



Reforma Psiquiátrica e formação socio-histórica brasileira: elementos para o debate

Psychiatric reform and Brazilian socio-historic formation: elements for the debate

Tathiana Meyre da Silva GOMES*

*A luta do homem contra o poder
é a luta da memória contra o esquecimento.*
Milan Kundera

Ao receber o convite para escrever este texto me vi diante de uma tarefa desafiadora e necessária: a problematização da Reforma Psiquiátrica brasileira considerando a formação sócio histórica do nosso país. O provocativo texto *Holocausto ou Navio Negro?: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira* nos convida a mergulhar mais a fundo nestas problematizações. Ao fazê-lo percebemos, sem esforço, que no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira (que mesmo em tempos de avanços neoliberais e conservadores é referência de modelo de assistência integral ao sofrimento psíquico) parece ter havido certo apagamento das dimensões de classe, gênero e raça. Tais elementos estão presentes na organização econômica e política da sociedade capitalista, e em particular na formação social brasileira.

O texto de Passos (2018) parte de um ponto: o reconhecimento de que classe, gênero e raça/etnia estão imbricados na produção e reprodução das relações sociais capitalistas, mas assumem pouca expressão no acúmulo teórico no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para compreender o processo de formação socio-histórico brasileiro um ponto crucial refere-se ao processo de colonização, onde o Estado encontrava-se no controle do tráfico de negros o que envolvia, ao mesmo tempo, escravidão e latifúndio. O escravismo deixou marcas profundas nas nossas relações sociais e o texto de Passos (2018), ao reconhecer isso, nos chama atenção para o seguinte ponto: onde se localiza no acúmulo que tem o campo da Reforma Psiquiátrica brasileira o debate sobre raça/etnia?

* Assistente social. Doutora em Serviço Social. Professora Adjunta da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF). Rua Prof. Marcos Waldemar de Freitas Reis S/nº, Campus do Gragoatá, Bloco E, Bairro: São Domingos, Niterói (RJ), CEP: 24210-201. ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0002-2777-0561>>. E-mail: <tathianagomes@id.uff.br>.

 © A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2018 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

Ademais, o texto chama igualmente a atenção para o apagamento do debate de classe e gênero. Tais elementos estavam presentes na Reforma Psiquiátrica italiana, mas comparecem lateralmente no igual processo brasileiro.

Apesar disso, registramos que estudos recentes no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira tem se ocupado do debate de gênero, adensando ao campo reflexões teóricas que “[...] nos colocam frente à problemática da dominação burguesa e patriarcal sobre as mulheres a partir da medicalização e da institucionalização” (PEREIRA; PASSOS, 2017). Ao mesmo tempo, tais estudos reforçam as lacunas sem relação a incorporação dos elementos de classe e raça/etnia no referido campo (PEREIRA; PASSOS, 2017; PEREIRA; AMARANTE, 2017; DUARTE, 2017; GOMES, 2017a).

O reconhecimento desta lacuna não significa a desqualificação da produção acadêmica no campo da saúde mental. Ao contrário, ele é necessário e possibilita avanços com vistas a contemplar estas dimensões fundantes da nossa formação socio-histórica. Além disso, é importante que as pesquisas busquem identificar as possíveis razões desta ausência.

Acreditamos que uma das chaves explicativas possíveis desta lacuna (que, evidentemente, precisa ser melhor estudada) articula-se com a proposição de Moura (1988) ao indicar que os estudos sobre a questão racial no Brasil têm sofrido concomitantemente com a mediação de preconceitos acadêmicos, assentada na pretensa imparcialidade científica e com uma ideologia racista racionalizada. O autor aponta para a relação entre o racismo e o autoritarismo como uma constante no pensamento social e político brasileiro, onde a noção de civilização foi associada ao branqueamento. Ademais, o autor afirma ter havido

[...] uma reformulação dos mitos raciais reflexos do escravismo, no contexto da sociedade de capitalismo dependente que a sucedeu, reformulação que alimentou as classes dominantes do combustível ideológico capaz de justificar o peneiramento econômico-social, racial e cultural a que está submetido atualmente no Brasil, através de uma série de mecanismos discriminadores que se sucedem na biografia de cada negro. Uma visão mais vertical do assunto irá demonstrar, também, como estes estudos acadêmicos, ao invocarem uma imparcialidade científica inexistente nas ciências sociais, assessoram, de certa forma, embora de forma indireta, a constelação de pensamento social racista que está imbricado no subconsciente do brasileiro médio (MOURA, 1988, p. 17).

