

A política antimanicomial e a reforma psiquiátrica no contexto da saúde pública: uma revisão de literatura

The anti-asylum policy and the psychiatric reform in the context of public health : a literature review

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral¹; Jéssica Yasmine de Lacerda Nóbrega²; Sayonara Abrantes de Oliveira³; Diego Passos dos Santos⁴; Isidro Patricio de Almeida Neto⁵; Maria Carmem Batista de Alencar⁶; Narcaangela Queiroga da Silva⁷ Rubenia de Oliveira Costa⁸ Byanca Eugênia Duarte Silva⁹

RESUMO – A Política Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica tão almejada e difundida, ainda hoje enfrenta grandes desafios, relativos, principalmente à uma falta de articulação entre os setores de saúde, bem como à um déficit considerável de fortalecimento desta política. Neste sentido, o presente trabalho objetiva discutir sobre os desafios que permeiam a efetivação da Política Antimanicomial no Brasil; analisar a Política antimanicomial e o Contexto Neoliberal; bem como, avaliar dicotomias entre Política Antimanicomial teoria frente a sua reprodução prática, utilizando para tal de um estudo bibliográfico com abordagem qualitativa dos dados. Através do qual foi possível concluir que infelizmente o cuidar em saúde mental ainda carrega grandes dificuldades frente ao preconceito e aos receios que a história se encarregou em associar à esta vertente de cuidado ao ser humano, o que demanda uma mudança desses paradigmas, especialmente pelos profissionais atuantes.

Palavras-chave: Saúde Mental; Desinstitucionalização; Atenção à Saúde.

ABSTRACT - The Antimanicomial and the Psychiatric Reform Policy longed and widespread , still faces major challenges , relating principally to a lack of coordination between the health sectors , as well as a considerable deficit of strengthening this policy. In this sense , the present paper discusses the challenges that underlie the effectiveness of the Anti-Asylum Policy in Brazil; analyze the anti-asylum policy and the Neoliberal Context ; as well as evaluate dichotomies between theory Antimanicomial Policy front of his play practice , using such a bibliographic study with a qualitative approach . By which it was possible to conclude that unfortunately the care in mental health still carries great difficulties facing the prejudice and fears that history took care to associate with the care of this aspect to humans , which requires a change of these paradigms , especially by professionals active .

Keywords: Mental health; Deinstitutionalization ; Health Care.

*Autor para correspondência

Recebido em 01.02.2014 e aceito em 04.02.2015

¹Graduada em Enfermagem pela UFCG – Cajazeiras, e-mail: symara_abrantes@hotmail.com;

²Graduada em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos, e-mail: jessicayasmine_nobrega@hotmail.com;

³Graduada em Letras pela UFPB, mestre pela UFPB em linguística e professora do IFPB;

⁴Aluno de Agronomia da UFCG CCTA UAGRA Pombal PB, e-mail

⁵Graduado em Agronomia da UFCG CCTA UAGRA Pombal PB

⁶Graduada em Enfermagem pela UFCG – Cajazeiras

⁷Graduada em Biomedicina pelas Faculdade Integradas de Patos, e-mail: narcaangelabio@hotmail.com

⁸Graduanda em Administração pela UFPB, e-mail: rubeniaadm@gmail.com

⁹Psicóloga pela Faculdade Santa Maria Cajazeira PB

INTRODUÇÃO

A mudança de paradigmas frente ao tratamento de pacientes acometidos por transtornos mentais é tema de grande relevância frente à saúde, onde, apesar de ser amplamente difundido, apresenta diversas limitações decorrentes, especialmente, do grande paradigma de preconceito existente.

A Política Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica tão almejada e difundida, ainda hoje enfrenta grandes desafios, relativos, principalmente à uma falta de articulação entre os setores de saúde, bem como à um déficit considerável de fortalecimento desta política.

Neste sentido, o presente trabalho objetiva discutir sobre os desafios que permeiam a efetivação da Política Antimanicomial no Brasil; analisar a Política antimanicomial e o Contexto Neoliberal; bem como, avaliar dicotomias entre Política Antimanicomial teoria frente a sua reprodução prática.

