



## O TRESPASSAR DOS MUROS E O ALUMBRAR DA ESPERANÇA: O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO.

Eliseu Bahnert  
Adriane Wollmann (Orientadora)

### Resumo

O movimento antimanicomial, objetiva-se na retirada dos pacientes internados em manicômios e que estavam em situações precárias, tanto para restituir os direitos humanos e reinserir socialmente, quanto criar serviços a princípio alternativos e posteriormente substitutivos, aprimorando os serviços de políticas públicas em saúde. O artigo procura analisar alguns desafios encontrados no processo de desinstitucionalização e quais os efeitos da reinserção social e atendimento extra-hospitalar. O presente trabalho através do método de revisão bibliográfica da literatura do campo estuda os progressos que existiram nos serviços públicos responsáveis pelo atendimento e na forma de tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Mudanças foram realizadas e ainda devem ser feitas, para que os manicômios sejam desconstruídos e demandem a desconstrução das formas rígidas e hegemônicas de tratar e cuidar, que se atualiza e evidencia-se no cotidiano dos serviços substitutivos em certas práticas na frágil articulação da rede de saúde mental e sociedade.

**Palavras-chave:** Desinstitucionalização; Saúde mental; Reinserção; Práticas em saúde.

### Abstract

The anti-asylum movement is aimed at the removal of the asylum in patients who were in precarious conditions, as to retribute their human rights and socially reinsert them, as to create priory alternative and posteriorly substitutive services, improving the services of public politics in health. The article aims to analyse some challenges found in the deinstitutionalization process and which are the effects of the social reinsertion and out-of-hospital care. The present work through the method of review of the literature of the field studies the progress that existed in the public services responsible for the care and way of treatment of the subject in psychological distress. Changes were made and still have to be made, so the asylums are deconstructed and demand the deconstruction of the rigid and hegemonic ways of care, that renews and evidences itself in the routine of the substitutive services in some practices in the fragile articulation of the mental health system and society.

**Key words:** Deinstitutionalization; Mental health; Reinsertion; Practices of health care.

### INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva demonstrar as trajetórias e dificuldades na desinstitucionalização de pessoas com histórias de internamentos em

manicômios e a sua inclusão no meio social. Serviços substitutivos<sup>1</sup> foram criados para suprir a necessidade da demanda do sujeito em sofrimento psíquico, para que este não mais precisasse ser depositado em asilos manicomialis, e tivesse um tratamento digno e humano de forma a usufruir de seus direitos de cidadão, sendo reinserido socialmente e assim tendo oportunidade de frequentar espaços físicos como Igrejas, escolas, teatro, oficinas e tudo que demais possa gozar dentro de sua sociedade.

As práticas psiquiátricas foram por durante muitos anos a principal e única forma de tratar o sujeito, ficando sobre sua tutela, o paciente se via sem meios de reivindicar as péssimas condições com que era tratado. Foi em detrimento de tratamentos desumanos, tal como a lobotomia, eletroconvulsoterapia, surras, alimentação precárias e etc., que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) toma a frente e escancara os portões para que a sociedade pudesse ver o que se passava por dentro dos muros e ainda, responsabiliza-la pela maneira conivente com que agia sobre a exclusão e internação desenfreada. Uma luta política, social, cultural, é iniciada. O objetivo inicial, trespassar os muros e alumbrar a esperança para aqueles que sobreviveram aos manicômios que se assemelhavam aos campos de concentração nazista e para que outros mais não precisassem sofrer com o descaso do internamento. A ideia inicial foi criar serviços alternativos, para que a internação não ocorresse por motivação banal e sem diagnóstico, todavia, o hospital continuou servindo de destino e centralizado, reformulando a proposta, foi então necessário a desconstrução do desejo manicomial e consequentemente a dos manicômios, a retirada dos pacientes e diminuição gradativa dos leitos psiquiátricos. Fato incontestável era que doentes mentais ou não, não mereciam os tratamentos que lhes eram impostos, afinal, acabava por piorar o estado.