O autor segue afirmando que mantemos, no campo das nossas produções acadêmicas, a “[...] subserviência do colonizado aos padrões ditos científicos das metrópoles dominadoras” (MOURA, 1988, p. 18). Sem negar o caráter progressista contido da Reforma Psiquiátrica brasileira e no Movimento de Luta Antimanicomial, também neste campo, temos como referência os padrões eurocêntricos, bem como demonstra o artigo de Passos (2018), entre outras coisas, ao apontar para o apagamento da importância de Frantz Fanon e sua experiência com o campo da saúde mental na Argélia. Referenciado no Brasil pelo debate sobre colonialismo, suas contribuições para o campo da saúde mental brasileiro ainda são rarefeitas (PASSOS, 2018). Para Almeida (2018) e Passos (2018) este apagamento tem relação com o racismo estrutural que integra a nossa organização social, econômica e política e se expressa em nossa sociabilidade a partir, entre outros aspectos, da naturalização da desigualdade e da violência. Assim sendo, as mediações apresentadas no texto de Passos

(2018) nos conduzem a considerar como inexorável a aproximação da luta antimanicomial não apenas com a luta mais geral da classe trabalhadora (VASCONCELOS, 2012; GOMES, 2014; 2017b), mas também, com a luta antirracista e feminista.

No contexto deste debate, a compreensão da funcionalidade do manicômio no Brasil não se dá independente dos pressupostos aqui apresentados. Ou seja, estamos apontando para a insuficiência da análise sobre o manicômio no Brasil, enquanto lógica e instituição de violência, e sua funcionalidade à sociabilidade burguesa se não consideramos os elementos referentes às diferentes formas de exploração, ao patriarcado e ao racismo na formação socio-histórica do país.

Existem, no campo da história social, críticas importantes aos estudos clássicos sobre a história da psiquiatria no país¹, que ocorrem pautado, em grande medida, a partir da centralidade do manicômio para a compreensão do poder médico. Estes estudos possuem, em sua maioria, uma influência foucaultiana que se dá em torno do conceito de medicalização social. A crítica a estes estudos considera que naquele momento histórico social (século XIX) a medicina ainda não estava institucionalizada no país, o que sugere a necessidade de relativização da crítica em torno do poder da medicina no período em questão².

No período que segue até a metade do século XIX as Santas Casas de Misericórdia foram o lugar destinado àqueles que precisavam de algum tipo de assistência em saúde mental uma vez que, o decreto de fundação do manicômio no país é de 1841 e sua inauguração ocorreu somente em 1852. Cabe recordar que as Santas Casas tinham um caráter hegemonicamente de assistência e abrigo. Até este período, o isolamento do louco não se constituía ainda como condição *sine qua non* da existência desses sujeitos, que faziam parte da paisagem urbana da cidade.

Na verdade, a historiografia e os estudos do período em questão indicam que o isolamento era considerado mais necessário para os sujeitos pertencentes a classes sociais menos favorecidas³. Isto não significa afirmar que somente os pobres eram internados. A própria organização do Hospício, à época, infirma tal constatação, uma vez que estas instituições eram organizadas por alas/classe que reproduziam as relações hierarquizadas da vida social.

