

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM HISTÓRIA**  
**MESTRADO EM HISTÓRIA**

**LOUCOS PELA DIVERSIDADE: CONTRIBUIÇÕES DE PAULO  
AMARANTE À LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL**

**ENEUDA FERREIRA DA SILVA ESCARIÃO**

**GOIÂNIA**

**2023**

**ENEUDA FERREIRA DA SILVA ESCARIÃO**

**LOUCOS PELA DIVERSIDADE. CONTRIBUIÇÕES DE PAULO  
AMARANTE À LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL.**

Dissertação elaborada sob a orientação da Professora Doutora Maria Cristina Nunes Ferreira Neto e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da PUC-GOIÁS como requisito à obtenção do título de Mestre em História.

**GOIÂNIA**

**2023**

Catálogo na Fonte - Sistema de Bibliotecas da PUC Goiás

E741 Escarião, Eneuda Ferreira da Silva  
Loucos pela diversidade : contribuições de Paulo Amarante  
à luta antimanicomial no Brasil / Eneuda Ferreira  
da Silva Escarião. -- 2023.  
96 f.: il.

Texto em português, com resumo em inglês.  
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade  
Católica de Goiás, Escola de Formação de Professores  
e Humanidades, Goiânia, 2023.  
Inclui referências: f. 90-96.

1. Amarante, Paulo. 2. Movimentos sociais - Brasil  
- História. 3. Hospitais psiquiátricos. 4. Pacientes  
de hospitais psiquiátricos. I. Ferreira Neto, Maria Cristina  
Nunes. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
- Programa de Pós-Graduação em História - 27/04/2023.  
III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 364.622(091)(043)  
616.89(091)(81)



Pro-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa – PROPE  
Coordenação de Pós-Graduação Stricto Sensu – CPGSS  
Escala de Formação de Professores e Humanidades – EFPH

LOUCOS PELA DIVERSIDADE: CONTRIBUIÇÕES DE PAULO AMARANTE À LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

*ENEUDA FERREIRA DA SILVA ESCARIÃO*

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em História da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, aprovada em 27 de abril de 2023, às 14:30.

BANCA EXAMINADORA

*Maria Cristina Nunes Ferreira Neto*

Profa. Dra. Maria Cristina Nunes Ferreira Neto / PUC Goiás

*Eduardo Gusmão de Quadros*

Prof. Dr. Eduardo Gusmão de Quadros / PUC Goiás

*Éder Mendes de Paula*

Prof. Dr. Éder Mendes de Paula / Universidade Federal de Jataí

Profa. Dra. Thais Alves Marinho / PUC Goiás

Prof. Dr. Cristiano Alexandre dos Santos /UEG

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais Jaspe e Agmir.*

*Aos meus amores Alexandre e Alexandra.*

*Ao meu amor – Evani Escarião.*

*Ao tio Jaci – (in memoriam) – que sofreu na pele o cotidiano das práticas institucionais psiquiátricas.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus. Ele que pela Sua proteção me fez trilhar no caminho da fé, do estudo e do trabalho. Em especial aos meus pais Jaspe e Agmir pela benção diária e por terem sido responsáveis pelas minhas conquistas. Pelo amor dispensado a mim, aos meus irmãos Romildo e Amália, seus genros, nora e aos netos.

Ao meu amado filho Carlos Alexandre, pelo carinho, incentivo, força e ainda pela compreensão nas minhas ausências. Extensivo a nora Adriana. À minha querida neta Alexandra, pela doçura do abraço. Os beijos tão significativos pelo vídeo do celular quando a distância era necessária.

Ao meu amor e esposo Evani Escarião pelo amor, carinho, tolerância, entusiasmo, atenção e compreensão. Obrigado pelo afago e apoio diário em todas as etapas desta pesquisa. Bem presente, presente na minha vida que me suportou na realização deste trabalho.

Aos sobrinhos Romildo Filho, Letícia e enteados Marcelle, Igor, Inajá, seus cônjuges e filhos. E, também, aos tios e primos pelos esporádicos e compreendidos encontros.

Aos amigos, que aceitaram a negativa aos convites e continuaram juntos.

Aos professores que foram brilhantes na minha trajetória, me orientaram e fizeram nascer em mim um novo olhar para o estudo e à pesquisa. Em especial à professora Maria Cristina Nunes Ferreira Neto por me orientar e acompanhar com dedicação e desprendimento num momento decisivo da construção desta dissertação.

À Prof.<sup>a</sup> Thais Alves Marinho, ao Prof. Dr. Eduardo Gusmão de Quadros e ao Prof. Dr. Éder Mendes de Paula que na ocasião do Exame de Qualificação e da Defesa desta dissertação através de relevantes comentários contribuíram sobremaneira para a melhoria da pesquisa.

A todos muito obrigada!

“Por uma sociedade sem manicômios,  
sem violência, sem exclusão”.

Paulo Amarante

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1 – A DOENÇA MENTAL E LOUCURA SOCIAL .....</b>	<b>21</b>
1.1 A LOUCURA COMO DOENÇA. ....	22
1.2 A LOUCURA NO BRASIL .....	34
1.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS DESDOBRAMENTOS NO BRASIL ...	41
<b>CAPÍTULO 2 - AMARANTE: O PENSAMENTO E A TRAJETÓRIA NA BUSCA PELO DIREITO À INCLUSÃO .....</b>	<b>49</b>
2.1 BASAGLIA EXPERIÊNCIA E EXEMPLOS .....	50
2.2 CONTRIBUIÇÕES DE AMARANTE PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL. ....	56
2.3 AS NOVAS PRÁTICAS DA PSIQUIATRIA .....	62
<b>CAPÍTULO 3 - LUTA ANTIMANICOMIAL: SUJEITOS ATENDIDOS E INCLUÍDOS.....</b>	<b>74</b>
3.1 NAPS, CAPS E A LEI PAULO DELGADO. ....	79
3.2 A “ABERTURA DOS PORTÕES”.....	85
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>91</b>

## RESUMO

Esta pesquisa apresenta a trajetória histórica da loucura no Brasil, discussões e lutas pela Reforma Psiquiátrica a partir do estudo das contribuições de Paulo Amarante à luta antimanicomial brasileira. Proposta que realizou um adendo no percurso das teorias e experiências de psiquiatras de outros países a exemplo Franco Basaglia na Itália, que fundamentou ideias de mudanças nas formas de internações vistas como violentas no acolhimento e tratamento das pessoas consideradas “loucas”. Paulo Amarante escreve a história da reforma psiquiátrica considerando o contexto histórico desde as primeiras organizações que articulavam as mudanças emergentes na saúde mental. Da efervescência do contexto político de 1970, surgem os movimentos sociais e suas ações pautadas na busca pelas transformações com vistas à desinstitucionalização, que não sinalizou somente o fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas, indicou a necessidade da ruptura de práticas de reclusão das pessoas com distúrbios mentais em manicômios que representou no Brasil uma longa história de violência e segregação. Evidenciamos a reforma psiquiátrica considerando a efetiva participação de atores determinantes que puderam à luz de outras experiências propor a possibilidade de criação de uma rede de atenção que efetivamente substitua os hospitais psiquiátricos. Nesse intuito ainda, discutimos o caminho legal para a construção das políticas de atendimentos substitutivos e observamos a existência de lacunas deixadas pelas leis que trazem morosidade e inserção de novas práticas, a partir da burocracia governamental. Demonstrar historicamente toda problemática da loucura, a luta pelo direito e exercício da cidadania, a inclusão dos sujeitos acometidos por sofrimento psíquico a partir das contribuições de Paulo Amarante foi nosso intento. Há de se compreender que é preciso avançar, pois há muito a ser feito para a conquista da garantia de direitos e liberdades às pessoas acometidas de sofrimento mental fora dos portões dos manicômios.

**PALAVRAS-CHAVE:** Paulo Amarante; Reforma Psiquiátrica; Luta antimanicomial; Movimentos Sociais.

## **ABSTRACT**

This research presents the historical trajectory of madness based on the study of Paulo Amarante's contributions to the anti-asylum struggle in Brazil. A proposal that made an addendum to the course of theories and experiences of psychiatrists from other countries that supported ideas of changes in the forms of interactions considered violent in the reception and treatment of people considered “crazy”. From the effervescence of the political context of 1970, social movements and their actions emerged based on the search for transformations with a view to deinstitutionalization, which not only signaled the closure of psychiatric hospitals, but also indicated the need to break the practices of seclusion of people with mental disorders mental hospitals that represented a long history of violence and segregation in Brazil. We evidence the psychiatric reform considering the effective participation of key actors who could, in the light of other experiences, propose the possibility of creating a care network that effectively replaces psychiatric hospitals. With that in mind, it is to discuss the legal path for the construction of substitutive care policies and to observe the existence of gaps left by the laws that bring slowness and insertion of new practices, from the government bureaucracy. Historically demonstrating all the problematic of madness, the fight for the right and exercise of citizenship, the inclusion of subjects affected by psychic suffering from the contributions of Paulo Amarante was our intention. It must be understood that it is necessary to move forward, as there is much to be done to achieve the guarantee of rights and freedoms for people suffering from mental suffering outside the gates of asylums.

**KEYWORDS:** Paulo Amarante; Psychiatric Reform; Anti-asylum fight; Social movements.

## INTRODUÇÃO

A discussão sobre a loucura nos leva a reflexões que fascinam e intrigam, pois, falar dos “loucos” envolve a complexidade da existência do sujeito e suas experiências reais e legítimas fundadas no cotidiano das relações sociais e humanas. Ao longo da história, essas experiências adquiriram diferentes significados, um exemplo é o debate entre Jacques Derrida (1930-2004) e Michel Foucault (1926-1984) onde houve uma discordância entre eles sobre a mudança de tratamento da loucura no século XVIII.

Pereira Neto (1998) historiciza a polêmica entre os dois autores que se deu a partir de críticas de Derrida à proposta metodológica e a organização da história da loucura que Foucault desenvolveu. Enquanto Foucault descrevia a mudança da compreensão da loucura como doença mental no século XVIII, Derrida ressaltava que houve no final do referido século uma mudança de postura do homem com relação à loucura. De acordo com Pereira Neto (1998), para Derrida não existiu inovação no entendimento da loucura no século XVIII, houve mudança interna e não uma ruptura externa.

Segundo Pereira Neto (1998), o debate entre os dois pensadores em questão se apresentou quanto às características das mudanças que ocorreram na história da loucura. Entretanto, não se expressa em ganho de causa, pois Foucault manteve suas concepções sem alteração mesmo depois das críticas de Derrida e o último não retrocedeu das indagações e reflexões sobre as lacunas do significado da loucura naquele século.

Dessa maneira, com diferentes significados e denominações, a loucura foi sendo compreendida apenas como uma construção social, teórica, política e institucional, o que nos leva a buscar entendimento dos caminhos e dos interesses que durante séculos fizeram com que a loucura fosse vista na sociedade. Nesse sentido, a loucura também se revela no plano transcendental, onde se associavam os delírios com configurações satânicas. Na religião houve muitas manifestações que caracterizaram a loucura como obsessão demoníaca, ligação com feitiçaria e possessões. Tais visões são intrigantes. Fascina porque ao longo dos estudos desta pesquisa, podemos entrar neste mundo, dito como irreal, tão controverso, mas, que é real e presente.

A história da loucura segue a história humana. Daí o peso da loucura: o peso da discriminação, do estigma, da prisão, do perigo, enfim, o peso da loucura numa sociedade estéril que parece não saber conviver com a diferença. Explicita o binarismo hierárquico próprio da episteme eurocentrada. É importante compreender essa situação, que inclui movimentos de reforma psiquiátrica em desenvolvimento em todo o mundo que reconfiguram a forma como o conhecimento e a prática psiquiátrica são percebidos e expressos.

Em geral, esses movimentos são caracterizados por duras críticas e condenação de atos impróprios, abusivos e as contradições associadas aos saberes psiquiátricos tradicionais e seus dispositivos disciplinares relacionados, com especial ênfase na oposição ao asilo e ao manicômio, questões que serão aprofundados ao longo dessa dissertação.

A diferença comportamental em relação à moral social tem levado inúmeras pessoas (crianças, jovens, adultos e idosos) a sofrerem a rejeição social e a aceitar o caminho que a sociedade forja: buscar tratamento médico-psiquiátrico. Sobre as diferenças comportamentais, vale lembrar que aspectos sociais e econômicos das classes sociais se apresentam em situações não muito raras de marginalização e exclusão.

