociais ganharam destaque, sendo a política de saúde, assistência social e previdência social redefinidas no tripé da Seguridade Social.

Sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, podemos afirmar que seu processo histórico compreende os movimentos populares se organizaram no sentido de questionar a função social da psiquiatria, dos hospitais psiquiátricos e dos trabalhadores em saúde mental, além de reinvindicar os direitos das pessoas com

transtornos mentais, lutando por uma formulação na saúde mental que estabelece uma rede assistencial que apresente alternativas à internação em hospitais psiquiátricos.

Para esse estudo recorremos a pesquisa bibliográfica e documental, através de autores que analisam a temática em questão e das principais legislações que envolve as políticas de saúde e saúde mental e sobre o controle social na saúde. A perspectiva histórico-crítica pautada na dialética materilista foi utilizada como referencial teórico-metodológico tendo em vista ultrapassar a a mera aparência dos fatos apresentados.

2. ASPECTOS HISTÓRICOS-SOCIAIS DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE E A PARTICULARIDADE NA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

Historicamente, a participação social dos indivíduos sociais, em determinados momentos do modo de produção capitalista, exerceu influências significativas nas formas de intervenção do Estado. No período industrial do capitalismo em sua fase monopólica, greves, mobilizações e paralizações são registradas como forma de manifestação dos trabalhadores, que reivindicavam melhores condições de vida e de trabalho e denunciavam as atrocidades ocorridas dentro das fábricas. Em outras palavras, é consenso entre os estudiosos da tradição marxista, que nessa fase do capitalismo tem-se expressões mais concretas da organização dos movimentos sociais.

É nesse contexto de ascensão dos movimentos sociais que o Estado se reorganiza de modo a melhor administrar as contradições do sistema, criando políticas sociais para intervir nas expressões da *questão social*, de forma fragmentada e parcializada. Para Marx e Engels (1998, p.4) “as lutas de classes, desenvolvidas na sociedade civil (burguesa) são o verdadeiro motor da história”. Neste estudo, tomaremos o entendimento de Gramisci para subsidiar nossa reflexão sobre Estado,

sociedade civil e socialização da política que incidi diretamente no entendimento de controle social.

É diante do contexto de ascensão dos movimentos sociais no capitalismo monopolista que Antônio Gramisci desenvolve um conceito sobre o Estado, considerando a conjuntura de sua época e as nuanças do modo de produção capitalista, desenvolvendo um conceito de Estado ampliado e a socialização da política que integra a sociedade civil. De acordo com Montaño e Duriguetto (2011):

> É com a percepção de uma intensa *socialização política* – resultante da presença de organizações, tanto dos trabalhadores quanto do capital, no cenário do capitalismo desenvolvido (partidos políticos, sindicatos), da conquista do sufrágio universal, do fascismo e do nazismo como movimentos de expressão da hegemonia política da burguesia – que Gramisci visualiza uma complexificação das relações de poder e de organização de interesses, que fazem emergir uma nova dimensão da vida social, a qual denomina-se de *sociedade civil*. Essa esfera designaria o espaço em que se manifesta a organização e a representação dos interesses dos diferentes grupos sociais, da elaboração e/ou difusão de valores, cultura e ideologias. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p.43, grifos dos autores)

Ainda conforme os autores:

> A sociedade civil em Gramisci é assim composta por uma rede de organizações (associações, sindicatos, partidos, movimentos sociais, organizações profissionais, atividades culturais, meios de comunicação, sistema educacional, parlamentos, igrejas, etc.). É uma das esferas sociais em que as classes organizam e defendem seus interesses, em que confrontam projetos societários, na qual as classes e suas frações lutam para conservar ou conquistar hegemonia. (Idem)

A partir deste entendimento, apreende-se que a sociedade civil é também o espaço das lutas e interesse contraditórios, não se configura como uma instância homogênea, é travejada por embates contra a classe economicamente dominante. “A sociedade civil enquanto integrante da totalidade social tem um potencial transformador, pois nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternas na busca da ‘direção político-ideológica’”. (CORREIA, 2009, p. 116).

Partindo desta concepção pode-se entender que o controle social emerge não como uma instância pertencente ao Estado ou à Sociedade Civil, mas como um instrumento das classes sociais. No decurso do desenvolvimento capitalista o controle social irá se cristalizar nas políticas públicas como forma de participação da classe trabalhadora em luta na sociedade civil, intervindo na gestão pública, nas ações e gastos estatais, bem como na fiscalização das políticas.