No interior do Hospício Pedro II, único hospício à época, existiam cerca de 4 ou 5 classes mais a classe categorizada como de indigente. Como forma de acesso à internação exigia-se um atestado médico e o tratamento era pago pelas famílias ou alguém das relações pessoais do paciente que se dispusesse a fazê-lo. Nos casos em que não era possível o pagamento, além do atestado médico deveria também ser apresentado o atestado de pobreza como documento que, se aprovado pelo então Provedor, garantiria o tratamento gratuito, contudo, na condição de indigente (RIBEIRO, 2016).

A reprodução do corte de classe no interior do hospício influenciava, conseqüentemente, a intervenção terapêutica. O tratamento moral, de base pineliana e fundado na

¹ Machado (1978); Cunha (1986); Costa (1989).

² Sugiro ver Ribeiro (2016).

³ Trata-se de Costa (1989), Engel (1999), Teixeira (1998).

obrigatoriedade do trabalho, era indicado para os loucos pobres. Para os demais, ou seja, aqueles que possuíam seu vínculo à classe dominante, o trabalho obrigatório não era prescrito. Acreditava-se que, como terapêutica, não se obteria resultado porque a ocupação desses sujeitos na vida cotidiana se dava por outras vias e isto deveria não apenas ser respeitado, mas, fundamentalmente, reproduzido no interior do manicômio. Enquanto o trabalho era indicação aos pobres, aos demais se destinava a leitura e os jogos (MACHADO, 1978).

Estudos indicam que sempre houve um corte de classe na assistência à loucura institucionalizada pelo manicômio (BASAGLIA, 2005; ROSA; CAMPOS, 2013; ENGEL, 2001; GOMES, 2014). Nesta perspectiva, a compreensão é de que o manicômio serviu historicamente para invisibilizar parte da classe trabalhadora que não se inseria na esfera produtiva. Porém, sua funcionalidade não se esgota nesta dimensão. Se as indicações para internação eram distintas, de uma forma geral, em muitos casos elas também passavam pela questão dos *costumes* ao se tratar, por exemplo, de mulheres no do exercício de sua sexualidade, como bem demonstra Engel (2001).

No início do século XX foi reproduzido no país um modelo de assistência de caráter mais *ampliado*: as Colônias Agrícolas. Para Amarante (1994) a implantação do modelo de colônias na assistência em saúde mental após a Proclamação da República correspondeu à primeira Reforma Psiquiátrica brasileira. No interior das Colônias, o corte de classe também refletia diretamente na forma de tratamento, conforme demonstra a citação abaixo de Medeiros (1993) ao reproduzir um trecho do psiquiatra brasileiro Juliano Moreira:

Os alienados, os idiotas e os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranquilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa quando as condições físicas dos doentes o permitiam e nos parentes, por si ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viagem. Se agitados punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranquilos, vagueavam pela cidade, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente (MOREIRA apud MEDEIROS, 1993, p. 169).

Imbuído nas reflexões sobre a relação entre sociedade, saúde mental e psiquiatria Basaglia (2005) afirma que o tipo de tratamento dispensado aos pobres foi historicamente mais estigmatizante do que os demais sujeitos. Estes últimos, em geral, tiveram um tipo de tratamento que evitava descontextualizá-los da sua realidade, rotulando-os como doente mental, categoria que aciona sentidos negativos para os atos e comportamentos que, num movimento reducionista, passam a ser explicados inteiramente por uma classificação diagnóstica.

Para o autor, a psiquiatria tradicional, é “[...] uma das estratégias defensivas voltadas à manutenção do *status quo* da sociedade [...]” (BASAGLIA, 2005, p. 188) e possui estreita funcionalidade ao sistema social vigente. Nesta relação, as práticas mais ou menos repressivas correspondem a períodos determinados do próprio desenvolvimento capitalista.

No Brasil, apesar da lacuna teórica sobre os elementos de classe, raça e gênero no campo da saúde mental, vivenciamos importantes avanços nas últimas décadas por meio de distintos estudos e pesquisas⁴. Contudo, a atual conjuntura nos desafia no que se refere tanto à garantia das condições objetivas e subjetivas de investimentos para a continuidade e avanço destas pesquisas, quanto do conjunto de pesquisas científicas no país.