Desde o século XVII, a diferença comportamental moralmente condenada esteve representada no grande internamento em inúmeras instituições de sequestro, constituídas ao longo desse século e do seguinte. Na travessia do século XVIII para o XIX, o grande internamento passou por uma triagem e dele nasceu a pena prisional do código penal moderno, o asilo psiquiátrico, o retiro dos loucos de caráter religioso, enquanto perduraram as outras instituições de sequestro inventadas desde o século XVII, como a casa de correção das crianças e adolescentes, a escola infantil, os conventos, seminários e por fim os manicômios.

Neste caminho, buscando compreender os laços que entrelaçaram a realidade da problemática da loucura, esta pesquisa incorpora a importante atuação de Phillipe Pinel na história sobre a loucura. Considerado o precursor da psiquiatria moderna, no século XVIII, Pinel abandonou os tratamentos dados aos pacientes alienados que foram substituídos por terapias ocupacionais. Neste trabalho, apresentam-

se no primeiro capítulo as mudanças propostas por Pinel em seu encontro com as pessoas no Hospital de Bicêtre na França.

Assim, a oportunidade de estudar esse assunto trouxe grande contentamento, pois percebeu-se que a partir deste estudo poderia compreender os porquês da existência dos manicômios e dos tratamentos desumanos e violentos aplicados aos internos, que foi por muitos anos, um tema de questionamento interior. E ainda, estudar sobre a reforma psiquiátrica, tão relevante na construção da cidadania das pessoas com transtornos psíquicos.

Este estudo descortina-nos alguns questionamentos formulados e de certa forma respondidos, uma vez que vários autores se debruçaram sobre esta temática, a loucura, o que traz à tona um diálogo com várias possibilidades de reflexões, que ajudam a compreender a verdadeira situação de pessoas acometidas com distúrbios psicológicos, rotuladas pela sociedade de diversas maneiras, sendo a categoria “louco” o estereótipo mais popular nos espaços e no tempo. Todavia, entre esses vários autores que pesquisaram sobre a temática da loucura, por influência de um professor e pesquisador da área, foram lidos artigos e livros de Paulo Amarante. A identificação com sua determinação e participação na luta pela dignidade das pessoas em sofrimento mental culminou no tema escolhido para esse humilde trabalho, que fundamentalmente se expressa a partir de Amarante.

Loucos pela Diversidade – da diversidade da loucura à identidade da cultura, obra de Paulo Amarante, foi inspiração para o título desta dissertação.

Do mesmo modo, a partir do estudo da trajetória do médico psiquiatra Paulo Amarante<sup>1</sup> foi possível refletir sobre a loucura pelo viés da Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorrida nos anos 1970, o que nos permitiu compreender a história da luta antimanicomial brasileira perpassando pela história da loucura e da Psiquiatria. Procurou-se entender a Psiquiatria na perspectiva de Amarante, ou seja, enquanto saber médico, na busca de garantia dos direitos da pessoa com sofrimento psíquico, da construção de alternativas de atendimento em asilos, em hospitais psiquiátricos pautadas em estudos e experiências externas que foram marcantes para mudanças nos olhares com relação à loucura no país. Ainda, a possibilidade de conhecer a luta na construção

---

<sup>1</sup> Paulo Duarte de Carvalho Amarante, nasceu em Colatina ES. É médico. No Rio de Janeiro especializou-se em psiquiatria e se tornou um dos pioneiros do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica.

por políticas públicas de acolhimento, tratamento e inserção social das pessoas acometidas de sofrimento mental.

Nesse contexto e buscando respostas às inquietações apontadas, a trajetória do médico psiquiatra Paulo Amarante e suas contribuições à luta antimanicomial no Brasil, tornou-se extremamente pertinente por ele ser um dos maiores referenciais brasileiros da luta antimanicomial e pelo direito à diversidade comportamental.

Desse modo não se trata de escrever uma biografia de Paulo Amarante, mas compreender o pensamento e a sua trajetória na luta antimanicomial que se torna um constante desafio na realidade da saúde mental no Brasil. Além da leitura de suas obras, utilizou-se o recurso das redes sociais, o que permitiu realização de entrevistas com o autor<sup>2</sup> que com generosidade descreveu sua ativa participação na construção de práticas dignas para o acolhimento e tratamento das pessoas com sofrimento psíquico.

No intuito de dar concretude às aspirações enquanto pesquisadora, recorreu-se em primeiro lugar aos recursos tecnológicos e utilizou-se o banco de dados virtual para pesquisar trabalhos que evidenciaram a luta antimanicomial, a reforma psiquiátrica no Brasil, a diversidade e a loucura e, ainda, leituras de livros e artigos de Paulo Amarante.

O estudo sobre a trajetória de luta antimanicomial de Paulo Amarante nos remete a um olhar significativo do presente com relação à vivência em que os atores/indivíduos da diversidade se encontram. Os problemas da contemporaneidade com relação às diferenças e ao direito da pessoa na sociedade brasileira, ao serem estudados, demandam a busca por elementos que embasam vários questionamentos e o conhecimento teórico sobre o tema em discussão. As instituições psiquiátricas foram espaço de dominação econômica e cultural? A pessoa tem direito a ser diferente? Como se apresenta esse direito na regulação das ações que norteiam as práticas de atendimento e vivência com relação à diversidade? Quais foram os caminhos percorridos para culminância do intento de “abrir os portões”?

---

<sup>2</sup> Enviei-lhe um e-mail e confesso que no primeiro momento sem crença de obter resposta. Para minha surpresa e satisfação indescritível, o Dr. Paulo Amarante me respondeu gentilmente e disse estar pronto para contribuir com minha pesquisa, abrindo assim um canal de diálogo que culminou em entrevista via whatsapp, e isso veio a ser uma contribuição de extrema relevância na construção da metodologia deste trabalho.

Na década de 1970 foi muito evidente a internação de pessoas em manicômios. Os critérios e a forma de tratamento eram vistos como uma catástrofe. Os familiares chorosos a cada visita e o definhamento das pessoas internadas nos manicômios eram visíveis.

Abrem-se parênteses para dizer que na adolescência dessa pesquisadora, em meados dos anos 1970, visitava-se um tio paterno que viveu em alguns manicômios. Desses hospícios, saí-se sempre com um pensamento confuso, sem compreender aquelas cenas, talvez pela tenra idade, e sem resposta para aquela forma de tratamento para as pessoas. Tornou-se intrigante a situação que muitos internos se apresentavam: desvestidos, olhares distantes, sorrisos desconexos, sem higiene pessoal, cabelos por pentear e infestados por piolhos.

Na família, na comunidade, sempre havia discussões sobre as condições e a forma de “tratamento” das pessoas portadoras desse tipo de distúrbio e que eram internadas nas instituições preparadas para receber os denominados loucos.

A trajetória de Paulo Amarante remonta a essa mesma época. E não pretende-se aqui trazer uma biografia de Amarante, mas evidenciar sua contribuição na construção de ações que puderam trazer discussões e reflexões acerca da realidade manicomial e desenhar oportunidade de mudanças no acolhimento e tratamento das pessoas acometidas por sofrimento psíquico.

Em 1974, Amarante ainda estudante de medicina, no quarto ano especificamente, foi obrigado a se responsabilizar sozinho por um hospício que abrigava oitocentos internos. Era a realidade dos manicômios brasileiros daquele período. Nas palavras de Paulo Amarante (2021):

Desde estudante de medicina, fiquei perplexo com a situação dos manicômios, da violência, mesmo dos ambulatórios, a falta de escuta, aquela coisa massificada, as pessoas sendo ultra medicalizadas, medicadas, internadas compulsoriamente, sem direito, sem escuta, sem as pessoas entenderem o fato dela ouvir voz, que voz ouvia. Tudo era escutado como doença, como defeito, como erro. E eu entendi que o manicômio não era apenas o edifício, o prédio, o hospício. Mas, o manicômio era todo esse contexto teórico, político, legislativo, jurídico, não é? social e cultural que se produz.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Entrevista concedida por Paulo Amarante por meio da rede social Whatsapp, em 02 de julho de 2021.

Assim, diante da realidade vivida, Amarante vivenciou a necessidade de compreender a diversidade enquanto direito da pessoa e a luta antimanicomial como alternativa na busca pela garantia desse direito, com referência à normatização e regramento das políticas públicas de saúde no acolhimento da pessoa portadora de doença mental.

Contudo, neste estudo evidenciou-se que seria necessário compreender a realidade vivida nas instituições a partir da produção reflexiva / científica de vários autores que também trabalharam o problema da saúde mental e contribuíram no sentido de se entender como a Reforma Psiquiátrica no Brasil foi possível, o caminho que foi sendo traçado, as lutas que foram travadas, bem como as mudanças que foram estabelecidas. Autores que ao longo deste trabalho trazem à luz a compreensão de práticas que traduzem a realidade da loucura, do louco, das instituições e do poder. Ao ler esse trabalho, o leitor irá conhecê-los através de suas manifestações, afirmações e considerações explicitadas ao longo do texto.

Pretende-se com essa pesquisa, contribuir na reflexão sobre a história da loucura e como esta foi sendo vista na sociedade e ainda, como o saber médico influenciou no processo de criação de instituições psiquiátricas, nas mudanças de tratamento dos pacientes e também nas relações de poder estabelecidos na conduta dessa problemática que se refletiu no passado e reflete muito frequentemente na vida e na compreensão da diversidade de pessoas com sofrimento psíquico como direito.

O grande desafio sempre foi e é a convivência com as diferenças. Foucault e Derrida demonstraram em debates descritos anteriormente que há divergência na compreensão da loucura no campo histórico-social. A convivência com os iguais é zona de conforto. O entendimento da loucura como doença perpassa pela própria construção da forma de empoderamento desta construção cultural com o predomínio de poder. Por isso, a saúde mental desperta o interesse sobre vários aspectos. Aspectos estes que ficavam no “olhar social” para os portadores de distúrbios do comportamento, sempre com nota de condenação, e esta era a situação destes, alcançando uma conotação institucional generalizada. Não foi diferente a contemplação da missão das instituições que acolhiam esses pacientes, que não os viam como pessoa portadora de direitos. Neste sentido, discutir o direito da pessoa e a diversidade é buscar compreender as instituições como espaços fragilizados de convivência, levando a pessoa acometida por distúrbios de

comportamento à exclusão, à segregação e à violência. Compreender a intervenção médica no tratamento dessas pessoas e buscar a compreensão do contexto histórico das políticas públicas de saúde e suas nuances são desafios constantes.

Assim sendo, a importante trajetória de Paulo Amarante na luta antimanicomial, no Brasil, incorpora o reconhecimento das forças coletivas na conceituação da loucura a partir de suas experiências que teve início nos anos setenta e contribui para o esclarecimento de questões relacionadas à loucura institucionalizada no país. Em toda história desta problemática, conhecer a trajetória de Paulo Amarante e sua contribuição na luta antimanicomial, observando a teoria proposta e a sua participação ativa nos movimentos, fortalecem ações reflexivas no sentido de compreender a diferença como direito das pessoas observadas na pesquisa e na representação da história cultural da saúde mental.

Todavia, para compreensão da luta antimanicomial em Paulo Amarante, observou-se que o autor, em suas obras, manteve sempre uma proximidade com Michel Foucault, que demonstrou intimidade com a medicina psiquiátrica. Foucault descreveu as instituições psiquiátricas como espaços massificantes e reprodutores das desordens sociais. Dialogar com Franco Basaglia<sup>4</sup> ao longo de sua carreira, tornou-se uma busca de Amarante, pois, Basaglia influenciado por Foucault, sendo psiquiatra, promoveu importante reforma no sistema de saúde mental italiano.

Dessa forma, uma rede de seguidores se instaura e celebra entre si, a possibilidade de escutar a voz daqueles que precisam ser ouvidos para que mudanças possam acontecer e dessa maneira, buscar a garantia de direitos.