Posto as questões mais fundamentais que abarcam o entendimento de controle social, enfatizaremos os aspectos históricos e sociais do controle social na política de saúde e na saúde mental no Brasil. Observa-se que na realidade brasileira, ao final da década de 1970, já havia inquietações por parte dos trabalhadores que questionavam os modelos de atenção adotados na saúde e na saúde mental, bem como a privatização dos serviços de saúde marcados pelo período ditatorial. Tais questões acabam ganhando força na década que se segue, de modo que os movimentos sociais vão se fortalecer reivindicando uma saúde como direito de todos.

A utilização da expressão “controle social” no contexto brasileiro, remonta a um passado não tão distante. Isto porque, este termo passa a ser utilizado no período de redemocratização da sociedade brasileira na década de 1980, sendo bastante relacionado ao campo das políticas sociais, que nesse período se redireciona. Vale salientar que a década de 1980 é um período de crescente efervescência dos movimentos sociais, que reivindicavam pela redemocratização do Estado brasileiro denunciando o autoritarismo e o retrocesso imposto pela ditadura militar. Assim, como forma de prevê a participação social nas instâncias pública a expressão “controle social” ganha expressão, sendo compreendida, como “controle da sociedade sobre o Estado”. (BRAVO; CORREIA, 2012).

Nota-se que durante essa década a saúde brasileira passa a se organizar com novos protagonistas, isto é, temos uma maior participação de sujeitos sociais que entram ativamente nas discussões e debates, trazendo para a sociedade civil os assuntos que envolviam a saúde e as condições de vida da população. Em outras palavras, verifica-se que nesse momento a questão da saúde ultrapassa ao interesse dos trabalhadores e técnicos da saúde, e passa a ser de interesse da sociedade em

geral abrangido uma dimensão política com vista às questões democráticas. Sobre isso, Bravo (2009) aponta:

> Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: **os profissionais de saúde**, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; **o movimento sanitário**, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; **os partidos políticos de oposição**, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para a discussão da política do setor, e **os movimentos sociais** urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2009, p.96 grifos nosso).

Ainda conforme a autora:

> As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p. 96).

Vemos, pois, que os protagonistas que participam do movimento de Reforma Sanitária brasileira eram compostos especificamente por: profissionais de saúde, o movimento sanitário, partidos políticos de oposição e os movimentos sociais. Nota-se que a articulação e interação entre esses sujeitos proporcionavam uma agenda de reinvindicações mais bem organizada. Pois, as propostas destes sujeitos sociais apontavam como horizonte uma nova constituição para a saúde brasileira, baseado em princípios universalizantes.

No âmbito da saúde mental, verifica-se que o modelo tradicional de assistência à saúde mental no Brasil, baseado na exclusão do sujeito do convívio social e com sua internação em hospitais psiquiátricos por longos períodos de tempo, apresentava sinais de esgotamento desde o final da década de 1970, no contexto de

questionamentos políticos à ditadura militar[2]. A lógica dos hospitais psiquiátricos consistia no afastamento de pessoas consideradas improdutivas para o sistema do capital; estes deveriam ser isolados do meio familiar, social e contidos por procedimentos invasivos como, por exemplo, eletrochoque, maus tratos, intervenções químicas e psicofármacos.

A forma pelo qual se estruturava a saúde mental passa inquietar incialmente os trabalhadores dessa área, que percebiam que as ações nos hospitais psiquiátricos, asilos e manicômios, e seus métodos invasivos e de afastamento, pouco surtiam efeito na vida daqueles indivíduos, muito pelo contrário corroboravam e acentuavam ainda mais em seu adoecimento mental. Ver-se que a manutenção de pessoas consideradas *loucas* em hospitais psiquiátricos por longos períodos de tempo gerava lucro para os empresários donos de hospitais, de modo que não havia interesse nem compromisso no cuidado do indivíduo no sentindo de que este retornasse ao seio familiar e social. Era mais vantajoso e lucrativo mantê-los presos e isolados, e tratá-los como perigosos para o convívio em sociedade e inúteis, que não se enquadravam no padrão dito normal.