A história da reforma psiquiátrica brasileira é um processo em construção que se faz dia após dia, e cada vez mais requer participação

---

<sup>1</sup> Diferentemente das comunidades terapêuticas brasileiras, que são chácaras, na maioria com cunho religioso, para tratamento de álcool e outras drogas.

permanente da comunidade, profissionais, usuários e seus familiares. Durante muito tempo discursos e práticas psiquiátricos sustentaram que a loucura era signo da doença mental e reforçaram a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental, deixando os pacientes em total responsabilidade do saber psiquiátrico (AMARANTE, 2007). Dentre os vários impasses, encontram-se a redução da reforma a um processo de desospitalização sem a real desmontagem do hospital psiquiátrico e o deslocamento completo da atenção em saúde mental para serviços substitutivos territoriais integrados à rede de saúde mais ampla. Com um processo lento, aos poucos foi se efetivando algumas premissas. Porém existem uma série de impasses que tornam complexa a concretização desta proposta de desinstitucionalização, pois a sociedade em si oferece resistência em receber e aceitar o sujeito em sofrimento psíquico, excluindo-o de forma evidente do meio social e proferindo as mais diversas estigmatizações, pois o 'louco' traz consigo sinônimos de periculosidade, desrazão, sendo considerada constrangedor o convívio. Paralelamente a estas questões, os profissionais que são os responsáveis pelo acompanhamento afim de propiciar condições de tratamento que não retirem o usuário do seu meio social, ainda demonstram muito interesse no diagnóstico, sem se importar com a reinserção social do sujeito no que diz respeito aos seus direitos e também na totalidade do sujeito, reduzindo ele a um apanhado sintomático (AMARANTE, 2005).

## **MATERIAL E MÉTODO**

Este estudo constitui-se de uma revisão bibliográfica de cunho exploratório, realizada entre março de 2018 e agosto de 2018, no qual realizou-se uma consulta sistematizada de artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados do \Scielo e livros de atenção psicossocial que tratam do tema. A pesquisa dos artigos foi realizada entre março e agosto de 2018. Os critérios para inclusão dizem respeito ao processo do movimento antipsiquiatria e a luta antimanicomial.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES OU REVISÃO DE LITERATURA

Foucault (1975) afirma que durante a idade média, a lepra assombrava as terras, contaminando quem deparasse pelo seu caminho; deteriorando seus corpos como traças comem os tecidos. Provocando angustia e medo dessa doença que estava prestes a erradicar toda espécie humana e que anunciava assim, o fim dos tempos. A presença dos portadores da enfermidade era de grande constrangimento no meio social; as feridas abertas, contaminadas cada vez mais pela falta de higiene, a carne em decomposição e o mal cheiro, eram características do leproso. Foi por tais motivos que houve a necessidade da criação de lugares que pudessem abrigar os doentes, batizados de leprosários, caracterizava-se por privar os doentes do convívio social com o intuito de propiciar a cura e não deixar que a lepra fizesse outras vítimas.

Os contaminados pela doença, assim como a própria lepra, depois de certo tempo e de modo misterioso, desaparecem. Assim, o desejo dos 'normais' é concretizado; nem as lapides dos corpos enterrados, consumidos pela doença sobram para contar história. Somente os leprosários dão notícias de que foram ocupados; as estigmatizações sobre os leprosos permanecem, evidenciando todo preconceito e exclusão e após alguns anos, encontrando outros substitutos para retomar o lugar de alvos de preconceito e exclusão, são eles os pobres, bastardos, mendigos, mulheres e cabeças alienadas. Os leprosários vazios, precisavam de outro destino, primeiro as doenças venéreas<sup>2</sup> ocupam os hospitais. Posteriormente, outro problema começa a afligir e assombrar os homens; agora, este com diversas singularidades e peculiaridades é tido como algo inexplicável à primeira vista; tomando posteriormente conceitos que permeiam da marginalidade ao cômico. O louco se torna constrangedor no meio social, uma vez que seus delírios e alucinações não eram passíveis da compreensão do leigo, em conjuntura com o não exercício de funções, provocava descontentamento por parte de alguns, o que provoca então a necessidade de que medidas fossem adotadas (FOUCAULT, 1975).