Para tanto, a partir da realização de um estudo bibliográfico, com abordagem qualitativa de banco de dados composto por artigos científicos e livros da área, buscando assim, traçar subsídios teóricos para abordagem dos objetivos propostos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para contemplar os objetivos propostos e conseguir uma total explanação da temática, foi proposto um estudo tipicamente bibliográfico de cunho exploratório e explicativo.

A pesquisa bibliográfica é aquela que se desenvolve a partir de resolução do problema (hipótese), através das referências teóricas encontradas em livros, revistas e literaturas afins. O seu objetivo é conhecer e analisar as principais contribuições teóricas já existentes na literatura sobre determinado assunto (COSTA, 2002).

Importante frisar que a pesquisa é ainda qualitativa, ao tempo em que busca extrair qualitativamente as melhores informações obtidas pelo material disponível, não remetendo a dados estatísticos ou quantitativos (GIL, 2002).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, até o início da década de 1980, o cenário da assistência psiquiátrica era crítico, caracterizado pela existência de cerca de 80 mil leitos psiquiátricos distribuídos em mais de 500 hospitais públicos e privados pelo país e que, amparado na ciência, produziu durante décadas um quadro aterrador de desassistência. Nessa época, mais de 95% do dinheiro público destinado a assistência psiquiátrica era consumido no pagamento de leitos em hospitais e clínicas privadas conveniadas do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo o Estado o principal responsável por um processo conhecido como a “indústria da loucura”, conforme explicita Calicchio (2007).

A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso para o qual haviam sido criados: a doença à qual se sobrepõe, no manicômio, o objeto (...) para nós o objeto da psiquiatria (...). Somos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja aquele de desinstitucionalização voltado para a reconstrução das pessoas como atores sociais, impedir o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara sobredeterminada de doente (...) Eis porque a necessidade, hoje em psiquiatria, de instituições inventadas. Tal é a nossa experiência seguida em Trieste, filha autopoietica da experiência primeira, a instituição negada. A instituição negada foi a descrição dura de uma contaminação, a prática que a revelava. A instituição inventada é a prática assumida, organizada, consciente daquela contaminação (Rotelli apud BARROS, 1994: 121).

Este cenário é bem inerente às práticas políticas que, infelizmente ainda perfuram com o tempo, onde o capitalismo desenfreado assume a referência de todos os setores de nossa sociedade, onde até mesmo a saúde, bem maior de todos os cidadãos, é colocada à margem de sua importância, ao tempo que se pensam em desvios financeiros e investimentos financeiros infundados, visando apenas fins políticos.

Uma reforma no setor da saúde mental seria, portanto, inevitável, deste modo, as primeiras manifestações no setor de saúde acerca da reforma psiquiátrica surgem a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, movimento este que assume papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraudes e corrupção. Com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, tem-se uma discussão política que não se limita ao campo da saúde mental, estendendo-se para o debate sobre o regime político nacional. Em 1979 ocorre, em São Paulo, o I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujas discussões centraram na necessidade de um estreitamento mais articulado com outros movimentos sociais, e (em Belo Horizonte), o III Congresso Mineiro de Psiquiatria que, afinado com o MTSM, propõe a realização de trabalhos "alternativos" de assistência psiquiátrica. O ano de 1987 se destaca pela realização de dois eventos importantes: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do

MTSM (em Bauru/SP). Atualmente, esta discussão é retomada, principalmente em Santa Catarina, sob a égide "por uma vida sem manicômios", já que a sociedade pode também ser o manicômio (AMARANTE, 1995).

Assim, a partir deste manifesto, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial que, segundo Lobosque, significa:

***Movimento** - não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; **Nacional** - não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; **Luta** - não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; **Antimanicomial** - uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios.*

Portanto, é no contexto de redemocratização do país e, mais especificamente junto ao movimento de Reforma Sanitária, que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), inicialmente com uma proposta voltada à classe trabalhadora, se reformula e se complexifica ao incorporar usuários e familiares, passando a se autodenominar Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Nesta época, o MLA lançou o slogan "Por uma Sociedade Sem Manicomômios" e instituiu estrategicamente o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, em que são realizados eventos por todo o país, reunindo atividades culturais, acadêmicas, esportivas, políticas etc., com a efetiva participação dos diferentes atores sociais, com o intuito de envolver a sociedade na discussão sobre a reforma psiquiátrica e provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura e seu universo, conforme afirma Amarante (1995).