Conjuntura de Crise, reação conservadora e o campo da saúde mental

O efeito da conjuntura de crise no Brasil⁵, cuja principal mediação tem sido as políticas de ajuste, é devastador e vem rebaixando a patamares mínimos algumas das conquistas da sociedade brasileira (SAMPAIO JÚNIOR, 2011). O processo de adaptação do país às novas tendências de internacionalização do capital tem tido como principal consequência, segundo a análise de Sampaio Júnior (2011), a crise terminal da nova república em que se perde o mínimo civilizatório conquistado.

Com a política de ajuste permanente, a orientação da privatização dos serviços públicos e o avanço do capital no fundo público – outra característica dessa conjuntura – as políticas sociais, especialmente a de saúde, tornam-se atrativas para os investimentos privados. A política de saúde vem enfrentando os efeitos da contrarreforma através, mas não exclusivamente, das formas de gestão sob a lógica privada.

O impacto deste cenário no subsetor da saúde mental não tem sido diferente. Há, contudo, particularidades do campo da saúde mental que precisamos considerar.

O que denominamos de campo da saúde mental contempla um conjunto de práticas, saberes, teorias que pode caracterizá-lo como polissêmico e plural (AMARANTE, 1994; AMARANTE; GULJOR, 2017). Há nele “[...] disputas de projetos e as tendências que atravessam a Reforma Psiquiátrica brasileira” (COE; DUARTE, 2017). É “[...] um campo de lutas políticas e ideológicas [...] um movimento político impregnado ética e ideologicamente e vinculado organicamente as lutas pela transformação da sociedade” (COE; DUARTE, 2017).

Uma característica orgânica ao campo da saúde mental no Brasil é seu traço voluntarista, inspirado (com muitas limitações em relação a proposta original), pela tradição basagliana. Na conjuntura de crise a tendência é de um significativo aumento desta característica em sua versão mais nefasta para os trabalhadores (nos referimos tanto aos trabalhadores em saúde mental quanto aos trabalhadores usuários dos serviços de saúde mental).

Não há aqui o que se confundir entre voluntarismo (tão aclamado pelos entusiastas neoliberais) e o princípio da primazia da prática defendido por Basaglia (2005). Sobre isso, nossa hipótese é a de que incorporamos tal princípio, no Brasil, com equívocos, não identificando a práxis a que Basaglia (2005) se referia e, com isto abrindo espaço para as limitadas práticas voluntaristas.

⁴ Tais como Pereira e Passos (2017), Arruda e Passos (2017), Almeida (2018), Duarte (2017), Oliveira, Duarte e Pitta (2017), Pereira e Amarante (2017), Gomes (2017a, 2017b), entre outros.

⁵ Trata-se de uma crise estrutural do capital (MÈSZAROS, 2003) que não realiza nenhuma ruptura com a ordem burguesa, seu sentido é de uma processualidade. Um diferencial importante da crise atual daquelas de outros períodos históricos é a dificuldade no processo valorização do valor que tem culminado com cenários cada vez mais profundos e dramáticos de barbárie social (ALVES, 2011).

A primazia da prática, que interpretamos como referência a uma práxis transformadora, não é desconhecida da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ao contrário, era o que estava presente no final nos anos 1980 quando os primeiros serviços de assistência em saúde mental alternativos ao manicômio foram criados no país (em Santos (SP) e Angra dos Reis (RJ)) sem nenhuma previsibilidade jurídico-legal.

No caso da saúde mental a postura voluntarista pode acionar uma criatividade sem fim onde os técnicos se sentem responsáveis por agenciar tudo: desde responder a crise do usuário (com tudo o que isso envolve) até responder aos efeitos de outro tipo de crise – a crise estrutural do capital cuja forma de enfrentamento pelas classes dirigentes tem tido efeitos sobre o Estado e o conjunto de política sociais - e assumir como suas as tarefas de fazer visitas com o próprio carro, comprar material para as oficinas com dinheiro próprio ou, e isto é tão preocupante quanto, com o pouco dinheiro da venda de produtos confeccionados pelos usuários nas oficinas de trabalho e geração de renda, entre outras coisas.