No entanto, a contribuição teórica de Paulo Amarante remete ao seu destaque como representante no Brasil, às teorias de autores que estavam de acordo com as suas concepções e pensamentos e se alinhavam em vários países: o trabalho e obras de Franco Basaglia e de sua esposa Franca Ongaro Basaglia; de Erving Goffman e de outros autores. Amarante traz à luz sua contribuição a partir da leitura que faz dos clássicos, do pensamento médico e sociológico estrangeiro que parece se aproximar de experiências concretas vividas no seu espaço de trabalho aqui no Brasil, com a realidade institucionalizada de pessoas com sofrimento mental, excluídas, sem escuta, sem

---

<sup>4</sup> Franco Basaglia (1924-1980) – Itália. Médico psiquiatra promoveu importante reforma no sistema de saúde mental italiano.

direitos. Assim, contribuiu sobremaneira com uma vasta publicação de livros e artigos, resultados de pesquisas com elevado de experiências e vivências no campo da saúde mental.

Paulo Amarante tem inúmeras publicações sobre a questão da Loucura, da Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial brasileira. O homem e a Serpente (1996) é um livro em que o autor trouxe importantes reflexões sobre a institucionalização da loucura a partir dos saberes médicos. Amarante se inspira numa fábula contada por Franco Basaglia e objetiva construir um conceito epistemológico acerca da reforma psiquiátrica. No livro Saúde Mental e Atenção Psicossocial (2007), o autor analisa a base da psiquiatria e dos manicômios bem como os projetos de construção para novas possibilidades de inserção social àqueles que sofrem de distúrbios mentais, levando o leitor a refletir sobre a trajetória engendrada pelos atores que se apresenta na defesa das pessoas com sofrimento mental. Artigos relevantes foram publicados e utilizados como fonte de pesquisa, dentre eles o Rumo ao Fim dos Manicômios (2006), onde Amarante diz “que a luta antimanicomial foi a mais importante do movimento pela reforma psiquiátrica”.

No entanto, percebeu-se que na literatura pesquisada de outros autores muitos não especificam a trajetória de trabalho ativo e participativo de Paulo Amarante, apesar de constar no seu currículo uma extensa trajetória teórica e prática que culminava nas vitórias pessoais e coletivas e produziam mudanças significativas no campo da saúde mental no Brasil. Por isso, a contribuição deste trabalho é muito significativa, uma vez que está relacionado à trajetória meritória do autor. Paulo Amarante é um pesquisador brasileiro que trabalha com as temáticas da Psiquiatria, políticas da saúde mental, movimentos sociais, com ênfase no campo da saúde mental. Amarante, sempre se colocou como representante da sociedade civil. Ele ressalta que:

[...] Um pouco disso: movimentos e sempre me mantive na linha da sociedade civil cobrando a Reforma, nunca fiz parte de nenhum desses governos federais sempre lutando e querendo mais, e eu achava que se eu entrasse em governo a gente iria ficar defendendo mais ou menos e essas coisas assim [...] e eu sempre lutei para que fosse mais ousada a Reforma, fechar mais os manicômios, abrir mais os serviços territoriais, abrir mais dispositivos culturais, de convivência, de trabalho (AMARANTE, 2023).<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Entrevista concedida por Paulo Amarante, por meio de whatsapp, em 11 de fevereiro de 2023.

O modelo manicomial produziu a exclusão da loucura da vida social, fundado no princípio do isolamento terapêutico, gerou a institucionalização do louco e a sua retirada da cidade e do direito à participação social, com a perda do direito à cidade e da condição de cidadania. Atualmente, a reforma psiquiátrica no Brasil é um dos mais importantes processos de crítica à psiquiatrização da loucura, promovendo uma desconstrução das formas de exclusão social da loucura e o debate na sociedade acerca dos direitos e da cidadania dos sujeitos em sofrimento mental e vulnerabilidade social. Diversas frentes inovadoras de inclusão pelo trabalho, pela arte-cultura, pela militância política e de ocupação da cidade, têm configurado novas possibilidades de vida e expressão para os sujeitos, numa nova concepção.

Desse modo, em escritos de Paulo Amarante, percebe-se o reflexo social do Movimento Antimanicomial e as considerações de rompimento das internações do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso porque o Movimento Antimanicomial sugere vida digna às pessoas com sofrimento mental e revelava a realidade de segregação e exclusão em que as internações significavam para os internos. As pessoas consideradas loucas eram internadas em hospícios custeadas pelo SUS, que não lhes davam nenhum tratamento digno, faziam-nas pessoas sem esperanças, sem dignidade.

Outrossim, metodologicamente utilizou-se a bibliografia de Paulo Amarante como possibilidade de perspectivar a sua trajetória e como ela se vincula à história social e cultural da loucura no Brasil. O estudo do autor na luta antimanicomial é reconhecer o percurso dos caminhos teóricos propostos por ele, que fortalecem a ação/reflexão/ação para se alcançar o conhecimento sobre a diferença como direito da pessoa, observadas na pesquisa e na representação da história cultural da saúde mental. Ao apresentar Amarante como referência da luta antimanicomial no Brasil, será possível demonstrar que suas ações se embasam na compreensão de que o outro, aquele acometido de sofrimento psíquico, é sujeito digno de exercer a cidadania de ser pessoa.

Dessa forma, na pretensão de investigar essa intrigante realidade da loucura e a história das lutas contemporâneas pelas mudanças construídas a partir de experiências vividas nos manicômios e, ainda que haja limitações, este estudo está estruturado de forma a dar visibilidade, a partir do olhar de Paulo Amarante, às interfaces existentes na construção desta temática, relevante e significativa para

compreensão de diferentes possibilidades em que as pessoas acometidas por doença mental são reféns. Assim, o texto apresenta o que fundamentalmente se propõe.

No primeiro capítulo apresenta-se uma análise sobre como se entendeu a doença mental e a loucura social, trazendo Phillipe Pinel e as suas manifestações teóricas acerca das práticas médicas, e ainda, como a loucura foi sendo desenhada e se historiciza no Brasil e está presente nas manifestações intrínsecas na reforma psiquiátrica brasileira.

No segundo capítulo destaca-se o pensamento e a trajetória do médico psiquiatra brasileiro Paulo Amarante, considerando-se como as experiências, as contribuições teóricas e práticas do médico psiquiatra italiano Franco Basaglia nortearam a participação e as iniciativas de Amarante na busca e no resgate do exercício da cidadania dos acometidos por adoecimento mental. Neste capítulo, enfatizam-se as lutas e as contribuições do autor para reforma psiquiátrica no Brasil.

No terceiro capítulo foram abordadas as novas práticas da Psiquiatria, apresentando os serviços alternativos que compõem essas práticas. A partir da década de 1980, iniciou-se um processo de desinstitucionalização da saúde mental no Brasil, com o fechamento de vários hospitais psiquiátricos visando à inclusão dos “loucos” com a abertura dos portões e a criação de novos serviços comunitários, como centro de atenção psicossocial (CAPS). Esse processo continua em curso até hoje, com a busca por alternativas mais humanizadas e inclusivas para o tratamento da loucura no país.

## **CAPÍTULO 1 – A DOENÇA MENTAL E LOUCURA SOCIAL**

A análise da doença mental apresentada neste estudo tem o objetivo de incluí-la no cenário social, demonstrando a construção, a apropriação e difusão entre gerações que ora padronizou, ora excluiu. Estudar a doença mental nos remete à compreensão do fortalecimento da discussão da diferença como direito da pessoa, observada na pesquisa e na representação da história cultural da saúde mental. A vida no padrão social aceito nas organizações sociais não perpassa pelo questionamento de não querer compreender ou aceitar quem não quer, ou não concebe determinado padrão socialmente aceito, este então se torna estereotipado e enlouquecido pelo modelo social.

A loucura não é um tema novo, entretanto, não está resolvido, por isso tem sido recorrentemente estudado em várias áreas de conhecimento (talvez nunca esteja, porque um tema pode ser revisitado de diversas maneiras). Há muito na sociedade pode-se observar que na literatura, na filosofia, na medicina e em várias ciências se esbarravam na loucura de pessoas que, culturalmente, foram sendo excluídas da sociedade e que para justificar a diferença dessas pessoas com sofrimento psíquico, utilizava-se de conceitos manipulados a favor de determinantes sociais relacionadas ao poder.

Com os crescentes problemas oriundos das consequências do êxodo rural europeu, a exclusão e a institucionalização dos excluídos se instauram na sociedade como um problema a ser resolvido pelas classes dominantes e seus dirigentes. A resposta era o internamento em instituições de acolhimento dos pobres e de todos aqueles que não estavam dentro dos modelos racionais. Os hospitais gerais recebiam toda a população que estavam fora dos padrões sociais, elitizada e excludente. Os pobres e os considerados loucos eram seus pacientes.

Nesta perspectiva, o saber médico e obviamente o discurso médico agregam valores que explicam seus propósitos que são os de responder aos interesses implícitos na sociedade, numa clara demonstração de domínio. Essa relação de poder se estabelece na problemática da loucura, como práticas de atendimento, acolhimento e tratamento das pessoas consideradas loucas.

Por conseguinte, as intrínsecas relações de poder norteiam e sustentam os discursos médicos nos quais existem e coexistem na sociedade.

## 1.1 A LOUCURA COMO DOENÇA

Em 1793, Phillipe Pinel<sup>6</sup> foi nomeado médico-chefe do Hospital Bicêtre, na França. De acordo com a campanha para reestruturar os hospitais franceses, realizou-se ali uma verdadeira reforma nos anos seguintes. O conceito de loucura de Pinel, onde se consolidou a psiquiatria como especialidade médica com o nome de alienismo e seu gesto mítico de desvendar a loucura, criticando as práticas adotadas nos hospitais psiquiátricos e defendendo a libertação dos alienados trancafiados e acorrentados em hospitais hospícios, tornou-se símbolo da criação da Psiquiatria e da libertação da loucura encerrada na imagem da doença mental. Segundo Postel (1981, p. 394),

[...] este gesto toma-se rapidamente o essencial da história de Pinel, cuja obra é esquecida. Todos os manuais de psiquiatria a vão reduzir a este gesto. É particularmente o gesto do célebre *Traité Pratique de Mdie Mental*, de 1862, do professor L. V. Marce: Pinel inaugurou uma era nova na história da medicina mental [...] ele protestou de forma brilhante contra os odiosos tratamentos dos quais os alienados eram vítimas, ele teve a coragem de eliminar as correntes (1792) e em pleno movimento social que surgia por todo o lado, invocou em seu favor as leis da humanidade.

Destarte, o gesto mítico de libertação dos alienados das correntes, tomou sentido, sobremaneira, na experiência e na reestruturação dos hospitais franceses na concepção de Phillipe Pinel. A loucura passou a ser pensada, percebida e definida como doença mental, ou melhor, alienação mental, o estado em que se percebe que uma pessoa tem um distúrbio da razão, e a partir daí perde elementos importantes de sua humanidade. Quando afetada pela alienação, a capacidade de julgamento da pessoa torna-se comprometida, ficando fora de si, acabando por comprometer a sua integração social.

Para Pinel, no entanto, era possível devolver a racionalidade ao alienado por meio do manejo ético do manicômio. Esse tratamento preconizava o isolamento do

---

<sup>6</sup> Phillipe Pinel (1845-1922) médico psiquiatra francês, destaca-se como fundador da psiquiatria moderna. No século XVIII é considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais.

meio social que, de acordo com as suas conceituações, era um fator que promovia essa alienação e o viver sob uma ordem de abrigo. Nessa perspectiva, incluía reaprender normas, regras e convenções, posicionar rigorosamente cada indivíduo e estabelecer uma relação de autoridade entre médico e paciente. É o que pode-se observar nas palavras de Amarante, a seguir:

Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando, dessa forma, o espaço asilar, a divisão objetiva da loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas (AMARANTE, 1995, p.25).

Vale ressaltar que o estabelecimento da Psiquiatria como especialidade médica deve-se, principalmente, às concepções de Pinel no final do século XVIII. A partir de então, segundo Britto (2004, p.53), a loucura tornou-se uma doença mental e a internação psiquiátrica foi considerada a principal estratégia de tratamento.

As teorias de Pinel não foram aceitas por todos os envolvidos na questão da saúde mental. Muitas instituições continuaram a aplicar práticas antigas e tradicionais no tratamento das pessoas consideradas loucas como sangrias, vômitos induzidos, purgações e ventosas.