Observa-se que a partir de tais pressupostos históricos que a reforma psiquiátrica brasileira avançou significativamente como política pública, dando início à progressiva mudança do modelo de atenção em saúde mental desencadeado na década de 1990, de acordo com estudos explanados por Calicchio (2007).

Assim, a partir da lei 10.216 de 06 de abril de 2001, instituiu-se a Reforma do Modelo de Assistência em Saúde Mental no Brasil, conhecida como reforma psiquiátrica, que prevê, além de seus pormenores, a redução do número de leitos para internação e a criação de centros de atenção psicossocial (CAPS), que promoveriam tratamento sem internação, de acordo com Fernandes; Menegócio (2010).

Os CAPS são classificados em três tipos distintos: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Os CAPS I oferecem atendimento a um território cuja população seja de até 50.000 habitantes; Os CAPS II podem chegar a atender a uma região de até 100.000 habitantes, e os CAPS III, que funciona durante vinte e quatro horas e

todo o dia da semana, podendo abranger uma área de até 150.000 habitantes.

Segundo dados do Ministério da Saúde no ano de 2009, havia 208 hospitais psiquiátricos com um total de 35.426 leitos espalhados em todo o Brasil, o que confere 0, 187 leitos para cada 100.000 habitantes. Hoje, a maior parte está situada em hospitais de médio e pequeno porte, o que vem a confirmar um atendimento mais igualitário na prestação dos serviços aos sofredores psíquicos.

Os CAPS, dentro da política de Saúde Mental na atualidade, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção nesta área. Dessa maneira, eles não trabalham isoladamente, sendo integrado a uma rede de serviços que inclui: atenção básica, Residências Terapêuticas, ambulatórios e os centros de convivência.

Para Onocko-Campos; Furtado (2006) "os CAPS constitui-se de uma rede própria, que engajada na gestão pública, procura garantir acesso e integridade nos serviços prestados". É notório que, para alcançar um dos seus objetivos, a desinstitucionalização e a reinserção do sofredor psíquico na comunidade, este sistema além de trabalhar em conjunto com os demais, como por exemplo, a Residência Terapêutica, deve também, introduzir a família numa participação ativa formando um elo que envolva equipe profissional-paciente-família o que irá possibilitar um trabalho mais eficiente na busca do melhor e mais adequado tratamento possível.

A abordagem realizada pelos Centros de Atenção Psicossocial, demonstram importante relevância no tratamento dos pacientes acometidos por transtornos mentais, levando aos usuários, a possibilidade de ressocialização, reintegração à vida.

Neste sentido, Nabuco; Amarante (2012) apontam que,

Após cerca de 30 anos do processo da criação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e da crítica ao tratamento exclusivamente asilar e violento, vemos surgir usuários com o espírito da criança. Aqueles que, por se inserirem nos atendimentos da Rede de Atenção Psicossocial que tem como base o CAPS, produzem um esquecimento produtivo das normas que antes eram impostas, algumas destas que marcavam a loucura como incapacidade e improdutividade e afirmam a vida constantemente, celebrando-a, como os grupos que há cerca de quinze anos vem mostrando uma nova forma de lidar com a loucura. Trazem, desse modo, à lembrança o que ocorria com os antigos gregos, ao tomarem a Praça Pública e decidirem os rumos da cidade, a partir das ações de saúde mental, por meio da comunicação e da criação artística, e demonstram uma arte retórica na resistência para ocupar um novo lugar na polis.