---

<sup>2</sup> Atualmente conhecida como doenças sexualmente transmissíveis.

Quando se pensa em loucura, é possível pensar com Foucault (1975) que os loucos eram levados para navios, que com a incerteza da chegada viam seus locais de origem se distanciar, a nau dos loucos, que logo ficavam lotadas em uma verdadeira conglomeração de corpos, angustias e medos, predestinados a sucumbir em alto mar, partiam em direção ao desconhecido. Não havia a necessidade de prestar contas sobre seus destinos ou o que havia acontecido, porque não voltaram – era um alívio que os desprovidos de razão não retornassem. Antes de perderem suas vidas, perdiam seus direitos, se tornavam espetáculos aos olhos dos ‘normais’, motivos de sarcasmos, alvos de violências, preconceitos, ódio e paradoxalmente de medo à loucura, a incerteza se era uma possessão ou uma mensagem divina, o que provocava a desordem, eram inúmeras perguntas e tentativas de respostas sobre elas, não podendo responder, era preterível a exclusão, o aniquilamento daqueles pobres desarrazoados. Os mais diversos motivos fomentavam o descontentamento e o desejo de excluir os loucos por parte do homem da idade média (FOUCAULT, 1975).

Posteriormente a isso, Amancio (2012) aponta que Pedro II cria o primeiro hospício no Brasil, e logo outros congêneres se alastraram por todos os cantos. O tratamento pendia para a exclusão e segregação, desde seu início foi um grande palco de indiscriminadas internações, gerando extrema superlotação e um desequilíbrio social, pois curáveis e incuráveis eram submetidos a internação e conseqüentemente a segregação. Os manicômios são incumbidos da responsabilidade de tratar os loucos e os desagradáveis para a sociedade, estes ficavam sujeitados ao tratamento desumano, que piorava as condições físicas e psicológicas e os retiravam de maneira violenta do meio social. Não se tinha cuidados com a higiene, os tratamentos concentravam-se em torno da tortura e a medicalização sem manejo adequado era uma forma de manter os doentes controlados e os eletrochoques era usado como forma de punição para aquele que não cumprisse ou descumprisse uma ordem expressa pelos funcionários dos manicômios, que obtinham total poder sobre os pacientes.

Amarante (2007) relata que os hospitais anteriormente filantrópicos e sobre a administração do clero, tinham como papel principal a assistência aos necessitados. O nome em si carrega o sinônimo de hospitalidade, hospitaleiro, hospedagem e a assistência era destinada aos desprovidos de condições, desde físicas até mesmo biológicas, abarcando todos os tipos de necessitados (pobres, loucos, crianças abandonadas, delinquentes). O autor continua afirmando que o próprio médico não tinha o hospital como local permanente de trabalho, este só se fazia presente quando solicitado em casos graves que necessitavam um acompanhamento e/ou medicalização adequada. O autor destaca que com o passar dos tempos ao médico foi atribuído o total saber e conhecimento sobre os alienados e que permeado pela legitimidade dada tanto pelo estado, quanto pela sociedade, somente ele poderia se ocupar de tratar e curar o louco. Dando validade em suas ações, não havia a necessidade de prestar contas sobre seus serviços e os resultados obtidos, positivos ou negativos.

O autor continua afirmando que umas das propostas de tratamento girava em torno do trabalho terapêutico, que consistia em colocar o internado em uma lavoura, para capinar e cultivar a terra. Essa ideia surgiu de Pinel, o pai da psiquiatria, que acreditava afincado que a desordem mental, poderia ser reorganizada pelo trabalho; assim surge as colônias, dado esse nome justamente por serem lugares afastados da cidade e que os pacientes iriam para trabalhar; sem reajuste salarial e em péssimas condições de sobrevivência. Arbex (2013) logo, começavam a não ter mais aptidão para a realização das atividades, o enfraquecimento causada pela precária alimentação causava castigos severos, culminando cada vez mais para que os pacientes comessem a desenvolver doenças ou morrerem, pois a fragilidade com que se encontravam eram de grandes semelhanças com a morte, inertes no solo, cobertos por moscas, exalando um péssimo odor que se assemelhava e se misturava com a decomposição de outros corpos já em estado de decomposição.