O conceito atual de doença mental foi construído culturalmente a partir de modelos biomédicos predominantes que determinavam que um desequilíbrio mental pode se manifestar por meio de sinais e sintomas que dificultam o desenvolvimento da vida cotidiana do portador de sofrimento psíquico. Os médicos tratavam a doença mental, fosse ela parte de um grupo social ou não. Entretanto, atualmente a antropologia médica tenta demonstrar que a dor, a doença e o corpo são realidades imersas em domínios culturais e contextos sociais específicos. Cardoso (2002), afirma que:

[...] por outro lado, a análise do sistema médico ocidental tem mostrado a existência de modelos culturais implícitos no atendimento assistencial que é feito, e suas repercussões sobre a relação médico-paciente, a avaliação diagnóstica e epidemiológica, colocando em questão a sua própria "positividade" como forma de conhecimento e prática terapêutica. [...] A análise das narrativas sobre doença (GOOD, 1994) pode, por exemplo, identificar situações de opressão política e social, revelando as lacunas presentes na ordem social (como é o caso da "doença dos nervos", anteriormente citado) e entre esta e a experiência vivida naquilo que concerne aos valores que orientam a visão de mundo e o modo como esta concretamente se realiza (CARDOSO, 2002, p.100).

Na atualidade, historiadores têm revigorado seus anseios e o foco de estudos deixou de ser apenas a política, economia e a sociedade para pensar a cultura material, a vida simples, as mentalidades. Tais ampliações de objetos só teriam sentido com pesquisas em relatos de fontes consideráveis. Neste intuito é necessário tornar mais amplo o conhecimento do cotidiano das pessoas na sociedade, o que pode levar a uma reconstrução histórica no espaço estudado.

Burke (2005) revela a história numa perspectiva de recorte cultural, visto que o indivíduo parte da construção da sociedade, manifesta e escreve sua história que implicitamente interfere no resultado do cotidiano social. Para Burke, as ideias de Michel Foucault foram relevantes para o construto teórico da Nova História Cultural:

Foucault chamava a atenção para o controle sobre o eu, especialmente no controle sobre os corpos exercidos pelas autoridades. Foucault que primeiro foi filósofo, se tornou historiador, depois historiador das ideias que se tornou historiador social- fez sua reputação com uma série de livros sobre a história da loucura, da clínica, dos sistemas intelectuais, da vigilância, da sexualidade. (BURKE, 2005, p. 74).

Ao citar Foucault, o historiador francês nos demonstra que “Os historiadores precisam explorar os limites da plasticidade cultural, limites que embora passíveis de modificação até certo ponto, algumas vezes são estabelecidos por fatores econômicos, fatores políticos ou, ainda por tradições culturais” (BURKE, 2005, p.129).

Nessa concepção historiográfica, a loucura está mais ligada à posição na sociedade do que propriamente a uma patologia. A resposta para a loucura como processo cultural baseia-se no discurso médico e refere-se às características da pessoa acometida por doença mental, pelo fato de ser inferiorizada no meio social, mental, física e intelectualmente. Portanto, é sempre vista como mais suscetível a perturbações e as desorganizações da mente, enquanto a racionalidade é considerada inerente ao mundo.

No século XVIII, com base em inúmeras mudanças na Europa e no mundo, advindas da Revolução Industrial, a preocupação com a vida e a saúde tornou-se uma questão estratégica para o desenvolvimento nacional e acumulação de riqueza. Esse foco teve impacto, principalmente na forma como a ajuda é prestada à população definida pelo novo conceito. Derrida e Foucault discordam deste conceito. Existiu entre eles um debate sobre se houve mesmo uma ruptura na forma de tratamento da loucura

naquele século.

Na Europa, no final do século XVIII, os hospitais psiquiátricos consolidaram-se, e um século depois surgiram aqui no Brasil como espaços de cura para os consolidados “anormais”. Vale ressaltar que antes da Revolução Francesa o Estado, a justiça e a família dividiam responsabilidades, porém, a loucura como doença exigiu um novo poder, fazendo nascer novas técnicas de submissão e novos códigos que revelaram as falhas no controle. Propôs Pinel, no discurso de Esquirol<sup>7</sup> que os doentes da razão, deveriam render-se ao poder da mente, mesmo que fosse pela força.

Neste sentido, Foucault explica que:

O internamento não pode ter por finalidade outra coisa que uma correção (isto é, a supressão da diferença ou a realização desse nada que é a loucura na morte). Onde esses desejos de morrer que se encontram tão frequentemente nos registros dos internamentos sob a pena dos guardiões e que não são, para o internamento, signo de selvageria, desumanidade ou perversão, mas estrito enunciado de seu sentido: uma operação de aniquilamento do nada. O internamento desenha, na superfície dos fenômenos e numa síntese moral apressada, a estrutura secreta e distinta da loucura (FOUCAULT, 2012, p. 249).

No entanto, apesar de Pinel ser o pioneiro em colocar os pacientes separados dos criminosos, dando aos primeiros cuidados médicos, buscando meios mais humanizados de tratamento que diferiam daqueles tratamentos aplicados aos alienados da época, percebe-se que os hospitais psiquiátricos foram se transformando em lugares de afastamento, onde os loucos foram sujeitos a todo tipo de tortura e maus tratos, uma instituição que deveria proporcionar a cura, os silenciavam, uma situação que ultrapassava o tempo e espaço.

Assim, esse foi o modelo em que o Brasil se baseou ao longo do tempo para o enclausuramento dos “loucos”. Neste modelo de instituição em que os hospitais psiquiátricos se transformaram, as críticas e o desejo de mudanças tornaram-se bastante frequentes a partir da Segunda Guerra Mundial (1938-1945). Surgiram em alguns países, alternativas de tratamento, porém dando continuidade ao modelo asilar.

---

<sup>7</sup> Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840). Psiquiatra francês. Discípulo de Philippe Pinel. Fundou o primeiro curso para o tratamento das enfermidades mentais e lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados na França.

Entretanto, na Itália, Franco Basaglia propôs um projeto de transformação institucional, que foi um encaminhamento para o rompimento com a estrutura asilar. “Psiquiatria Democrática” foi uma denominação dada por Basaglia à iniciativa de transformação da assistência psiquiátrica italiana nas cidades de Gorizia e Trieste, que foram duas experiências exitosas iniciadas em 1961. Apesar do sucesso, suas ideias foram recebidas com críticas e tidas como iniciativas fora da realidade e impossíveis de obter resultados positivos. Neste sentido, Amarante ressalta:

Para os opositores, Basaglia foi um sonhador, utopista, empirista, aventureiro, sem sequer fosse conhecido o seu pensamento e observados os resultados de sua intervenção prática. Por isso propositalmente, venho utilizando o termo “aventura”, não apenas porque o próprio Basaglia assim o fez, mas, também, propondo dessa forma a superação dos valores pejorativos relacionados a esta expressão e acentuando, em contrapartida, as nuances que dizem respeito ao que é “incomum”, “surpreendente”, “intrépido”. É exatamente este espírito de aventura que permitiu, a um só tempo, que lutasse contra o *establishment* psiquiátrico, os poderes locais e o Estado. (AMARANTE, 1995, p. 63).

A experiência da reforma psiquiátrica na Itália foi espelho, e Basaglia tornou-se referência para as lutas pela humanização do tratamento das pessoas com distúrbios psicossociais em vários países, inclusive no Brasil. O livro “O Homem e a Serpente” de Paulo Amarante é prefaciado por Franca Ongaro Basaglia, esposa de Franco Basaglia. Neste livro Amarante apresenta uma pequena biografia do médico italiano no anexo 2. Essa particularidade e atitude de Amarante têm um grande significado, pois chancela a afirmação de que a reforma psiquiátrica na Itália foi espelho para o debate da reforma psiquiátrica no Brasil.

Amarante (1995) afirma que “nem tudo é crítica” na obra de Basaglia, e cita Birman (1982) para exemplificar a aceitação da Psiquiatria Democrática Italiana de Basaglia, por expressar o caráter de novidade, de ruptura, proposto e operado por ele:

Foi muito importante a maneira pela qual Basaglia encaminhou suas *démarches* para a ruptura com o quadro asilar. A questão estaria exatamente em se ficar neste sistema normativo e em se acreditar que o problema se restringia a uma nova tecnologia da cura. [...] Apenas com isso seria possível constituir um saber sobre a loucura, obstaculizado desta forma. [...] Com efeito não cabe apenas pensar a relação com a loucura em termos de cura, pois isso seria continuar no mesmo campo ideológico tradicional que a identificou com a doença mental, mas procurar transformar a relação da sociedade ocidental com a loucura, que está cristalizada no asilo e na exclusão social, já que constituem elementos fundamentais de controle da marginalidade social e de suas implicações políticas. Aqui, portanto, o conceito de doença mental está claramente em questão, o que não estava anteriormente. Cabe, inclusive, desinstitucionalizar a doença mental para

apreendê-la de uma outra forma, e conferir a ela um outro destino social (BIRMAN, 1982, p. 240).

No entanto, a distância entre as transformações experimentadas por Basaglia na Itália e a ruptura com o quadro asilar foi imensa no Brasil. Somente chegaram depois de alguns anos e, mesmo assim, contrariando as práticas de inteiro abandono e exclusão da pessoa.

De modo que o ideal moderno de uma sociedade absolutamente racional, protagonista desse processo de transformação e ebulição social, inscreve a medicina em posição estratégica, constituindo-se, segundo Birman (1992, p. 80), como

[...] o campo de saber que poderia, pela transformação racional das regularidades da natureza, possibilitar a constituição de corpos saudáveis e instituir as condições higiênicas no espaço social [...], de maneira que promovendo a maior riqueza das nações pela mediação da produção da saúde, poderia organizar também as condições mais eficazes de sociabilidade que possibilitariam o exercício pleno da cidadania.

Essas reconfigurações da sociedade como um todo e do papel social que a medicina desempenha têm alimentado um movimento de reforma dos hospitais, que devem ser reorganizados com vistas a passar de um lugar para morar, armazenar e esperar a morte para um lugar para parar de morrer.

Antes disso, o hospital era essencialmente uma instituição de caridade cuja função principal era ajudar os pobres. Sua finalidade não era fornecer terapia, mas proporcionar um ambiente acolhedor para aqueles que aguardavam a morte. Além disso, o médico não tinha um papel fixo no ambiente hospitalar. Em vez disso, suas visitas eram poucas e limitadas.

Segundo Robert Castel (1978), o hospital ainda era uma espécie de solução imposta a pessoas cujos hábitos e comportamentos eram percebidos como inadequados, em estado de ruptura com a integração social. Na França, as ordens de internação - *lettre-de-cachet* - eram estabelecidas pela autoridade régia, estipulando a coleta em estabelecimentos correccionais ou em hospitais gerais. Essas instituições funcionavam como instituições destinadas a isolar e abrigar aquelas pessoas que de alguma forma perturbavam a ordem social - os loucos, prostitutas, libertinos, doentes, pobres, inativos dentre outros -, ocorrência ou surto de qualquer doença, mas era uma

prerrogativa moral realizar essas intervenções para exercer um controle efetivo sobre a população. O processo de reestruturação de todo aparato hospitalar, em geral, foi efetivado na França no final do século XVIII.

Em meados da década de 1780, a pedido da Academia de Ciências, Tenon realizou várias expedições de pesquisa, desenvolvendo descrições funcionais dos hospitais visitados. Essas visitas e estudos como um todo tiveram como objetivo reunir informações para a implementação da reestruturação do Hospital Geral de Paris (FOUCAULT, 2000).

Dessa forma, foram verificados e analisados fatores como o número de pacientes, sua localização no espaço hospitalar, a forma de tratamento, o tamanho das salas, as taxas de mortalidade e cura, a rotina das pessoas que ali trabalham e seus hábitos, nessas visitas, o trajeto do material utilizado (roupas, roupas, lençóis), dentre outros. Assim, foi possível desenvolver e consolidar uma nova visão do hospital, atentando para seus malefícios e o medicamento que deveria fornecer.

Na concepção de Foucault (2000), essa reorganização do hospital que possibilitou medicalizá-lo se deu por meio do desenvolvimento de uma tecnologia política específica, a disciplina. Esse conjunto de técnicas e procedimentos caracterizou-se pela arte do arranjo espacial dos indivíduos, onde os corpos devem ocupar um espaço previamente individualizado e classificado. O intuito era controlar o desenvolvimento de uma atividade e não o seu resultado, por meio de uma técnica de poder que exigia supervisão constante e insistente dos indivíduos para o registro contínuo e detalhado de tudo o que acontece na instituição. Foucault (1976, p. 99) afirma que:

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais.