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica se construiu mediante a articulação dos novos serviços com

outros segmentos dos movimentos sociais, tais como as associações de usuários e familiares, ONGs, sindicatos, etc. Essa estratégia estabeleceu uma diferença, principalmente nos anos noventa, entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária: por um lado, ocupou espaços no aparelho estatal e por outro manteve uma identidade de movimento social, por meio do Movimento da Luta Antimanicomial e das associações de usuários. Nutrindo-se das cotidianas questões que surgiam no embate da construção da transformação da assistência, a Reforma Psiquiátrica se atualizava, também, com as questões sociais de seu tempo histórico, conforme afirmam Luzio; Yasui (2010).

Interessante observar essa gama de articulações instituídas na luta pela reforma psiquiátrica, buscando, tão somente, a melhoria de vida para aqueles que, é de crucial importância no processo de articulação e minimização dos conflitos existentes e das dificuldades advindas de qualquer processo de mudança.

Assim, um dos objetivos da Reforma Psiquiátrica foi o de *derrubar os muros* que isolavam o “louco” da convivência com os “normais” e inseri-lo na sociedade, e assim, devolver o *status* de cidadão para alguns e para outros dar-lhe o status de cidadão porque jamais o tiveram. A reforma está em processo, muito foi feito e mais ainda há o que se fazer. Dentro desta perspectiva, a temática estudada nesta pesquisa ganha importância na medida em que direciona o seu estudo para um setor fundamental dentro desse contexto que é o da enfermagem em saúde mental.

Para melhor compreender esse processo de reforma e de mudança necessária, faz-se totalmente importante destacar que, segundo Calicchio (2007) o termo reforma psiquiátrica, em si, não deve ser entendido simplesmente como “desospitalização” e construção de um novo modelo ou sistema de atenção restritos ao campo da saúde mental e coletiva, como pode erroneamente parecer em um primeiro momento. Por reforma psiquiátrica entende-se um processo social e complexo, denominado de *desinstitucionalização*, que, partindo de uma crítica profunda sobre a instituição psiquiátrica e sobre as práticas, saberes e valores que a sustentam e legitimam, busca transformar radicalmente a relação historicamente construída entre a sociedade e a loucura e reconhecer um novo “lugar social” para as pessoas em sofrimento mental.

A reforma psiquiátrica parte da dinâmica da desinstitucionalização das pessoas portadoras de transtornos mentais, e a partir de sua idealização até sua efetivação inicial muitos foram os entraves e barreiras que tiveram de ser transpostos, especialmente no que tange ao preconceito social formado pelo estigma que o “louco” carrega.

É importante frisar que embora fosse reivindicado o fechamento dos hospitais psiquiátricos e abertura de serviços substitutivos, a desinstitucionalização proposta pelo Movimento de Luta Antimanicomial não se resumia à desospitalização. Como bem assinalou Basaglia (2005), o ato político que deveriam assumir todos os envolvidos no movimento antimanicomial deveria ser o da reviravolta institucional e científica, que recusaria o —ato terapêutico como resolutor de conflitos sociais, que não

podem ser superados mediante a adaptação de quem os sofrer. Nesse sentido, a desinstitucionalização psiquiátrica se concretizaria pela subversão da situação científica esclerótica da psiquiatria clássica, —saída da referência dos paradigmas reducionistas, simplistas, vulgares e oitocentistas, constituídos para controlar, de modo rudimentar e grosseiro, as classes subalternas e todas as formas de desvio, em um momento em que era necessário um rápido processo de acumulação capitalista, conforme aponta Rotelli (2006).

Importante, neste contexto, explicar o pensamento de Basaglia (1985, p.14), ao afirmar que “a psiquiatria, desde seu nascimento, é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres, isto é, a classe operária que não produz”. Tal pensamento traduz o pensamento anteriormente descrito, que aponta para uma supervalorização do capitalismo financeiro em detrimento da saúde do trabalhador, do cidadão, especialmente no que concerne à saúde mental, que, em seu escopo, é carregada por julgamentos e preconceitos.

Esse ponto disposto é crucial para compreensão de que existem muitos problemas relacionados com a desinstitucionalização, perpassando por diversos contextos, que abrangem bem mais aspectos que o mero processo de reintegração social dos “doentes”.