Em alusão as embarcações, conhecidas como a nau dos loucos, Arbex (2013) pontua que agora, outro tipo de transporte era usado para levar os

loucos para os manicômios. Este percorria pelas linhas férreas, comportava mais corpos, mais forte e com um ruído que anunciava sua partida, significava que pobres, mendigos, desprovidos de razão, mulheres, crianças bastardas e todos que a sociedade por algum motivo, justificava que sua presença desagradável, intolerável em seu meio estavam partindo, não tinham o mar como destino, nem o horizonte, muito menos a calma do velejo, mas estes viam os vagões fechados e as linhas que traçavam suas idas e vidas, um caminho sem volta, as portas se fecham, a buzina apita, chegava mais uma porção de loucos no manicômio, este era o destino, muros altos, grades nas janelas, eletrochoque, um verdadeiro labirinto da desumanidade.

Conforme Marcantonio (2010) a sociedade desenvolve um padrão de normalidade, sem muitas possibilidades de um diagnóstico preciso e consistente, muitas vezes feito pelo poder, pela injustiça, pois pessoas eram condenadas ao manicômio por terem sido estupradas e engravidado, outras por terem doenças crônicas, como por exemplo Parkinson, epilepsia ou qualquer outro problema, até social. O normal em uma tentativa de se sobressair e se diferenciar do anormal começa a erradicar o diferente; estranho; desconhecido. Uma enorme exclusão social, legitimadas pelo poder do estado e pelos cidadãos constituintes da sociedade, incumbe ao manicômio o dever de isolar e remodelar o paciente, já que este era um perigo para si e para a sociedade e precisava ser reeducado. Foucault (1975) pontua que as instituições então responsabilizadas do processo disciplinar, deveria fazer com que o sujeito internalizasse normas, para que este fosse então readequado e reeducado conforme a normalidade da sociedade. Para isso, surras e choques eram despendidos com o propósito de ensinar e reeducar. Com esse desígnio é que houve uma proliferação de manicômios por todos os territórios possíveis.

Barbacena ficou conhecido como o maior hospital psiquiátrico brasileiro, onde cerca de 60 mil pessoas morreram, Arbex traz em seu livro, com o intuito de mostrar a realidade do hospital colônia e de tantos outros modelos, que tiveram as manchas de sangue por entre os muros. Segundo Arbex (2013) a realidade do manicômio de Barbacena-MG era diferente do que apresentava

por fora de seus muros. Os profissionais que deveriam cuidar e proteger, tinham ali à possibilidade de dar forma à maldade humana, no seu mais puro âmago; as práticas de violência eram realizadas a todo momento nos pacientes objetificados, padronizados e reduzidos ao nada. Qualquer reivindicação ou ação por parte dos pacientes que fugisse do 'normal' era então punido com eletrochoques, banhos na alta madrugada com água fria, surras, solitária durante dias e qualquer punição que fizesse parte da criatividade dos profissionais. A completa segregação da vida humana, a desumanização imperava no ambiente manicomial, a institucionalização era acompanhada da privação da liberdade, dos direitos, da autonomia, do autocuidado, reduzindo o sujeito ao saber profissional que piorava seu estado físico, psicológico e emocional; transformando-os em mortos vivos, com seus corpos jogados pelo chão, imóveis, nus, sujos, mal cheirosos, dividindo o mesmo espaço com os mortos, se alimentando de ratos e bebendo água do esgoto, dormindo sobre as próprias fezes ou se alimentando delas. À maioria eram portadores de doenças crônicas como a esquizofrenia; mulheres empregadas domésticas estupradas por seus patrões, crianças que eram encontradas nas ruas, negros e loucos; esse último, considerado irredutivelmente de alta periculosidade para a sociedade em geral; para sua família e para si mesmo, tendo que ser privado de seu livre-arbítrio, para que não cometesse um crime ou fizesse mal a alguém.