Nesse período, a prática médica também passou por uma série de transformações. Inicialmente, a reforma e reestruturação dos hospitais visavam eliminar o impacto negativo sobre o meio ambiente, pois, segundo o modelo das ciências naturais, a doença era entendida como um fenômeno natural, resultado do impacto ambiental direto sobre o indivíduo. Portanto, entendia-se que a intervenção médica deveria ser direcionada ao ambiente que circundava e espalhava a doença. Para obter o

conhecimento desejado sobre a doença, o médico utilizava o modelo epistemológico da Botânica, as Ciências Naturais, denominado Método de Classificação de Linnaeus. Como enfatizou Britto (2004, p. 67), a aplicação desse método de aprendizado das Ciências Naturais estava diretamente relacionada à garantia da medicina ao status de ciências racionais. O método naturalístico baseava-se, essencialmente, na observação e análise do fenômeno estudado, consistindo em observar, descrever, comparar e classificar seus objetos de pesquisa.

Nesse modelo, destacava-se a aplicação de alguns princípios, entre eles o isolamento, que significava retirar, separar o que se queria saber do ambiente que pudesse interferir em sua observação; e o distanciamento, que assegurava o isolamento dos objetos de conhecimento, seu posterior agrupamento de acordo com as características encontradas, formando uma classificação. Dessa forma, a presença de um médico no hospital permitiu o isolamento das doenças, sua separação e observação cuidadosa de seus sintomas externos, possibilitando sua classificação. O hospital assumiu um lugar privilegiado de aprendizagem, produção e transmissão de conhecimentos, tornando-se o ponto focal para o início e desenvolvimento da clínica médica que iniciou suas atividades. A organização do hospital tornou-se uma responsabilidade médica, e o hospital transformado em local de tratamento torna-se o centro médico por excelência, um local privilegiado de produção e exercício do saber médico (FOUCAULT, 1992).

Esse processo de reestruturação dos equipamentos hospitalares indicava de alguma forma a possibilidade de repensar e reorganizar o espaço destinado aos loucos, afinando esse espaço e a própria aproximação dessa parcela excluída da população com o desenho revolucionário da sociedade de contrato e a conceituação nascente da cidadania moderna. Esses movimentos e transformações, relacionados ao contexto turbulento e inovador da época, criaram condições possíveis para a perpetuação da visão médica da loucura. A loucura como doença incorporava-se perfeitamente no aparato construído na figura do espaço hospitalar.

Por um lado, ao analisar esse processo constitutivo do paradigma psiquiátrico, uma nova concepção do processo de abdução de doentes mentais só poderia ser dada levando-se em conta a priorização desse comportamento excludente e a pré-existência da população abrigada. Nesse sentido, conforme Machado (1981, p.76):

Medicalização da loucura não significa, neste momento anunciador de tão importantes transformações, importação da teoria médica da loucura no espaço do internamento; significa, antes de tudo, a reestruturação interna das instituições de reclusão do louco que, paulatinamente, por um efeito próprio à reorganização de seu espaço, vai lhes dar uma significação intrinsecamente médica de agente terapêutico.

Por outro lado, para alguns autores, o processo de tratamento ético e sequestro de loucos forma a dimensão ocupacional ou inclusiva da Psiquiatria, segundo Bezerra Jr. (1992, p.120):

[...] ao invés de signo da exclusão, o asilo refletiria a utopia igualitária dos revolucionários e a noção disseminada entre eles de que a sociedade e o ambiente modelam o homem. Daí a necessidade de espaços onde ‘as paredes fossem terapêuticas’ (Esquirol) e onde a hierarquia, a arquitetura e a disciplina pudessem servir ao objetivo de resgatar para uma igualdade de fato aqueles que somente a possuíam como direito.

Com base nessa contradição fundamental e de acordo com Joel Birman em artigo de 1992, intitulado "A cidadania treslouca", podemos dizer que o paradigma psiquiátrico se construiu a partir de um paradoxo estrutural. Por sua alienação e morbidade fundamentais, o louco não era considerado "um ser inscrito em um universo de razão e vontade e, portanto, não pode ser descrito como sujeito de um contrato social" (BIRMAN, 1992, p.74).

Ao mesmo tempo, de acordo com a nova ordem social baseada nos ideais da Revolução Francesa, suas representações mórbidas sugeriram a necessidade ou mesmo a possibilidade de promover, por meio da prática disciplinar, a devida restauração de sua racionalidade e da sua associada restauração como sujeito por meio do tratamento ético proposto por Pinel. Com isso, o indivíduo considerado louco passou a sofrer um sequestro manicomial razoável para fins terapêuticos e foi obrigado a passar por um processo de descolamento da alienação e restauração de sua condição de sujeito do contrato social.

Conforme Amarante (1995, p. 491):

[...] o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre não poderia ser cidadão. Ao asilo alienista era devotada a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a Razão, portanto, a Liberdade. No contexto da Revolução Francesa, com o lema ‘Liberdade, Igualdade e Fraternidade’, o alienismo veio sugerir uma

possível solução para a condição civil e política dos alienados que não poderiam gozar igualmente dos direitos de cidadania, mas que, também, para não contradizer aqueles mesmos lemas, não poderiam ser simplesmente excluídos. O asilo tornou-se então o espaço da cura da Razão e da Liberdade, da condição precípua do alienado tornar-se sujeito de direito.

Nesse contexto, entra em jogo o poder do médico como princípio absoluto de dominação e tutela a ser abolido somente após o “lunático” reconquistar sua autonomia racional. Essa reconquista dependerá inteiramente do mesmo poder médico para ser reconhecida. Dessa forma, o que Foucault (2000, p.127) considera "direito absoluto da não loucura a loucura" se fundamenta e se concretiza na configuração do poder monopolista da Psiquiatria sobre o processo de tutela e tratamento além do que pode ou não pode ser considerado para a conceituação e indicação de condições patológicas.

Dessa forma, a constituição do paradigma psiquiátrico abarca a dupla operação da loucura silenciosa: primeiro, o sequestro abrigado do corpo social e, posteriormente, a pressão sobre o corpo doente por meio de uma série de componentes físicos e morais do tratamento moral recebido pelo demente. (FOUCAULT, 2000).

Esta estratégia legitimava e reconfigurava o processo de exclusão e exclusão dos doentes mentais desde os tempos da aristocracia, baseado na negação da “humanidade” insana. Na modernidade, na defesa de uma nova ordem social, ditada pelo liberalismo, contratualismo e racionalização da Natureza, para construir e aprisionar a loucura em diferentes identidades, privando todos os direitos associados ao conceito de cidadania (CASTEL, 1978). Como exemplo disso, tem-se a questão da discriminação da mulher que se sustentou na sociedade. A loucura como doença associada à mulher revelou características de uma sociedade machista dominante que se manifestou na relação de poder.

Para Matias (2015), oposto da razão é a loucura, e os sintomas desta doença nada mais é que a perda do sentido, pensamentos fantasiosos, espíritos perturbados, que podem alcançar as pessoas em qualquer tempo. Por isso a loucura enquanto doença, sem sombra de dúvidas, tornou-se algo maligno e o estado de saúde somente pode ser acordado diante de uma descrição com o momento mais natural da sociedade, e o determinante deste momento era a designação para o comportamento patológico. O autor ressalta que, para Durkheim, a doença só tinha sua singularidade

para quem a reconhecia como tal, no entanto, a cultura forma a sua imagem, que figurava negativamente e irreal, ou seja, os doentes mentais são seres que não estão em aceitação com as regras da sociedade.

É categórico que por muito tempo a loucura serviu de máscara para o contrassenso, visto que:

Desde o século XII, a medicina medieval seguiu dois caminhos básicos: a teoria e a prática. O conhecimento teórico permitiu desvendar as causas da doença, a prática constrói o saber em relação a ação. O médico reconhecia as perturbações e construía seu diagnóstico baseando-se em tratados. Causada pelo desequilíbrio dos humores, a doença era identificada. (MATIAS, 2015, p. 17).

Ao trazer essas reflexões sobre a loucura para a realidade corrente na modernidade, a prática ditatorial e excludente da medicina encontra argumentos para o tratamento e cura das doenças, em que a loucura não depende da ciência e sim da sociedade. Argumentos inspirados por critérios pactuados por instituições política, familiar e justiça, na desobediência das normas.

Nesta trajetória a medicina se aliou ao Estado para manter a ordem nas cidades e educar o homem, na tentativa de controle social, unindo o poder e o saber para critérios seletivos. Conforme Foucault (1978):

Não se trata de fazer aqui a história das diversas instituições disciplinares, no que podem ter cada uma de singular. Mas de localizar apenas numa série de exemplos algumas das técnicas essenciais que, de uma a outra, se generalizaram mais facilmente. Técnicas sempre minuciosas, muitas vezes íntimas, mas que têm sua importância: porque definem um certo modo de investimento político e detalhado do corpo, uma nova “microfísica” do poder; e porque não cessaram, desde o século XVII, de ganhar campos cada vez mais vastos, como se tendessem a cobrir o corpo social inteiro. Pequenas astúcias dotadas de um grande poder de difusão, arranjos sutis, de aparência inocente, mas profundamente suspeitos, dispositivos que obedecem a economias inconfessáveis, ou que procuram coerções sem grandeza, são eles, entretanto que levaram à mutação do regime punitivo, no limiar da época contemporânea. Descrivê-los implicará na demora sobre o detalhe e na atenção às minúcias: sob as mínimas figuras, procurar não um sentido, mas uma precaução; recolocá-las não apenas na solidariedade de um funcionamento, mas na coerência de uma tática. Astúcias, não tanto de grande razão que trabalha até durante o sono e dá um sentido ao insignificante, quanto da atenta “malevolência” que de tudo se alimenta. A disciplina é uma anatomia política do detalhe (FOUCAULT, 1978, p. 165-166).

Nesta ótica, Machado (2009) sugere que as práticas de disciplinas tinham objetivos para criar um padrão que tornassem as pessoas submissas às exigências

econômicas, sociais e políticas no século XIX. A medicina se encarregou de implantar este sistema, surgindo, assim, a medicina social, regulando a sociedade através de práticas de monitoramento, tornando-se um poder político, quando o pensamento médico da época era código de conduta.

A loucura constituiu uma forma de completa falta de direitos, constituída pelo que Birman (1992, p.187) nomeia de "condição negativa de cidadania". O estado de alienação espiritual significava a perda da razão e da liberdade, que era a premissa do conceito nascente de cidadania livre na época. Na medida em que a terapia moral representava a possibilidade de cura do alienado pelo restabelecimento da racionalidade e da liberdade como efeito direto do trabalho de reeducação do alienado. Percebe-se que um conjunto de técnicas e dispositivos foram sendo incorporados nas práticas médicas que direcionava o atrelamento do saber médico ao Estado.

Segundo Birman (1992), a dimensionalidade existia na produção de indivíduos dóceis, regulares, obedientes, disciplinados como uma possibilidade única e insignificante para esses indivíduos doentes se reintegrarem à sociedade. Nesse sentido, o isolamento passou a ser descrito como a principal forma de observar fenômenos loucos, fornecendo uma base para o desenvolvimento de estratégias indutivas empíricas e a constituição do paradigma psiquiátrico, tanto na perspectiva da história médica quanto em suas novas proposições terapêuticas.

Entende-se que a construção social que produz o sentido do isolamento dos loucos como forma de observação do fenômeno da loucura, extrapola a afirmação, uma vez que o estigma do louco tem preponderância diante de uma sociedade que o marginaliza.

Amarante (1996) ressalta que:

E não é apenas o louco manicomializado que tem destino miserável. A categoria 'louco', 'doido', 'maluco' é negativamente estigmatizada e, nesse processo, a psiquiatria tem muita responsabilidade. Ao definir o estatuto jurídico da doença mental (os 113 loucos de todo gênero), ela legitima a condição de não-cidadão, de não-sujeito do doente. Internado ou não em um manicômio, o louco é despossuído de seus direitos, não apenas sociais, civis e políticos, mas de ser uma pessoa, de ter seus desejos e projetos. (AMARANTE, 1996, p. 113).

Assim sendo, os paradigmas dão o poder do sujeito, incluindo sua

especificidade e diferença para superar as limitações impostas e institucionalizadas numa sociedade excludente.