Posteriormente, os dilemas vivenciados pela lógica hospitalocêntrica, além de inquietar trabalhadores da saúde mental, passa a fazer parte do rol de discussões dos familiares e mais adiante dos próprios usuários. Em 1978 começa a ser constituído o movimento de luta que defende uma Reforma Psiquiátrica – no sentido de mudança na estrutura manicomial considerada arcaica – tal movimento no Brasil esteve fortemente influenciado pelas experiências americana, europeia e italiana.

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) ganha expressão a partir da década de 1980, e num primeiro momento incorpora críticas ao hospitalocentrismo, às más condições de trabalho e de tratamento e à privatização da assistência psiquiátrica, marcando sua entrada no aparelho público[3] (AMARANTE,

---

[2] Bisneto (2007) assinala que no regime ditatorial durante a década de 1970, algumas tentativas de mudanças na psiquiatria foram realizadas, como por exemplo, a portaria no INAMPS de 1973, que exigia um aumento no número de profissionais e o atendimento em saúde mental por meio de uma equipe multiprofissional. Todavia, esta portaria era cumprida de forma precária. Os hospitais psiquiátricos buscavam cumprir a portaria contratando o mínimo possível de recursos humanos exigido.

[3] É importante registrar que segundo Bisneto (2007), ainda na década de 1970 já havia psiquiatras que possuíam uma visão mais humanizada da loucura. Conforme o autor "[...] já havia psiquiatras com a visão de esquerda trabalhando na elaboração das políticas públicas dentro do Estado (mesmo no

1994). O movimento se fortalece a partir da visita de lideranças mundiais da psiquiatria numa perspectiva crítica, dentre essas lideranças temos Franco Basaglia, que constatou as péssimas condições de tratamento que era dado nos hospícios e nos manicômios brasileiros, sendo comparado a verdadeiros campos de concentração, uma vez que a miséria era real naquele ambiente que nada tinha de terapêutico.

De acordo com Vasconcelos (2010), os objetivos do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental eram pela redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e a não criação de novos; a regionalização das ações em saúde mental criando serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência; controle das internações em hospitais psiquiátricos privados; defesa da expansão dos serviços ambulatoriais em saúde com equipes multiprofissionais de saúde mental composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e enfermeiros; humanização dos hospitais e processo de reinserção social nos asilos estatais (VASCONCELOS, 2010).

Percebe-se que nesse período de efervescência e de questionamentos na saúde mental, a política de saúde também vivenciara acontecimentos que marcam sua história. Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em Brasília-Distrito Federal marcou significativamente a história da saúde no Brasil, pois representou bem a participação e interesse da sociedade com a questão saúde. A conferência teve como tema “Saúde como um direito de todos e dever do Estado” e constituiu-se em um fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Considera-se esse movimento como a porta de entrada da sociedade brasileira na discussão sobre o direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado, em que foram discutidos desde a reformulação do sistema nacional de saúde até o financiamento setorial. (BARBOSA, 2006)

Registra-se nesse evento, a participação de mais de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre elas estavam entidades representativas de moradores, sindicatos,

---

governo da ditadura militar). Eles reforçaram a concepção de atendimento mais humano nos aparatos assistenciais através de equipe multiprofissionais” (BISNETO, 2007, p. 25-26).

partidos políticos, associações de profissionais e parlamentos. Tal debate direcionava-se não apenas para a unificação do sistema de saúde, mas a uma Reforma Sanitária[4].

No âmbito da saúde mental, no ano seguinte temos a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, em que se estabeleceu um primeiro consenso mínimo pela necessidade de debater sobre o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil. Nesse mesmo ano aconteceu o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que representou um marco importante, pois foi a partir dele que o movimento em busca de transformação na assistência psiquiátrica deixou de ser exclusivamente um movimento de técnicos da área e passou a envolver outros setores da sociedade civil[5].

Para Amarante (1994):

> Em 1987, o movimento dos trabalhadores de Saúde Mental assume-se enquanto um movimento social, não apenas de técnicos e administradores, e lança o lema "Por uma sociedade sem manicômios". O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas. [...] Desencadeia um amplo debate nacional, realmente inédito, quando jamais a psiquiatria esteve tão permanente e consequentemente tão discutida por amplos setores sociais. Em muitas cidades e estados, acontece um processo muito rico de experiências inovadoras em psiquiatria, de criação de associações e psiquiatrizados e de familiares, e de aprovação de projetos de lei de reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1994, p. 81).