Amarante (2005) comenta que Frango Basaglia foi um dos grandes percussores do movimento de desinstitucionalização, não só na Itália, mas expandindo seu legado para outros países, assim como no Brasil. Basaglia propõe colocar a doença entre parênteses e com isso olhar o paciente - que até então estava reduzido ao seu sintoma – com uma ótica que propiciasse abarcar eu sua totalidade, buscando assim garantir a autonomia e tornar-se sujeito de sua história. Como faz notar Amancio (2012) que dentre tantos nomes que ganhavam destaques pelas inovações incorporadas juntamente aos serviços prestados ainda dentro dos hospitais, Nise da Silveira tem destaque fundamental, pois traz noções da Terapia Ocupacional, assim como oficinas de



artes e métodos humanizados, dando os primeiros passos para a reformulação de tratamento ao paciente.

Amancio (2012) aborda que em meados de 1830 a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro começa a estudar os loucos que estavam perambulando pelas ruas, praças e começam a desenvolver alternativas para que a presença perturbadora dos doentes mentais fosse erradicada da cidade; estes tiveram então suas vidas destinadas aos manicômios, com a justificativa de tratamento, mas ao adentrar dos portões a realidade era de exclusão. A autora salienta que em todos os estados brasileiros foram criados hospitais psiquiátricos com o mesmo intuito, as praticas se efetivaram durante longos tempos sem nenhuma perspectiva de mudanças no cenário manicomial.

Goulart (2007) salienta que várias mobilizações começaram a acontecer após o término da 2<sup>o</sup> guerra mundial, por volta de 1945, as mudanças ocorreram principalmente na França e na Itália, onde começou a se discutir sobre o tratamento que era realizado e como era feito. A Revolução Francesa foi o gatilho para o começo do movimento institucional e que logo se estendeu para o restante do mundo, que também tinham sujeitos internados em diversos manicômios. A Inglaterra participou efetivamente, dando ainda mais forças para o movimento com as chamadas Comunidades Terapêuticas<sup>3</sup>, que se tratava de um trabalho onde técnicos trabalhariam em conjunto com pacientes e familiares, afim de propiciar planos para que o paciente se tornasse usuário, adquirindo autonomia, liberdade e direitos. Segundo Amarante (2007) posteriormente a guerra, uma grande mobilização começou a ocorrer e ganhar expressão, propiciando a oportunidade que os próprios pacientes participassem de seus tratamentos incluindo-os de forma dignas e humanizada nos processos, para que cada um tivesse a oportunidade de escolher um tratamento que mais fizesse sentido e que de algumas forma se adequasse as necessidades interiores diminuindo o sofrimento psíquico – muitas vezes

---

<sup>3</sup>Diferente da oriundas da Inglaterra, as comunidades terapêuticas brasileiras, que são chácaras, na maioria com cunho religioso, para tratamento de álcool e outras drogas.

agravado pela forma desumanizada que eram tratados. Reuniões começaram a ser realizadas afim de discutir sobre as possibilidades, as dificuldades e os planejamentos com o intuito não só de retirar o paciente dos manicômios, mas também, reinserir este na sociedade, passando a ser sujeito de direitos.