Maria Clementina Pereira Cunha (1986) enfatiza que:

Se a situação da mulher é específica, também as formas através das quais sua loucura se manifesta mantêm alguma particularidade. O delírio místico, por exemplo, é uma destas formas, predominantemente, femininas de enlouquecer: o abandono ou negação do próprio corpo, a “espiritualização” de indivíduos que se supõem santos, deuses ou seus porta-vozes, a prática comum da autoflagelação e do sacrifício. Poucos homens se apresentam no Juquery com este tipo de delírio — e há pouco a estranhar neste caso: se o dado da repressão sexual atinge também os homens, é para as mulheres que se dirige' seu lado mais forte e negativo. Sem dúvida, o controle da sexualidade feminina constitui questão estratégica para a definição de sua função de reprodutora e perpetuadora da família, e o livre exercício da sexualidade, no seu caso, aparecia como um atentado à natureza e à família. O delírio místico, que aparece principalmente em mulheres pobres, é uma manifestação que ressalta e amplia até o desatino características impostas à figura feminina. (CUNHA, 1986, p.145-146).

Entende-se que a loucura se ambienta numa teia que prende o sujeito nas entrelinhas do poder, do preconceito, da dominação e da característica da sociedade em ter o vulnerável excluído e marginalizado.

Talvez uma pequena reorganização das ideias para apresentar o processo de história da psiquiatria e a função do hospital, traçando desde o princípio entrecortando com as novas possibilidades que vão de Pinel e Basaglia.

## 1.2 A LOUCURA NO BRASIL.

Na história e na história brasileira, no que se refere à loucura, há culturalmente uma intrínseca ligação entre a pessoa portadora de distúrbios de comportamento e a exclusão. Percebe-se que fatores políticos, legislativos, jurídicos e, também, olhares dominantes da estrutura social, excluem os diferentes e contribuem para as já citadas práticas excludentes.

A história da forma de como a loucura foi sendo tratada no Brasil é longa e complexa e está presente em nossa história há séculos. No período colonial, as pessoas com problemas mentais eram geralmente consideradas possuídas pelo demônio e submetidas a exorcismos e outras práticas religiosas. Com a chegada da medicina

moderna no Brasil, no século XIX, surgiu uma nova forma de tratar a loucura, baseada em práticas médicas e psiquiátricas europeias. No final do século XIX, surgiram os primeiros hospitais psiquiátricos no Brasil, que eram chamados de “asilos de alienados”. Essas instituições eram frequentemente superlotadas e insalubres, com condições desumanas de tratamento.

Em 1920, surgiu no Brasil o movimento de reforma psiquiátrica, que defendia a substituição dos asilos por serviços comunitários de saúde mental. Essa ideia ganhou força na década de 1970, quando ocorreu uma série de denúncias de violações dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos. Os relatos apresentados por pesquisadores demonstram que no século XIX, durante o Segundo Reinado, já haviam instituições que recolhiam os alienados mentais.

Os ambientes designados para o recebimento dos acometidos de enfermidade especial, assim considerada, a alienação mental à época, tinham características de isolamento social. De 1852 a 1865, as províncias de São Paulo, Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Pará criaram estes espaços quase que simultaneamente. Oda e Dalgalarondo (2005, p.1005) ressaltam que “pode-se supor, com relação às cinco províncias estudadas, que assim como, em geral, eram pobres os usuários dos hospitais de caridade, também paupérrimos deveriam ser grande parte dos alienados recolhidos aos hospícios”.

A história da loucura no Brasil está intimamente ligada à criação dos hospitais psiquiátricos no país. O rápido crescimento das demandas nas instituições de recolhimento dos loucos levou o Estado, através dos políticos, a considerar que as famílias e a sociedade se sentiriam mais tranquilas existindo um lugar próprio para os alienados.

Desta forma, foram criados no Segundo Reinado o Hospício de Alienados D. Pedro II e várias instituições específicas para os loucos. D. Pedro II, em 1841, autorizou a construção do hospício que somente foi inaugurado após 11 anos, em 1852, denominado, então, Hospício D. Pedro II.

No cenário que se instaura a resposta do poder público e privado, a internação dos despossuídos e considerados alienados se deu a partir da ótica de uma sociedade que marginaliza e exclui, baseada no domínio legítimo do poder.

No entanto, muitos brasileiros se debruçaram na construção do pensamento, discussões e práticas de tratamento da loucura que se apresentava no cotidiano das instituições de reclusão dos alienados.

No decorrer dos anos, surgiram novos hospitais psiquiátricos em todo país, que reproduziam as mesmas condições degradantes de tratamento. Os pacientes eram frequentemente abandonados pelas famílias e sociedade, e muitos passavam o resto da vida internados nos hospitais.

Juliano Moreira<sup>8</sup>, apontado como precursor da psiquiatria científica no Brasil, foi contrário aos preconceitos enraizados aos negros e, também, à hipótese relatada por europeus que defendiam a existência de doenças mentais típicas dos climas quentes, tropicais. Este profissional desenvolveu pesquisas relevantes no campo da Psiquiatria e da saúde mental. De 1903 a 1930, dirigiu o Hospital Nacional dos Alienados no Rio de Janeiro, onde introduziu mudanças. Oda e Dalgalarondo (2000) enumeram as mudanças realizadas pelo médico:

Como ele mesmo descreveu, foram estas as mudanças: instalação de laboratórios de anatomia patológica e de bioquímica no hospital; remodelação do corpo clínico, com entrada de psiquiatras/neurologistas e outros especialistas (de clínica médica, pediatria, oftalmologia, ginecologia e odontologia); a abolição do uso de coletes e camisas de força; a retirada de grades de ferro das janelas; a preocupação com a formação do enfermeiros; o grande cuidado com os registros administrativos, estatísticos e clínicos, entre outros. Sua atuação institucional incluiu a organização da “Assistência aos Alienados”, mais tarde Serviço Nacional de Assistência aos Psicopatas. Tendo redigido, em 1903, uma proposta de reforma do Hospício Nacional e insistido junto ao governo para a aprovação da legislação federal de assistência aos alienados, promulgada em 22/12/1903 (ODA; DALGALARRONDO, 2000, p.2).

---

<sup>8</sup> Juliano Moreira (1873-1933) médico psiquiatra, considerado fundador da disciplina psiquiátrica e da psicanálise no Brasil. Foi o primeiro professor universitário brasileiro a citar e incorporar a teoria psicanalítica no ensino da medicina. Lutou contra as teorias racistas que ligavam doenças, sobretudo as psicológicas, a pessoas negras.

Entretanto, tais propostas e mudanças não contemplaram o direito da pessoa, pois as práticas de exclusão e violência repressiva continuaram a existir e o crescimento desenfreado dos hospícios tornou-se realidade.

Amarante considera que assistimos a uma proliferação de macrocolônias de alienados por todos os cantos do território nacional, quase todas criadas pelos psiquiatras Juliano Moreira e seu discípulo Aduino Botelho<sup>9</sup>, diretores nacionais de assistência psiquiátrica entre 1910 - 1930 e 1930 - 1940, respectivamente. Em quase todos os estados existem ou existiram manicômios com o nome de um ou de outro, quando não de ambos. (AMARANTE, 2006).

Carvalho e Amparo (2006) relatam que no cenário das internações institucionais para os alienados em 1944, a médica psiquiatra Nise da Silveira, reassumiu seu cargo no Centro Psiquiátrico no Engenho de Dentro, defendendo uma postura de não concordância com as práticas de tratamento que violentavam e oprimiam os internos.

Nise da Silveira<sup>10</sup> buscava outras possibilidades para intervir no tratamento dos alienados, encontrando alternativas na Terapia Ocupacional, que culminou na implantação de um ateliê de pintura organizado por Almir Marvignier em 1946. Segundo Carvalho (2006, p.126), “Os doentes trabalhavam diariamente das 10:00 às 14:30 horas e o resultado desta iniciativa foi rápido, realizou-se uma primeira mostra do trabalho três meses após a sua inauguração.” O trabalho que Nise da Silveira propôs trouxe importantes contribuições para a Psiquiatria e oportunizou o desenvolvimento de tratamentos alternativos ofertados, considerando a produção artística como possibilidade de cura.

---

<sup>9</sup> Aduino Junqueira Botelho (1895-1963), médico psiquiatra e professor universitário. Em 1938 assumiu a Direção da “Assistência aos Alienados” e criou o Centro Psiquiátrico de Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. Foi membro da Academia Nacional de Medicina em 1930, ocupando a cadeira 57 que tem Juliano Moreira como patrono.

<sup>10</sup> Nise Magalhães da Silveira (1905-1999), médica psiquiatra. Reconhecida mundialmente por sua contribuição à psiquiatria. Considerada a pioneira na utilização de tratamentos humanizados para pacientes com transtornos mentais.

Entretanto, nem tudo que é bom se espalha rapidamente, neste mesmo tempo de inovação do Engenho de Dentro proposto por Nise da Silveira, o Juquery se mantinha no auge de sua aceitabilidade, pois contabilizava um crescimento exorbitante de internos. O hospital Psiquiátrico do Juquery, inaugurado em 1898, contava com 16.000 internos em 1970. De acordo com Cunha (1986):

Entrar no Hospício do Juquery e ver a loucura com sua cara contemporânea neste final de século XX – classificada, drogada, numerada e caneca pendurada na cintura, alguma coisa estranha e dolorida no fundo dos olhos – é uma experiência que comove e incomoda. (CUNHA, 1986, p.14).

Segundo Cunha, no percurso das atividades do Juquery, denúncias das condições de tratamento dos internos levaram-no às sucessivas crises. Essas denúncias estavam sempre voltadas para as condições precárias de vida dos “loucos”. Sem higiene, má alimentação, violência, superlotação.

Com uma extensa mostra de relatórios, a autora contribui com um rico trabalho sobre a história da loucura no Brasil, pautados em pesquisas subsidiadas em relatos de pessoas internadas no Juquery.<sup>11</sup> Num interessante dado da loucura no Brasil, está a questão das mulheres e as causas da loucura feminina que durante séculos evidenciam o preconceito legitimado pelo gênero. Cunha (1986) enfatiza que:

Se a situação da mulher é específica, também as formas através das quais sua loucura se manifesta mantêm alguma particularidade. O delírio místico, por exemplo, é uma destas formas, predominantemente femininas, de enlouquecer: o abandono ou negação do próprio corpo, a “espiritualização” de indivíduos que se supõem santos, deuses ou seus porta-vozes, a prática comum da autoflagelação e do sacrifício. Poucos homens se apresentam no Juquery com este tipo de delírio — e há pouco a estranhar neste caso: se o dado da repressão sexual atinge também os homens, é para as mulheres que se dirige' seu lado mais forte e negativo. Sem dúvida, o controle da sexualidade feminina constitui questão estratégica para a definição de sua função de reprodutora e perpetuadora da família, e o livre exercício da sexualidade, no seu caso, aparecia como um atentado à natureza e à família. O delírio místico, que aparece principalmente em mulheres pobres, é uma manifestação que ressalta e amplia até o desatino características impostas à figura feminina.<sup>12</sup> (CUNHA, 1986, p.145-146).

---

<sup>11</sup> No livro, O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo, Maria Clementina Pereira Cunha traz à tona a realidade do Juquery e as práticas alienistas usadas para internar os loucos “fabricados” pela sociedade. Pesquisa de prontuários demonstra as características e a realidade vivida pela população interna desde sua inauguração.

<sup>12</sup> Cunha faz referência ao contexto social das internações das mulheres a partir do discurso médico, que foi muito difundido na explicativa da doença feminina no Brasil (CUNHA, 1986, p. 143-160).

Além disso, considerando que este espaço contraditório e desolador, foi ainda ocupado por governos autoritários e usando a Psiquiatria para legitimar repressão e tortura, Amarante (2006) destaca que:

A colônia do Juqueri em São Paulo, foi a maior de todas, chegando a abrigar 16 mil internos. No início dos anos 40 havia 24 mil leitos psiquiátricos no Brasil, dos quais 21 mil eram públicos e 3 mil privados. Depois do golpe militar de 64, o setor saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. A psiquiatria foi a área mais explorada e preferida pelas empresas privadas no setor, facilitava a construção ou transformação de velhos galpões em “enfermarias”. A “indústria da loucura”, como ficou conhecida, fez o número de leitos saltar de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo que os investimentos no setor público começavam a diminuir. Responsável por essa política de privatização desmesurada, Leonel Miranda, então ministro da Saúde, tornou-se proprietário do maior manicômio privado do mundo a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi, no estado do Rio que até 2002 tinha quase 2 mil leitos totalmente financiados pelo Sistema Único de Saúde. Hoje a instituição funciona sob intervenção federal, ainda com cerca de 600 leitos. (AMARANTE, 2006, p. 33).