Essas dificuldades não se limitam apenas ao estigma gerado e ao preconceito da sociedade geral, mas também, e principalmente, relaciona-se com os profissionais envolvidos, que, para efetivamente iniciar um trabalho pautado na quebra de preconceitos e de metodologias já impostas anteriormente.

Outro ponto crucial a ser explanado como dificuldades inerentes ao processo da desinstitucionalização diz respeito ao fato de que, mesmo com o estabelecimento legal da política antimanicomial, o país ainda vive com o problema referente a locais adequados para um atendimento suficiente para os doentes saídos dos hospitais.

Deste modo, segundo Fernandes; Menegócio (2010), embora o processo de desinstitucionalização tenha trago resultados positivos e oportunidade de recuperação e ressocialização aos pacientes psiquiátricos, uma parcela não se beneficiou desse processo, em virtude das dificuldades e equívocos na implantação e no desenvolvimento de centros comunitários, que acabaram priorizando o tratamento de pacientes menos graves e mais jovens. Desta forma, muitos pacientes retornaram para as instituições psiquiátricas e permaneceram internados cronicamente e outros nem chegaram a sair. Constituem os chamados “crônicos” ou “moradores”, sendo que lá envelheceram e hoje se encontram em situação diferente daquela que apresentavam quando foram internados anos atrás. Muitos foram perdendo os vínculos com o mundo exterior, pelas rupturas familiares e pelo abandono, e também sem condições de independência no auto cuidado para serem encaminhados às residências terapêuticas.

As Residências Terapêuticas são lares, casas inseridas na comunidade, onde são realizados trabalhos de acompanhamento e tratamento dos doentes mentais, visando a sua autonomia, a sua inserção na sociedade,

onde o tipo de cuidado é focado no doente e não na doença, neste sentido, não somente a enfermagem, mas também os demais profissionais de saúde devem unir seus conhecimentos na busca do melhor e mais adequado tratamento possível na tentativa de ajudar o sofredor psíquico no seu reencontro com a vida em grupo, em sociedade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) classifica as Residências Terapêuticas em dois grupos: Sistema de residência terapêutica I; seu foco é a inserção dos pacientes na rede social. Esse é o tipo mais comum, sendo o acompanhamento realizado por um trabalhador do CAPS, do Programa de Saúde da Família (PSF) ou trabalhador doméstico. O número de moradores varia de um a oito. Sistema de residência terapêutica II; constituído pela clientela carente de cuidados, velhos, doentes e/ou dependentes físicos. O cuidado é realizado vinte e quatro horas dia e por pessoal qualificado.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos estão aparados na legislação brasileira, segundo os aparatos jurídicos - políticos: lei federal 7.853/1989, que dispõe sobre as pessoas portadoras de deficiência; o decreto 3.298; lei 10.216 conhecida como lei da reforma psiquiátrica e a lei 10.708, que institui o auxílio reabilitação (BRASIL, 2007). Apesar de parecer um processo simples e rápido, todo o processo de criação de leis e decreto passou por 12 anos de tramitação no congresso, até ser aprovado em abril de 2001.

É neste sentido que o processo de reforma psiquiátrica brasileiro vem se caracterizando pelo extravasamento do campo exclusivamente assistencial, ou seja, por um conjunto de mudanças nas políticas públicas e nos serviços de saúde (não menos importantes), para se constituir como um processo social complexo que se desenvolve em diferentes dimensões — *teórico-conceitual, jurídico-política, técnicoassistencial e sociocultural* — de forma simultânea e interligada, envolvendo atores, instituições, interesses (ora congruentes, ora conflitantes) e práticas que incidem sobre diferentes contextos, mas, especialmente, no imaginário social (CALICCHIO, 2007).