Correia (2006) ressalta que em detrimento do descaso junto aos pacientes, que estavam subordinados aos maus tratos e condições indignas, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, começa a reivindicar em prol dos desfavorecidos; outros logo aderiram ao movimento, unindo forças e provocando o início de uma grande reviravolta. a importância que os sindicatos dos trabalhadores tiveram naquele momento, pois alguns não concordavam com a forma de tratamento que era imposto aos pacientes e foi assim que começaram a reivindicar melhores condições trabalhistas e de tratamento. Alguns trabalhadores trouxeram à tona a verdade sobre os manicômios e o que ocorria lá dentro, expondo as precariedades, forçando o governo, mesmo resistente à estas questões, a tomar providencias, tanto no que se dizia respeito a melhoria dos trabalhadores, quanto no tratamento precário aos pacientes. Segundo Gradella Júnior (2002) após a ditadura militar o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial foi implantado, ganhando forças, tanto dos profissionais, quanto dos usuários e seus familiares, que não concordavam e buscavam então, melhorias. Vários movimentos começaram a emergir, ganhando cada vez mais expressão e militantes, foi assim que o II congresso dos trabalhadores em saúde mental foi realizado na cidade de Bauru em 1987, estabelecendo discussões acerca da saúde mental e o fechar das portas dos manicômios brasileiros. A proposta foi da desinstitucionalização e reinserção social, criando serviços substitutivos para que o paciente asilado começasse a usufruir dignamente do tratamento e de seu alvedrio. Amarante e Díaz (2012, p. 84) "Os movimentos sociais podem introduzir na agenda política a luta de grupos sociais subalternos, integrados e unidos pelo modo como são excluídos, oprimidos, descaracterizados e marginalizados".

Diferentemente de outros movimentos sociais, o Movimento Antimanicomial originou-se pela integração dos profissionais que atuam nas instituições manicomiais. Tais profissionais, sensibilizados pela forma violenta de tratamento às pessoas com transtorno mental, passaram a encampar a luta pelo fim dos manicômios. Assim, no

princípio, não foram os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos que passaram a reivindicar direitos, mas os profissionais que lidam com os mesmos cotidianamente (CORREIA, 2006, p. 87).

Conforme Vasconcellos (2008) com o movimento antipsiquiatria e da luta antimanicomial, permeado por vários percalços; começam a surgir os serviços substitutivos, com a proposta da reinserção social e do tratamento extra hospitalar para os pacientes que tiveram suas vidas segregadas pelo longo tempo que permaneceram enclausuradas. Surgem então os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e também os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com serviços no quesito de atendimentos psicológicos, serviços sociais, consultas médicas, redução de danos, reinserção e etc. Evidenciando assim os efeitos e feitos da reforma Psiquiátrica Brasileira, não somente com o propósito de tirar o paciente do hospital, mas sim, devolver a este os direitos que a ele pertencem. Juntamente com os serviços citados acima, Os Centros de convivência juntamente com as cooperativas (CECCOS) foram desenvolvidos com o propósito de propiciar interação aos usuários, cultura, interação, sociabilidade, oficinas de arte, música, teatro e etc. tendo em vista justamente a reinserção por meio de passeios, parques, artesanato e tudo que se adequasse ao plano dos profissionais que ficavam responsáveis por orientar e conduzir estes centros. Campos (2017) Já as Cooperativas foram criadas, com a finalidade de dar trabalho, não como forma terapêutica, mas sim como uma forma de ocupação, de ressocialização e de aquisição de autonomia.

Existem novas formas de enfrentamento às mudanças ocorridas no mundo globalizado e pautado pelo neoliberalismo, mas a luta deve ser embasada nos princípios do SUS e na defesa da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, onde os atores do processo (usuários, familiares, trabalhadores, entidades profissionais e sociedade civil, entre outros) possam exercer a convivência e a tolerância na luta por reconhecimento de solidariedade e de direitos (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012, p.49).

Nos anos 60 até a reforma psiquiátrica que aconteceu em 1989, o Projeto de Lei Paulo Delgado marca um momento histórico para a desinstitucionalização e desospitalização de pacientes asilares. Após vários impasses e resistência política, a Lei 10.216 é sancionada após onze anos, possibilitando assim a saída das instituições e uma nova forma de tratamento,