Por outro lado, o voluntarismo, na medida em que se configura como uma prática esvaziada de recurso teórico, de atuação no plano da imediatividade, pode conduzir a momentos de paralisação diante de uma conjuntura de ajustes e endurecimento fiscal, porque impõe a lógica do trabalhador polivalente que deve vestir a camisa e dar conta do recado, sob o risco de, ao não fazê-lo, ser considerado descomprometido com o trabalho desenvolvido e as ações de cuidado.

Se por um lado temos no cotidiano do trabalho o agravamento dos quadros mais graves pelo processo de desassistência, em virtude do processo de desmantelamento do conjunto de políticas sociais, por outro, temos um movimento claro de acirramento da disputa de projetos no interior do campo da saúde mental: os que defendem o projeto de Reforma Psiquiátrica, reconhecendo que há diferenças entre uma vertente radical (anticapitalista, antimanicomial, antiproibicionista e não seccista) e outra de postura conciliadora e, de outro lado, o projeto conservador, capitalista, proibicionista, eugenista e anti Reforma Psiquiátrica.

Expressão recente desta disputa refere-se a reação conservadora que vem ganhando força no país e tem demonstrado a capacidade de atingir centralmente o campo da saúde mental impactando o processo de implementação da Rede de atenção psicossocial. Uma das expressões recentes desse avanço conservador foi a aprovação recente da Portaria Ministerial 3.588/2017 (BRASIL, 2017), conforme destacado no texto de Passos (2018).

Esta Portaria introduz mudanças substanciais na natureza do processo de Reforma Psiquiátrica no país ao incluir os hospitais psiquiátricos como componentes da Rede de Atenção Psicossocial, para os quais haverá destinação de recursos. Em agosto de 2018, o Ministério da Saúde divulgou o aumento do valor do leito em hospital psiquiátrico no país, o que era impensável em passado recente. O aumento do valor do leito psiquiátrico em hospital especializado expressa, de um lado, uma disponibilidade política com o retorno do processo de institucionalização e, por outro, como consequência direta, um desinvestimento na ampliação da rede de atenção psicossocial de base territorial e substitutiva ao modelo hospitalocêntrico.

A modificação em questão não foi precedida de debates com os movimentos sociais e instituições do campo da Reforma Psiquiátrica. Nossa avaliação é de que este movimento de mudança na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas desconsidera os avanços, mesmo com dificuldades e críticas, que o modelo substitutivo de assistência em saúde mental alcançou a partir de sua política de redução de leitos especializados em hospitais psiquiátricos, da eficácia e do impacto da rede integral de cuidado no território da RAPS e da estratégia da redução de danos no trabalho relacionado ao uso de álcool e outras drogas, ignorando as recomendações de instituições internacionais como a OMS e a ONU. Instituí arbitrariamente uma política de saúde mental que afronta os princípios e objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira porque, entre outras coisas, implicará no desfinanciamento da rede de atenção psicossocial. Cabe destacar que em 2002, 75,24% dos recursos do SUS para a área da saúde mental eram destinados a hospitais psiquiátricos especializados, enquanto apenas 24,76% eram destinados para a rede substitutiva. Com o avanço da implementação da Reforma Psiquiátrica, em 2014, 79,39% dos gastos foram destinados à rede substitutiva em saúde mental enquanto 20,61% com hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2015). O cenário que a Portaria 3.588/2017 parece indicar, no médio prazo, é regressão do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica antimanicomial no país com retorno próximo aos patamares de investimento de mais de uma década atrás.