Temos com isso, uma pressão por parte de certo segmento da sociedade que buscam por mudanças via reformas políticas no campo da saúde mental, de modo que a forma de assistência dada às pessoas em sofrimento psíquico viesse mais humanizada e, sobretudo, desinstitucionalizada.

---

[4] Destaca-se que as questões discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde influenciaram nos anos seguintes o texto constitucional de 1988. Bravo (2009) afirma que "o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988, representou no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social". (BRAVO, 2009, p. 96).

[5] Vasconcelos (2010) sinaliza que "uma característica marcante do movimento nesse período estava no fato de ele ser completamente externo ao aparelho de Estado, em mobilização aberta da opinião pública e da imprensa [...]" (VASCONCELOS, 2010, p. 23).

Como explicita Amarante (1994), o movimento antimanicomial se fortalece com lema “Por uma sociedade sem manicômios”, entendendo a estrutura manicomial como desumana, arcaica e ineficaz com resultados desastrosos como maus tratos e mortes induzida. O dia 18 de maio passou a ser referência da Luta Antimanicomial, por remeter ao I Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, ocorrido em 1987, estruturado em três temas: Economia, Sociedade e Estado: Impactos sobre a saúde e a doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Oliveira (2005) descreve esse processo de reforma apontando:

> Compreende-se a Reforma Psiquiátrica como um movimento, um processo histórico que se constitui pela crítica ao paradigma psiquiátrico hegemônico e pelas práticas que transformam/superam, no contexto brasileiro, a partir da década de 1970. Apresenta-se fundamentalmente como uma crítica à conjuntura nacional do sistema de saúde mental e, principalmente, como uma crítica estrutural à “instituição” – psiquiatria. [...] A Reforma Psiquiátrica, nessa perspectiva, corresponde a um novo paradigma teórico assistencial na área de saúde mental uma vez que define e conforma um novo desenho de objeto: o sujeito que sofre mentalmente, porém não necessita de interdição; novos instrumentos: instituições abertas e inseridas socialmente, não excludentes e não violentas no trato pessoal e social com as pessoas que sofrem mentalmente, relações de poder horizontalizadas e trabalho em equipe que inclui um sujeito que sofre mentalmente, sua família e comunidade, práticas técnicas e assistenciais adequadas (psicoterápicas e socioterápicas) e não somente a medicalização os sintomas e tem, como finalidade, o incremento da autonomia afetiva e material da pessoa para as relações pessoais, familiares e sociais (OLIVEIRA, 2005, p. 54-55).

Além de colocar em xeque os hospitais psiquiátricos (públicos e privados), o movimento reivindicava o lado mercadológico da loucura – expressamente predominante no período ditatorial – especialmente nos hospitais privados vinculados ao INAMPS; questionava-se as péssimas condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos; e lutavam pela ampliação de serviços ambulatoriais em saúde mental.

Em 1988 é instituída a Constituição Federal, também conhecida como Constituição Cidadã, cujo texto constitucional afirma que a saúde, juntamente com a assistência e a previdência, passa a compor o tripé da seguridade social e deve ser tratada como um *direito* do cidadão e *dever* do Estado. Tem-se com isso uma

expressiva tentativa por parte dos trabalhadores de reformar o Estado numa perspectiva democrática.

Verifica-se que historicamente, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde vão se constituindo como espaços propícios para o exercício do controle social, e, na década de 1990 – juntamente com aprovação da lei que institui Sistema Único de Saúde – vão ser legitimados com a promulgação da Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (BRASIL, 1990) Conforme a Lei:

> Art. 1° O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
> I - a Conferência de Saúde; e
> II - o Conselho de Saúde.
> § 1° A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.
> § 2° O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Idem).

Verifica-se que a instituição dos Conselhos e Conferências no âmbito da saúde torna-se um marco dentro da política de saúde e saúde mental, por se configurar um espaço historicamente legitimado de participação da sociedade civil. As Conferências de Saúde que acontecem periodicamente têm demonstrado que trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde têm tornado público as questões de precarização desse sistema.