Essa discussão sobre a saúde mental brasileira, o tratamento, a compreensão do aspecto psiquiátrico numa perspectiva de exclusão social e as políticas públicas que se instauraram no Brasil nos dão razão para buscar a construção de um pensamento crítico com interface entre o “pensar”, o “compreender” e o “agir” com relação as diferenças das pessoas.

No Brasil, as pessoas acometidas por sofrimento psíquico eram internadas e viviam enclausuradas em hospitais psiquiátricos, solitários e distantes de tudo aguardando a morte. A violência do “tratamento” traduzia crueldade, pois em muitos internos era utilizada a camisa de força, o eletrochoque e a técnica da lobotomia.

Os hospitais psiquiátricos se consolidaram aqui, no Brasil, no século XIX como espaços de cura assim como na Europa um século antes. Porém, os hospitais psiquiátricos se transformaram em hospícios excludentes valendo-se de práticas subumanas e violentas. A instituição que deveria proporcionar a cura silenciava essas pessoas, uma situação que ultrapassava o tempo e espaço. No entanto, esse foi o modelo em que o Brasil se baseou ao longo do tempo para o enclausuramento dos “loucos”.

Neste contexto turbulento de angústias e de crueldade, onde o sujeito louco silenciado em seu cotidiano, sem voz, sem escuta, sem dignidade e largado à sorte

do poder institucionalizado, surgem atores que se expressam nas mais variadas atitudes/ações promovendo reflexão/ação dentro da própria instituição e fora dela.

Curioso que no próprio movimento da sociedade as observações e a negação da realidade surgem, e as mudanças emergem em meio às turbulências que se consolidam em lutas e conquistas. Amarante relata que a compreensão da loucura perpassa pelo crivo da justificação da própria loucura inserida no sujeito e não fora dele. Segundo Amarante (1996):

O que parece problemático, em primeiro lugar, é falar de loucura - mesmo que ainda não se fale em doença mental-, como se fosse uma entidade em si, o que, em última instância, seria acatar a tese de que loucura e doença mental são exatamente a mesma coisa. Ou, em outras palavras, seria concordar com o fato de que a apropriação da loucura pelo discurso médico seja um processo que simplesmente traduz a maior competência da medicina em decifrar aquilo que, por ordem de seu estágio primitivo anterior, não era possível ainda reconhecer. Falar que a loucura tenha existido enquanto experiências concretas de sujeitos, é possível de ser entendido. O que não o é, entretanto, e isto é absolutamente distinto, é falar da busca de uma essência própria da loucura que, antes de sua medicalização, era uma outra coisa. (AMARANTE, 1996, p. 63).

Dessa forma, as práticas médicas, a internação, o isolamento, a medicalização e as técnicas violentas de tratamento dado aos ditos loucos foram fatores construídos na dimensão cultural da loucura que, historicamente, esteve imbricada na sociedade que repudia as diferenças e encontra na esfera do poder estratégias que legitimam e escoltam suas condutas.

Pode-se afirmar que a reforma na psiquiatria brasileira ainda encontra-se em construção, envolvendo uma série de atores e interesses desde o surgimento das primeiras ações destinadas aos loucos no Brasil, até os dias atuais. Dentre muitos planejamentos e recursos que destinavam um lugar ao louco, até na década de 1970, esse lugar foi o hospício, mesmo existindo alternativas. Outra questão a se destacar é que as transformações mais imensas não se deram por normas, portarias e concessões governamentais e sim diariamente, mudando as relações mais elementares e complexas. Acredita-se que a reforma psiquiátrica brasileira vem trilhando o caminho com vistas à desinstitucionalização, que ainda se encontra presente em discussões, fóruns e pensamentos.

### 1.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS DESDOBRAMENTOS NO BRASIL

Conforme Tenório (2001), na modernidade, a Psiquiatria se constituiu como uma instituição social responsável por lidar com a loucura, porque a sociedade não podia lidar com as diferenças. Nessa perspectiva, a resposta científica e socialmente legal imposta ao “lunático” era a sua prisão e internamento. Esse isolamento atingiu níveis de desumanidade e violência em “abrigos de armazéns”, onde os “lunáticos” eram abandonados.

O saber médico, por sua vez, se apropriou do discurso psicanalítico e o incorporou aos equipamentos institucionais psiquiátricos para se sustentar e sustentar a prática manicomial. Os psicanalistas, distorcidos pela psiquiatria de interpretação de sinais sintomológicos,<sup>13</sup> passaram a intervir para regular e acomodar comportamentos desordenados, adaptando suas práticas a valores e pressupostos epistemológicos diferentes daqueles originalmente propostos (BIRMAN, 1980, p. 89).

O hospital psiquiátrico confirmou a incompetência da Psiquiatria, sua incapacidade de tratar a loucura, tanto que Goffman (2005, p.92) destacou o quanto os mecanismos psiquiátricos institucionais alheios à doença e ao tratamento contribuíram para as crises ocorridas na Psiquiatria. Além de não tratar, a Psiquiatria ainda afetava os pacientes de forma diferenciadas. É por isso que o conceito de doença mental - tão acarinhado pelo positivismo médico - foi sendo gradativamente questionado, juntamente com o saber/poder e as instituições psiquiátricas.

No século XX, após a Segunda Guerra Mundial, as críticas ao modelo asilar se intensificaram. O pós-guerra foi marcado por profundas mudanças sociopolíticas culturais, favorecendo a tolerância às diferenças e minorias. De acordo com Russo (2002), as experiências vividas com a Segunda Guerra Mundial mudaram a forma de pensar a loucura e levaram à substituição do aspecto médico da Psiquiatria pelo aspecto psicológico: a Psicanálise. Esse contexto histórico foi importante porque deu origem às primeiras propostas mais sistemáticas de reforma na Psiquiatria, bem como a outras formas de compreender a loucura.

---

<sup>13</sup> Sintomatologia é o estudo e interpretação do conjunto de sinais e sintomas observados no exame do paciente. Logo, a interpretação dos sintomas das pessoas com sofrimento mental, examinados pelos psiquiatras servia para nortear o tratamento a partir da intervenção dos psicanalistas.

Alguns países implantaram inovações e organizaram modelos diferentes de atenção mental, observadas o momento circunstancial e específico. Na Inglaterra, foram realizados os primeiros e mais importantes movimentos de reforma, incluindo a comunidade terapêutica e antipsicóticos, a psiquiatria departamental e psicoterapia institucional. A partir de então, tanto na França como nos Estados Unidos, a Psiquiatria se tornou preventiva ou comunitária (RIBEIRO, 2007). Dessa maneira, cada um desses movimentos contribuiu de alguma forma, mostrando pontos específicos de uma mudança de paradigma no cuidado, como também denunciaram a situação asilar para tentar superá-la (NUNES et al., 2008). Para Birman e Costa (2004), “É esse esforço de atuação mais coletiva que caracteriza a Psiquiatria Social”.

Os movimentos de reforma psiquiátrica podem ser divididos em três categorias. Primeiro, buscou-se converter o abrigo em unidade terapêutica (Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional). Segundo, assumiu que a comunidade era o centro do tratamento (Psiquiatria Departamental e Psiquiatria Preventiva) e, por último, recomendou o fechamento do asilo como pré-requisito para a reforma (Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana) (DESVIAT, 1999).

Nesse cenário, a Comunidade Terapêutica inglesa surgiu para humanizar o asilo. Esse movimento foi influenciado pela conjuntura da época, que exigia a rápida recuperação de um grande exército de ex-combatentes. Entretanto, tal proposta não extinguiu a estrutura hospitalar, mas propôs modificações internas, autoridade e descentralização. O hospital deveria ser transformado em um espaço efetivo de reabilitação (socio-pedagógico) com a participação da comunidade, principalmente das famílias dos presos.

A experiência da comunidade terapêutica foi relevante porque evidenciou pela primeira vez as contradições fundamentais da realidade institucional (BASAGLIA et al., 1994). Também inspirou a preocupação com os outros e promoveu a democratização da escuta dos presos e suas opiniões. Para Rotelli (1994), porém, essa visão não conseguiu ir além do hospital psiquiátrico, pois a exclusão continuou na forma de tolerância e complacência.

Segundo Basaglia et al. (1994, p.15),

[...] aquela que surgiu como uma exigência de renovação fundamental das instituições psiquiátricas caiu no perigo de constituir-se nas diversas atuações práticas e nas consequentes especulações teóricas, em um novo tipo de instituição, mais moderna, mais eficiente, portanto, aceita pelo sistema devido ao fato de que, neste, as relações de poder continuam as mesmas.

Para Fleming (1976, apud AMARANTE, 2003, p. 87), a explosão da Psicanálise, após a Segunda Guerra, levou as psicoterapias institucionais a tentarem conciliar Psiquiatria e Psicanálise, em grande parte pela tradição lacaniana.<sup>14</sup> Apesar das preocupações humanitárias, a Psicoterapia Institucional e a Comunidade Terapêutica permaneceram confinadas aos hospitais e não enfrentaram a exclusão social dos doentes mentais.

As propostas em Psiquiatria Departamental e Psiquiatria Preventiva ampliam o conceito de reformas anteriores, mas, ainda precisam superar os espaços abrigados. O Departamento Francês de Psiquiatria recomenda o tratamento dentro do ambiente social, cultural e familiar do paciente, tanto quanto possível, com a hospitalização limitada à fase de transição do tratamento (AMARANTE, 2003).

Segundo Fleming (1976, apud AMARANTE, 2003), a ideia era levar a Psiquiatria à população, evitando o isolamento dos sujeitos. A principal contribuição desta proposta foi deixar de concentrar a internação. No entanto, limitava-se a questionar a centralidade do manicômio no tratamento dos sujeitos, ao invés de focalizar mais criticamente a existência do hospital como opção de tratamento.

O objetivo da Psiquiatria Preventiva ou Comunitária na América do Norte era a prevenção primária da doença mental por meio da intervenção precoce na comunidade. Na atualidade, os objetivos são: identificar potenciais pacientes (“suspeitos”) na comunidade ainda em estágio pré-sintomático e encaminhá-los para tratamento; modificar as prováveis causas de doença mental nos mais diversos cenários para prevenir ações ao longo prazo de internações hospitalares e reduzir custos. Além de sua natureza extremamente prescritiva, é importante ressaltar que o modelo ainda sofre de uma série de falhas teóricas e metodológicas. Há também um rígido controle social

---

<sup>14</sup> Jacques Lacan (1901-1981) desenvolveu uma teoria complexa e envolve muitas teorias importantes que se refere a abordagem teórica e clínica da psicanálise. A tradição lacaniana se concentra na relação entre a linguagem e a psique humana, e enfatiza a importância do simbolismo e da linguagem na construção da subjetividade.

de pessoas com comportamento anormal, o que leva à falta de ajuda para os doentes mentais, que é um foco importante da Psiquiatria (AMARANTE, 1992).

Os antipsicóticos<sup>15</sup> do Reino Unido foram considerados as propostas mais radicais de reforma que surgiram no campo da saúde mental. O conhecimento da Psiquiatria médica é muito debatido e considerado incapaz de tratar a loucura. O valor intrínseco da Psiquiatria, o de "doentes mentais" e a relação entre sociedade e loucura têm sido questionados. Os antipsicóticos propõem a loucura "clássica" não interventiva, ou seja, uma experiência libertadora entendida como insanidade. As abordagens terapêuticas proporcionam a valorização do discurso, a "viagem" ou delírio do louco (AMARANTE, 2003).

Para Amarante (2003, p. 44), “A antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e a loucura, vendo a loucura das pessoas e não sua loucura interior”. Na época, a proposta criticou amplamente a sociedade, o que gerou reflexões importantes em todas as áreas da sociedade. Amarante (2000) trabalhou também com a mudança no conceito de desinstitucionalização, o que passou a ser entendido como desconstrução dos manicômios e não apenas desospitalização, ou seja, retirada de pacientes do hospital. Sublinha que ao negar a Psiquiatria, o asilo e a doença mental, a antipsiquiatria não cria novos espaços e outras formas de receber e ajudar as pessoas em sofrimento psíquico. A dor nem pode ser considerada nesse conceito, pois a loucura está limitada às sociedades violentas e reguladas.

Assim, com os olhares sobre a necessidade e possibilidades de mudanças estruturais e legais, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira se organizou de forma mais efetiva no contexto político e histórico de combate aos estados autoritários, representados pelos governos militares (1964-1985).