Diante deste cenário e a partir das problematizações realizadas por PASSOS (2018) indagamos: o que está sob ameaça? Não é a Reforma Psiquiátrica tomada abstratamente, uma vez que a história nos indica a existência de distintos projetos de Reforma Psiquiátrica com objetivos bem diferenciados entre si e onde a crítica radical à lógica manicomial não estava presente ou não era um ponto central.

O que está em jogo é o projeto de Reforma Psiquiátrica radical, defendido pelo movimento da luta antimanicomial, ou seja, um projeto de reforma que, apesar do nome, se coaduna com o projeto de transformação social, de superação das relações sociais capitalistas que promoveram, no campo da saúde mental, a invisibilização da loucura através da instituição de relações violentas e violadoras.

Portanto, é a direção social hegemônica da Reforma Psiquiátrica brasileira, este projeto radical, antimanicomial, que assume a desinstitucionalização em oposição a desospitalização que está sob ameaça. Em última instância, seu objetivo radical de transformação da relação social com a loucura, que foi, historicamente, violenta e opressora.

Os desafios com os quais a Reforma Psiquiátrica e o Movimento da Luta Antimanicomial se deparam são inúmeros, graves e guardam relação, por um lado, com questões específicas das práticas de atenção e cuidado em saúde mental, e por outro, com determinações estruturais e conjunturais que atingem o conjunto de políticas sociais e da classe trabalhadora. Enfrentá-los demanda reconhecer, entre outros aspectos, as questões de classe, gênero e étnicos-raciais que marcam a nossa formação socio-histórica e como elas se apresentam na realidade da sociedade brasileira atual e no debate teórico-político do campo da saúde mental.

Acreditamos que compreensão deste conjunto de desafios passa também, por um lado, pelo reconhecimento das particularidades históricas deste campo sem que isso represente a hipostasia destas particularidades em relação as lutas mais gerais da classe trabalhadora.

O que análise do real tem nos mostrado é que as saídas capitalistas em momento de crises tem levado à reatualização das práticas manicomiais, vinculadas à práticas neoconservadoras, racistas, eugênicas, higienistas, proibicionistas que tem se manifestado na realidade brasileira da Reforma Psiquiátrica pela inclusão das comunidade terapêuticas na RAPS, pela mudança recente na legislação que impulsiona o avanço dos manicômios no país, pelas internações compulsórias de pessoas em situação de rua, entre outros. Neste sentido, Passos nos alerta que:

Na esperança de seguirmos problematizando a função social do hospício no capitalismo acreditamos ser fundamental (re)construirmos nossas análises e percursos antimanicomiais reconhecendo as particularidades da formação social brasileira. Se for para nos inspirarmos que possamos ampliar a nossa lente e identificarmos que os hospitais psiquiátricos no Brasil são um grande reflexo dos navios negreiros, lugar esse que muitos morreram no anonimato, sem dignidade e impedidos de manifestarem sua existência. Lembremos que os manicômios ultrapassam os muros e se atualizam a todo instante (PASSOS, 2018, p. 19).

Se na atual conjuntura parece não haver mais espaço para posição conciliadora, urge a reorganização política dos movimentos antimanicomiais presentes no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira para prosseguirmos na luta por uma sociedade sem manicômios, desigualdades de classe, gênero, raça e etnia, pois como atestou Basaglia:

Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não a miséria do mundo, e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação (BASAGLIA, 1982, p. 29).

Referências

ALENCAR, M. GRANEMANN, S. Ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional. *Katálysis*, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 161-169, jul./dez. 2009.

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toytismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P.; GUJOR, A. P. Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária. *Cadernos do CEAS*, Salvador; Recife, n. 242, p. 635-656, set./dez., 2017.

ARRUDA, J; PASSOS, R. O caso de Antônia e a medicalização do corpo lésbico numa instituição de atendimento socioeducativo. **Revista Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 6, n. 2, p. 233-242, out. 2017.

BASAGLIA, F. Um problema institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 35-60.