Tomando por base uma experiência explanada por Koda; Fernandes (2007), onde traça uma análise acerca dos conflitos e dilemas vividos em uma instituição de tratamento fundada em Santos – SP, sob pressupostos antimanicomiais, em um núcleo de atenção psicossocial (NAPS) que integra uma rede de cinco miniequipes divididas em regiões definidas, culminando com o fechamento da clínica psiquiátrica em atividade no referido município, observa-se que o trabalho efetivado em tais núcleos objetivam trabalhar a atenção não apenas no momento das crises, mas especialmente fora delas, buscando a ressocialização dos pacientes psiquiátricos, com a melhoria da autonomia, contratualidade social e qualidade de vida. E, com tal objetivo, observa-se na própria pesquisa realizada, um sentimento de realização por parte dos profissionais já experientes neste tipo de atividade, ao expressarem realização com a implantação do serviço pautado na radical contraposição ao modelo manicomial.

Outro ponto crucial que delimita a questão das dificuldades decorridas da mudança do modelo

manicomial é a própria manutenção das atividades profissionais desenvolvimento, manejo dos pacientes, onde em alguns casos, conforme experiências relatadas em textos da área, existem casos em que se pensava-se que a única solução viável seria a colocação de portas, voltando-se assim ao modelo anterior, e carregando consigo a simbolização de aprisionamento, divisão e discriminação, e, justamente por carregar tais significados é que, mesmo se colocando a referida porta, nenhum profissional ousou trazê-la fechada.

A Luta Antimanicomial é fruto de uma conjuntura política, social e cultural que ultrapassou as barreiras dos anos e permanece viva até os dias atuais. O que está em jogo nessa duração de lutas e batalhas é se, por este motivo, relativizarmos os aspectos negativos presentes na permanência da Luta. Pois se necessitamos sempre lutar, é sinal de que estamos lidando com um fenômeno – doença mental/loucura/transtorno mental – que não superará suas dificuldades e retrocessos.

Para Lobosque, o movimento nacional da luta antimanicomial é uma instância política inscrita num processo mais amplo de transformações sociais, cujo *front* consiste no combate às formas de exclusão que tomam a loucura como objeto - *front* radical, na medida em que estas formas de exclusão relativas à loucura resumem formas muito poderosas de exclusão operantes em nosso cultura. Para Soalheiro, o movimento antimanicomial é "um conjunto de estratégias que exigem iniciativas políticas, jurídicas, culturais que criam, possibilitam e marcam a presença da loucura na cidade".

Além desses processos comuns ao cotidiano de um trabalho novo e em formação e transformação, existem ainda problemas práticos e técnicos vividos, como mudanças de gestão, perda do apoio institucional, entre outros, são consoantes ao processo de desestabilização da equipe e desestimulação dos profissionais, que passam a trabalhar de modo relativamente acomodado.

Mediante a mudança elencada no processo de desinstitucionalização ou ressocialização dos portadores de transtorno mental, respaldado pela luta antimanicomial, muitos são os riscos e problemas que desencadeiam momentos de crise nas equipes atuantes, seja pela própria resistência à mudança ou mesmo pelas situações impostas no dia-a-dia.

No Brasil, apesar dos avanços legislativos no campo da saúde mental a cultura da impunidade e da violação dos Direitos Humanos dos portadores de transtornos mentais permanece, sobretudo nos hospitais psiquiátricos que ainda se encontram em funcionamento (Segundo dados do Ministério da Saúde no país existem 42.036 leitos distribuídos em 228 hospitais psiquiátricos) (GRUNPETER; COSTA; MUSTAFÁ (2007).

Após 20 anos, a reforma psiquiátrica pode ser considerada atualmente um processo exitoso, porém, inacabado, mas que vem, progressivamente, redesenhando uma nova política e cenário assistencial em saúde mental em meio aos graves desafios da saúde pública no país. Nesse novo contexto, pode-se afirmar que a produção sociocultural antimanicomial emergente no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, especialmente nos últimos 10 anos, ao articular estrategicamente arte, comunicação e saúde mental e ter como "horizonte ético" o respeito à

diversidade, à diferença e à liberdade, muito vem contribuindo com o avanço do processo de reforma, ampliando as possibilidades de participação e intervenção na cultura e, por conseguinte, a produção de novos sentidos sobre a loucura, facilitando sua reinserção a rede complexa e dinâmica de trocas sociais, políticas, econômicas e simbólicas (CALICCHIO, 2007).