Nota-se que no âmbito legal a concepção ampliada de saúde defendida veementemente pelo movimento sanitarista, foi incorporada aos escritos dos princípios e diretrizes da Lei 8.080/90 que institui o SUS. Observa-se que a organização do SUS passa a se basear nos princípios de regionalização, hierarquização e descentralização.

No âmbito da saúde mental, ainda no final da década de 1990, iniciativas começaram a mudar o ordenamento nacional da política de saúde mental influenciados pelo movimento de Luta Antimanicomial em favor da Reforma Psiquiátrica. Em 1991 foi instituída a Coordenação Nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde, instância responsável pela formulação e implementação de políticas na área. Nesta direção, ainda antes da política de saúde mental ser aprovada já existia serviços de caráter substitutivos em algumas cidades do Brasil. Nesse mesmo ano, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), patrocinou um encontro com objetivo de construir um documento/instrumento de referência para a política a ser adotada no Brasil e para o trabalho cotidiano na área.

Após uma lenta tramitação na Câmara e no Senado Federal, que durou cerca de dez anos e que incluiu proposições de substitutivos favoráveis e contrários ao projeto original, o Projeto de Lei de 1986 foi aprovado, e a Lei nº 10.216 foi sancionada pelo Presidente da República em 06 de abril de 2001. A lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. (BRASIL, 2001).

Nos anos que se seguem ver-se que criação de serviços substitutivos em saúde mental surge convivendo com a arcaica instituição psiquiátrica, pois, embora a nova política preconize e priorize os serviços substitutivos ela não acaba com os hospitais psiquiátricos existentes, de modo que a atenção asilar manicomial se mantém até os dias atuais em seu modo mais ultrapassado. Tal fato põe em questão um dos principais lemas do movimento: “Por uma sociedade sem manicômio”, visto que, mais de vinte anos de luta ainda não conseguiram abalar as estruturas dessas instituições.

Os argumentos apresentados demonstram que no campo da saúde e na saúde mental historicamente tem sido travado lutas pela ampliação e democratização dos serviços, bem como uma forma de atenção baseada em princípios que respeite os direitos humanos. Os movimentos sociais em defesa do SUS e em defesa da Reforma Psiquiátrica tem sido instrumentos importantes no contexto de retrocesso e de violação desses direitos.

3. CONSIDERAÇÃOES FINAIS

Os processos de Reformas Sanitárias e Psiquiátrica no Brasil foi se efetivando lentamente, e os princípios defendido pelos movimentos sociais de luta foram apropriados pela lógica mercadológica travando impasses e controvérsias. Isso não quer dizer que não houve mudanças ou “reformas” na sociedade brasileira no âmbito da saúde e da saúde mental, todavia, nota-se que se instala uma “reforma” muito distinta daquela defendida pelo movimento dos trabalhadores, se instaurando uma “reforma” orientada para o mercado. Por sua vez, a reforma orientada para o mercado acaba por trazer novas formas mais mascarada e mais sutil à perspectiva manicomial e à lógica mercadológica, tantas vezes reciclada e metamorfoseada no modo de produção capitalista.

Apreende-se que o controle social tem um papel imprescindível no que concerne à participação da sociedade civil na fiscalização e gestão das políticas de saúde e saúde mental, sendo um espaço de luta e resistência da classe trabalhadora frente aos avanços neoliberais. Esse controle social tem aparecido por meio do fortalecimento de Fóruns, Conferências e Conselhos que ao longo dos últimos anos tem organizado uma agenda de luta em defesa do SUS público, gratuito e de qualidade, bem como do não retorno dos modelos manicomiais em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Asilos, alienados e alienistas:** pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

BARBOSA, Thaís Karina Guedes Bezerra de Melo. **Saúde Mental e Demandas Profissionais para o Serviço Social.**142. Dissertação – UFAL, AL, 2006.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental:** uma análise institucional. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1990.

_____. Lei nº 8080, de 19de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e a funcionamento dos serviços correspondente e da outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1990.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. In. **Revista Serviço Social e Sociedade.** N. 109, p. 126-150. Jan/mar. 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate. *In:* **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MENDES, Eugênio Vilança. **As Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: All Type assessoria editorial LTDA, 2011.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social.** (Biblioteca Básica). São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. **Superando o manicômio?:** desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: EdUFMT, 2005.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social:** O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5 ed.. São Paulo: Cortez, 2010.