BASAGLIA, F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. **Conferências no Brasil**. São Paulo: Monsanto, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília [DF], 21 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados**, Brasília (DF), n. 12, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília [DF], 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília [DF], 23. dez. 2011.

COE, N.; DUARTE, M. A construção do Campo da Atenção Psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: Rupturas, Tessituras e Capturas. In: Duarte, M. J.; PASSOS, R. GOMES, T. **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017. p. 80-100.

COSTA, J. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

DUARTE, M. Diversidade sexual e de gênero e saúde mental: enlaçando políticas e direitos. In: PASSOS, R. COSTA, R. SILVA, F.(orgs.) **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 129-158.

ENGEL, M. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

- ENGEL, M. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 47-63, 1999.
- GOMES, T. Reflexões sobre o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil neoliberal. In: DUARTE, M. PASSOS, R. GOMES, T. (orgs.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017a. p. 51-66.
- GOMES, T. Apontamentos sobre a inserção das pessoas com transtorno mental no trabalho formal. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 201-223, 1º semestre de 2017b.
- GOMES, T. Capitalismo contemporâneo, crise e política social: impactos na política de saúde mental, crack, álcool e outras drogas. **O Social em Questão**, ano 18, n. 34, p. 297-314, 2015.
- GOMES, T. **Para além da rima pobre do capital**: questões sobre a inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho formal. 2014. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Programa de Pós-Graduação do Departamento de Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- MACHADO, R. **Política e Hospital Psiquiátrico**: Mostra Memórias da Loucura. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.
- MACHADO, R. **A danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MEDEIROS, T. Uma história da psiquiatria no Brasil. In: SILVA FILHO, J; RUSSO, J. (orgs.). **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumarã, 1993.
- MOURA, C. **Sociologia do negro brasileiro**. São Paulo: Ática, 1988.
- OLIVEIRA, I; DUARTE, M; PITTA, A. Racismo, sofrimento e saúde mental: um debate necessário. In: OLIVEIRA, W.; PITTA, A.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Direitos humanos & saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 2017.
- PASSOS, R. “Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, n. 10, v.3, p. 10-22, set./dez. 2018.
- PEREIRA, M; AMARANTE, P. Mulheres, loucura e patologização: desafios para a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica brasileira. In: PASSOS, R.; COSTA, R.; SILVA, F. (Orgs.) **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p.159-182.
- PEREIRA, M.; PASSOS, R. (Orgs.) **Luta antimanicomial e feminismos**: discussões de gênero, raça e classe. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

RIBEIRO, D. Ciência, caridade e redes de sociabilidade: o Hospício de Pedro II em outras perspectivas. **História, Ciências, Saúde–Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1153-1167, out./dez. 2016.

ROSA, L; CAMPOS, R. Saúde mental e classe social: Caps, um serviço de classe e interclasse. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 144. abr./jun. 2013.

SAMPAIO JÚNIOR, P. A. Metástase da crise e aprofundamento da reversão neocolonial. **Crítica e Sociedade: revista de cultura política**, v. 1, n.3, Edição Especial - Dossiê: A crise atual do capitalismo, dez. 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/14552-54957-1-PB%20(2).pdf>. Acesso em: 2 jul. 2018.

TEIXEIRA, M. Algumas Reflexões sobre o conceito de cura em psiquiatria. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, n. 3, 1996.

TEIXEIRA, M. **Deus e a Ciência na Terra do Sol: O Hospício de Pedro II e a constituição da Medicina Mental no Brasil**. 1998. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental) - Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

VASCONCELOS, E. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da Reforma Psiquiátrica no país. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis: Associação Brasileira de Saúde Mental, v. 4, n. 8, 2012.

Tathiana Meyre da Silva GOMES

Assistente social. Doutora em Serviço Social (PUC-Rio). Professora Adjunta da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF). Professora do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional. Pesquisadora do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Serviço Social e Saúde (NUEPESS). Desenvolve estudos e pesquisas sobre o exercício profissional do assistente social, trabalho, saúde e saúde mental.