É importante lembrar que embora a reforma psiquiátrica antimanicomial seja hegemônica atualmente no país nem todos os intelectuais e profissionais brasileiros concordam com os rumos que a política de nacional de saúde mental tem seguido. Os militantes da psiquiatria clássica seguem defendendo a legitimidade da retomada dos manicômios como modelo de tratamento dos transtornos mentais (GENTIL, 2001).

E, como contribuição de outros estudos, pode-se inserir nesse contexto que a formação profissional e sua investidura de forma concisa e incisiva é de fundamental importância no processo de quebra de paradigmas geradores de conflitos entre as equipes atuantes, fazendo com que o trabalho flua de forma a realmente atender as necessidades de se trabalhar a luta antimanicomial, trazendo para nossa sociedade aqueles que nunca deveriam ter sido afastados.

Tem-se ainda de se destacar que a necessidade de produção de uma nova cultura que comporte a loucura, não como tolerância, mas, como gesto da aceitação de uma condição inerente ao ser humano, para a qual urge buscar, incansavelmente, respostas técnicas e científicas que não desqualifique ou puna quem já enfrenta limites para compreender o mundo. Esse sentido que a loucura adquire - o de uma realidade humana que faz interseção com os diversos campos do universo da existência - precisa ser cultivado, ou seja, produzido como cultura e assumido não como assistencialismo, mas como direito de cidadania (SILVA, et al., 2012).

CONCLUSÕES

O presente trabalho traz em sua consigna que a luta antimanicomial, embora seja amplamente abordada, difundida e preconizada, na prática ainda configura como um objetivo de cuidado aos transtornos psicossociais bem distante de ser concretizado.

Infelizmente o cuidar em saúde mental ainda carrega grandes dificuldades frente ao preconceito e aos receios que a história se encarregou em associar à esta vertente de cuidado ao ser humano.

Neste âmbito, conhecer, compreender e analisar a referida Política Antimanicomial vem a empoderar os profissionais no âmbito da ressignificação dos conceitos que permeiam o cuidado ao ser humano acometido por transtornos dessa natureza, cabendo aí a contribuição do presente trabalho para a comunidade acadêmica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- BARBOSA, L.S.; A luta antimanicomial em tempos de atenção psicossocial. *Psicologia & Saberes*, 2012, 1(1), pp. 05-10.
- BARROS, D.D. Jardins de Abel – desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; Lemos Editorial, 1994.
- BASAGLIA, F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- CALICCHIO, R.R. Vinte anos de luta antimanicomial no Brasil - arte e comunicação como estratégia de participação e transformação social no contexto da reforma psiquiátrica. *ECO-PÓS-* v.10, n.1, janeiro-julho 2007, pp.13-21.
- FERNANDES, E.R.; MENEGÓCIO, A.M. Luta antimanicomial: envelhecendo com transtorno mental crônico institucionalizado. *Revista de Psicologia*. Vol. 13, n.18, ano 2010.
- GENTIL, V. (2001). Editorial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, n. 1, pp. 3-6.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisas. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GRUNPETER, P.V.; COSTA, T.C.R.; MUSTAFÁ, M.A.M. O movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. *Anais do I Seminário Nacional. Movimentos Sociais, Participação e Democracia* 25 a 27 de abril de 2007, UFSC, Florianópolis, Brasil. ISSN 1982-4602.
- KODA, M.Y.; FERNANDES, M.I.A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 23 (6): 1455-1461, jun.2007.
- LOBOSQUE, A.M. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.
- LUZIO, C.A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010.
- ONOCKO - CAMPOS, R.T; FURTADO, J.R. Entre a saúde coletiva e a Saúde Mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (CAPS) do sistema único de saúde. *Cad. Saúde pública*, v. 22, n. 5, Rio de Janeiro. Mai/2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 ago. 2010.
- ROTELLI, F. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. In, Amarante, P. (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 301-306. 1a. Reimp.
- SILVA, A.T. Propósito da diversidade, cultura e saúde mental: novas dimensões para a compreensão da loucura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. Vol. 16, N. 3, P. 435-438, 2012.