com instituições com portas abertas e direitos especificados, criação de uma rede de atendimento, inauguração do Ambulatório Roberto Resente; a estruturação da Residência em Psiquiatria; projeto Guimarães Rosa e a construção do hospital público de Minas Gerais (GOULART; DURÃES, 2010). Reinsere novamente as pessoas é dar também direito à moradia, de preferência localizada dentro do território urbano, para que comece a se habituar com a nova moradia e com o contato com outros sujeitos de direitos (TENÓRIO, 2002). Dar acompanhamento para os pacientes que foram prejudicados e tem sua capacidade comprometida no que se refere ao desenvolvimento de autonomia e autocuidado. Amarante (2007) considera que as residências terapêuticas devem ter áreas de lazer e que os moradores possam ter autonomia para cuidar da limpeza e de todas necessidades que se referem a sua moradia. Mais do que isso, é propiciar um convívio social tranquilo e em conformidade com seus limites, com respeito mútuo, tanto da equipe, quanto dos cidadãos que compõe a sociedade. Estas são as propostas iniciais da desinstitucionalização para aqueles que perderam suas famílias, seja por abandono ou por anos de internação, incapazes de retornar ao convívio social de forma natural e espontânea.

Campos (2017) aponta que a desinstitucionalização não se limita em apenas em tirar o paciente da instituição, é necessário apresentar métodos do que fazer depois da desospitalização, justamente por essa razão que os programas de substituição dos manicômios foram criados, para que absolutamente todos os manicômios fechassem as portas. Conceitos de mudança no entendimento de sujeito passaram a ser evidenciados usualmente no cotidiano, como por exemplo: inclusão social, reabilitação, redução de danos.

Segundo Arbex (2013) em 2011 a lei 10.216 completava uma década de instaurada, ainda dividia opiniões e recebia diversas críticas, pois o lado opositor argumentava que a derrubada dos manicômios deixou vários loucos jogados novamente no meio social como mendigos e que não foi criado de modo precavido uma rede extra-hospitalar para comporta-los e atender as demandas. Evidente que o manicômio era a forma física de um desejo

manicomial que já se fazia e ainda nos dias atuais se faz presente, que se não fosse o sustento da lei, voltaríamos ao retrocesso de uma nova criação dos manicômios com muros altos e lobotomias.

De acordo com Amarante (2007) O movimento antimanicomial não só permitiu a retirada dos pacientes asilares, mas também a reinserção social destes no meio social, assim como que outros sujeitos com sofrimento psíquico não precisem passar pelo processo de internação nos manicômios. Cardoso (2018) Com o movimento antimanicomial as conquistas não tardaram e logo foram evidenciadas, umas delas foi a implementação do SUS - Sistema Único de Saúde – herdeira do movimento, e caracteriza-se um avanço na saúde pública Brasileira, colocando políticos, sociedade e cidadão como responsáveis pelos serviços prestados e pelas melhorias que podem vir a decorrer de um trabalho articulado entres os mesmos. Juntamente com a implementação do SUS, vieram os princípios como territorialidade, equidade e universalidade movimentando tanto o estado como os municípios do Brasil inteiro, dando direitos a todos aqueles que necessitam e precisam de atendimentos (MACHADO; SCARPARO; HERNANDEZ, 2015).

A despeito disso, Cardoso (2018) afirma que a Unidade Básica de Saúde (UBSs) também teve um aprimoramento de suas funções, ganhando mais funcionários para compor uma equipe multiprofissional e sendo uma das responsáveis pelos primeiros atendimentos ao usuário, fazendo o encaminhamento para os demais serviços. O hospital-dia foi criado em substituição dos hospitais psiquiátricos, não mais com a proposta de internação com longo período, mas sim, apenas quando o paciente com sofrimento psíquico está em períodos de crise.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Fato inegável que a luta antimanicomial obteve grandes avanços e evoluções no que diz respeito ao tratamento dos portadores de sofrimento mental, gerando efeitos também para a sociedade no geral, como o SUS (Sistema Único de Saúde) e ao serviço extra-hospitalar, substituindo o manicômio e os tratamentos desumanos que eram impostos aos pacientes.

Contudo, o processo de desinstitucionalização e reinserção precisam de práticas dia após dia, para que não seja efetuado formas de tratamento fora dos hospitais psiquiátricos, como por exemplo a institucionalização e “encapsulamento” do sujeito nos serviços substitutivos, que tem suas propostas voltadas para o desenvolvimento de subjetividade e de autonomia, afim de propiciar a liberdade para o usuário em escolher o que há de convir.

O movimento antimanicomial, para ser fortalecido, precisa de novas adesões, pois a cultura do silêncio coíbe que seja relatada tal luta, implicando em desconhecimento por gerações sobre a luta antimanicomial. Com isso, perpetuam-se pensamentos e desejos equivocados de que o manicômio é ainda o único recurso disponível para tratamento de pessoas com transtornos mentais e assim não mais “incomodarem” a sociedade. Porque, voltando ao início, o manicômio era o espaço destinado aos “indesejáveis” socialmente. Que possamos escrever um novo final.

## Referência

AMANCIO, V. R. Uma clinica para o CAPS: a clinica da psicose no dispositivo da reforma Psiquiatrica a partir da direção da psicanálise / Valdene Rodrigues Anancio – Led. Curitiba, PR : CRV, 2012. 200p

AMARANTE, P.; DIAZ, F. S. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica**. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 83-95, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2022/2309> Acessado em: 29/05/2018.

AMARANTE, Paulo. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, 2. Coordenação Paulo Amarante. – Rio de Janeiro: Nau, 2005, 224p. . (archivos; v.2).

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007. 120p.

ARBEX. Daniela. **Holocausto brasileiro** / Daniela Arbex. – 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBOSA, G. C.; COSTA, T.G.; MORENO, V. **Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios**. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://rets.org.br/sites/default/files/2017-8050-1-PB.pdf>. Acessado em: 03/06/2018.

CAMPOS, Giselli Avíncula. **Projeto éfeito de papel: trabalho, renda e identidade entre usuários da rede de atenção à saúde mental**. Revista PerCursos,

Florianópolis, v. 18, n.36, p. 233 – 258, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.udesc.br/index.php/percursos/article/view/1984724618362017233/pdf>. Acessado em: 06 ago. 2018.

CARDOSO, Jordana, S. **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS/ Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis (Org.).** - São Luís: EDUFMA, 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10279>. Acessado em: 06 ago. 2018.

CORREIA, L. C. **O movimento antimanicomial: movimento social de luta pela garantia e defesa dos direitos humanos.** Prima Facie - ano 5, n. 8, jan-jun 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/primafacie/issue/view/520>. Acessado em: 03/06/2018.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978.

GOULART, M. S. B. **A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. Pesquisas e Práticas Psicossociais.** v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006. Disponível em: [https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapi/A\\_Construcao\\_da\\_Mudanca\\_nas\\_Instituicoes\\_Sociais...\\_MSB\\_Goulart.pdf](https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._MSB_Goulart.pdf). Acessado em: 29/05/2018.

GOULART, M.S.B.; DURÃES, F. **A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização.** Psicologia & Sociedade; 22 (1): 112-120, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a14>. Acessado em: 03/06/2018.

GRADELLA JR, O. Hospital **Psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão.** In: Psicologia e Sociedade – Revista da ABRAPSO. Vol. 14, nº 1, jan/jun., 2002, p. 87-1. Disponível em: [http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/295.%20pol%CDtica%20p%DAblicas%20em%20sa%DAde%20mental.pdf](http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/295.%20pol%CDtica%20p%DAblicas%20em%20sa%DAde%20mental.pdf). Acessado em: 26 mai. 2018.

MACHADO, P. F.; HELENA, B.; HERNANDEZ, A. R. C.. **Narrativas do silêncio: movimento da luta antimanicomial, psicologia e política.** Rev. psicol. polít., São Paulo, v. 15, n. 34, p. 599-616, dez. 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2015000300010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2015000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 03/06/2018.

MARCANTONIO, J. H. **A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle.** Psicólogo in Formação ano 14, n, 14 jan./dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v14n14/v14n14a09.pdf>. Acessado em: 31/06/2018.

TENÓRIO, F.: **‘A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. **A dinâmica do trabalho em Saúde Mental: limites e possibilidades na Contemporaneidade e no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5440>. Acessado em: 03/06/2018.