Tenório (2001) destacou duas experiências de reforma no Brasil no final da década de 1960: a Comunidade Terapêutica e a Psiquiatria Preventiva. Entretanto, nenhuma delas teve impacto no atual modelo centrado no hospital. O modelo de Comunidade Terapêutica passou, ainda, a atuar como marketing para abrigos privados que não desejavam mudanças específicas. Amarante (2006) ressalta que é importante notar que o setor da saúde passou por um processo de privatização radical após o golpe

---

<sup>15</sup> Os antipsicóticos é uma classe de medicamento que se caracteriza por sua ação psicotrópica, com efeitos sedativos e psicomotores e são utilizados no tratamento de transtornos psicóticos.

militar de 1964. A “indústria louca” era responsável por grande parte dos “cuidados” psiquiátricos da época (AMARANTE, 2006, p. 47). O autor ressalta que:

No início dos anos 40 havia 24 mil leitos psiquiátricos no Brasil, dos quais 21 mil eram públicos e 3 mil privados. Depois do golpe militar de 64, o setor saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. A psiquiatria foi a área mais explorada e preferida pelas empresas privadas, na medida em que a falta de direitos dos usuários, somada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a construção ou transformação de velhos galpões em “enfermarias”. A “indústria da loucura”, como ficou conhecida, fez o número de leitos saltar de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo que os investimentos no setor público começavam a diminuir. Responsável por essa política de privatização desmesurada, Leonel Miranda, então ministro da Saúde, tornou-se proprietário do maior manicômio privado do mundo, a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi, estado do Rio, que até 2002 tinha quase 2 mil leitos totalmente financiados com recursos do Sistema Único de Saúde (AMARANTE, 2006, p. 33).

No Brasil, a reforma psiquiátrica foi um processo largamente desencadeado no final da década de 1970, a partir de uma crítica conjunta ao subsistema nacional de saúde mental, aliada a uma crítica estrutural às instituições psiquiátricas intelectuais e clássicas, dentro de todo o movimento de transformação político-social e a combinação de redemocratização.

Para Amarante (1995), em meados da década de 1970, a luta do Brasil pela redemocratização provocou uma série de críticas à ineficiência da saúde pública e seu caráter privatizado, observados e debatidos no seio das organizações ao final da ditadura militar brasileira em 1985. Os benefícios da mudança do modo de cuidar e gestão na prática em saúde, a proteção da saúde coletiva e o cuidado protagonista dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde no novo processo de gestão e produção, foram aos poucos incorporados nos discursos e defesas de causa. Houve queixas sobre “ajudas” públicas de saúde mental, onde muitos dos grandes abrigos testemunham naquele momento, o abandono, a violência e os abusos sofridos por aqueles considerados loucos.

Embora concomitante à reforma sanitária, o processo de reforma psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita no contexto de mudança internacional na superação da violência manicomial.

De acordo com Amarante (2001), no início da década de 1980, surgiu um novo momento, a chamada “reforma sanitária”, quando aconteceram mudanças consideráveis e expressivas no sistema asilar, com o surgimento das alternativas extra-

hospitalares que refletiam as experiências basaglianas na Itália, já pontuadas nessa dissertação. Todavia, esse modelo não se desenvolveu até a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987. Nesta conferência se discutiu amplamente sobre a Luta Antimanicomial. Neste mesmo ano, foi criado o primeiro CAPS - Centro de Atenção Psicossocial - na cidade de Santos, São Paulo. Os militantes destas organizações civis, portanto, em consonância com as propostas de reinterpretação do conceito de cidadania no contexto do Estado à época, quando a proteção social era considerada uma obrigação do Estado e da sociedade como um todo, inclui-se o direito à saúde mental. Com isso, as propostas para esse período foram mais fortemente pautadas por razões políticas, econômicas e operacionais, relacionadas ao campo da saúde geral e agregaram especificidades relacionadas à assistência psiquiátrica.

Destaca-se aqui, a homologação da atual Constituição Brasileira, em 1988, pois o Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado e, sem dúvida, tornou-se uma valiosa conquista para todos os brasileiros. Nesse contexto, o II Congresso dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em São Paulo, delineou o início de uma nova direção para o movimento a partir da explicitação do novo campo ético-político como base do projeto de transformação e cuidados psiquiátricos: os Direitos Civis para Pessoas com Transtornos Mentais (LANCETTI, 1987).

Dessa forma, em 1990, os tratamentos extra-hospitalares que foram disseminados no Brasil e a criação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) possibilitaram a implementação de atendimentos com novas possibilidades e acessibilidades oferecidas através do SUS e, também, acolhimento, inserção social, cultural e de convivência aos portadores de transtornos mentais.

Ademais, a evolução do processo de reforma alterou profundamente a unidade de tratamento e o modelo de atenção psiquiátrica, havendo uma substituição gradual do modelo de atenção psiquiátrica interna por outros modelos caracterizados por serviços abertos, como CAPS e residências de tratamento. O projeto de Lei n. 3.657, apresentado em 1989, foi finalmente aprovado após quase 12 anos de deliberação no Congresso Nacional em abril de 2001, formando a Lei n.10.216, que articulava a limitar e submeter ao Ministério Público grande parte dos procedimentos vinculados as internações psiquiátricas.

Com base na crise do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na explosão dos movimentos sociais pelos direitos dos doentes mentais, o processo de reforma psiquiátrica no Brasil foi maior do que qualquer conjunto de mudanças políticas, Governo e Serviços de Saúde. A reforma psiquiátrica tornou-se um processo político e social complexo, composto por diversos atores e chegou a alcançar diferentes regiões, incluindo os governos federal, estadual e municipal, universidades, mercados de serviços de saúde, conselhos profissionais, associações de pessoas com deficiência e suas famílias e os movimentos sociais.

Diante do já exposto, torna-se compreensível como um conjunto de mudanças na prática, no conhecimento, na cultura e nos valores sociais, avançou no cotidiano das instituições, serviços de saúde e saúde mental e nas relações interpessoais, caracterizando-se por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Assim sendo, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) formado em 1978, denunciou as más condições de vida e de trabalho nos hospitais psiquiátricos e a completa desestrutura de atendimento digno, a falta de ajuda aos pacientes internados nesses locais e, ainda, defendeu os direitos dos "técnicos de saúde mental" e dos pacientes. O MTSM teve uma grande resposta, liderando as primeiras iniciativas e demandas de reforma psiquiátrica no Brasil, que mais tarde se tornou "o movimento nacional na luta manicomial" (AMARANTE, 2000).

Acima de tudo, o movimento, por meio de diversas esferas de luta, passou a ter um protagonismo e, a partir de 1978, denunciou toda a violência do manicômio, a mercantilização da loucura, a hegemonia das redes privadas de ajuda e a construção dos chamados saberes psiquiátricos, uma crítica aos modelos centrados no hospital para ajudar pessoas com transtornos mentais.

Segundo Tenório (2001, p.75), três importantes processos do movimento reformista se consolidaram no país na década de 1980: a ampliação dos atores sociais envolvidos, as iniciativas de reforma legislativa e o surgimento de experiências exitosas de uma nova perspectiva sobre a saúde mental. Em 1987, dois eventos – a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental e a Segunda Conferência Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental – marcaram sobremaneira a trajetória da reforma no Brasil.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresentou o projeto de lei conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico grave e eliminar gradualmente as instituições que abrigava as pessoas com sofrimento psíquico. Amarante (1994) argumenta que com a introdução dessa Lei, as discussões sobre o tema se intensificaram, e a conseqüente democratização da causa da reforma impulsionou mudanças efetivas.

Foi esta intervenção repercutida nacionalmente que demonstrou claramente a possibilidade de criação de uma rede de atenção que efetivamente substituiria os hospitais psiquiátricos. Nesse período, foram implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) 24 horas, cooperativas, dormitórios de pós-graduação hospitalar e associações na cidade de Santos (SP). Esta foi a primeira demonstração de que a reforma psiquiátrica não era apenas uma retórica, realmente foi possível e factível, e as repercussões foram grandes. Apesar de alguns contratemplos, essa experiência foi crucial para as reformas do processo de tratamento psiquiátrico e suas intervenções na vida das pessoas com sofrimento mental.

Na situação atual do Brasil, muitas leis têm reestruturado os modelos de atenção à saúde mental, priorizando a criação de redes alternativas fora do hospital. Essas leis são importantes, mas não o suficiente para produzirem uma mudança efetiva, visto que lacunas e lacunas nessas leis contribuem para isso. Assim, hospitais psiquiátricos convivem com serviços alternativos em hospitais gerais, ambulatórios e leitos psiquiátricos. Os hospitais psiquiátricos continuam sendo o principal recurso para a grande maioria dos pacientes, entretanto, apesar de muitos avanços nas últimas décadas, ocorreu o desmantelamento de hospitais e leitos e a criação de serviços alternativos.

O complexo processo social de reorganização da Psiquiatria, por meio da implantação de novos serviços, se modernizou e se atualizou. Porém, ainda há de se considerar que esses novos serviços assumam uma lógica diferente do ponto de vista da Psiquiatria Preventiva e Comunitária, quando integrados ao movimento de desinstitucionalização de inspiração basagliana.

## **CAPÍTULO 2 - AMARANTE: O PENSAMENTO E A TRAJETÓRIA NA BUSCA PELO DIREITO À INCLUSÃO**

No Brasil, o médico psiquiatra Paulo Amarante tornou-se uma referência ao expor um pensamento ligado às principais críticas médicas psiquiátricas e filosóficas internacionais à Psiquiatria, ao saber do manicômio e ao próprio manicômio.

A trajetória de Paulo Amarante, sua obra e militância são um dos maiores referenciais brasileiros da luta antimanicomial e da luta pelo direito à diversidade comportamental. Sua participação ativa foi fundamental para a construção de ações reflexivas sobre a história da loucura, a Psiquiatria e a forma da sociedade moderna em lidar, não apenas com a loucura, mas, ainda, com todas as formas de diferenças, desvios e divergências sociais e culturais.

Muitas obras<sup>16</sup> importantes foram escritas por ele e contribuíram para esta inversão. Além de que sua vasta bibliografia vem há anos contribuindo para o estudo das questões relativas à loucura, reforma psiquiátrica, luta antimanicomial pelo viés do direito da pessoa, da busca pelo resgate e exercício da cidadania. Destaca-se, também, sua atuação profissional e contribuições exitosas na Fiocruz, que complementam e trazem à luz o mérito de sua trajetória de empatia e resiliência, que esse estudo procura elucidar.

O estudo de Paulo Amarante nos remete ao olhar significativo do presente com relação à vivência em que os atores da diversidade se encontram. Os problemas da contemporaneidade com relação às diferenças e ao direito da pessoa, presente na sociedade brasileira, ao serem estudados, demandam a busca por elementos que embasam nosso questionamento e o conhecimento teórico. As instituições psiquiátricas foram espaço de dominação econômica e cultural? A pessoa tem direito a ser diferente? Como se apresenta esse direito na regulação das ações que norteiam as práticas de atendimento e vivência com relação à diversidade?

---

<sup>16</sup> Vide Referências Bibliográficas nas páginas 90 e 91.

## 2.1 BASAGLIA EXPERIÊNCIA E EXEMPLOS

Paulo Amarante, desde o início da década de 1970, acompanhou de perto as mudanças no atendimento às pessoas com transtornos mentais. Não somente isso, mas participou ativamente dessas mudanças como um dos pioneiros da Luta Antimanicomial no Brasil, e suas ideias foram e estão voltadas para a construção de uma Psiquiatria centrada no sujeito e não na doença. Na década de 1970, quando foi trabalhar como estagiário em um hospital (manicômio), constatou com essa experiência que o tratamento disponibilizado aos pacientes internados era desumano e que, no seu ponto de vista, eram vítimas de tratamentos baseados em procedimentos psiquiátricos que não surtiam efeitos. Os loucos viviam sem direitos a nada.

Como enfatizado anteriormente, a contribuição de Amarante na busca por transformações na Psiquiatria brasileira esteve estreitamente vinculada ao modo como ele concebia as transformações desse saber em outros países, sobretudo na Itália. Amarante buscou compreender a loucura e as experiências com relação à saúde mental, principalmente a partir das experiências de Franco Basaglia.

No Brasil, na Itália e no resto do mundo ocidental, no período dos séculos XIX e XX foram marcados pelo modelo de reclusão da loucura em hospitais psiquiátricos, que Amarante chama de “modelo clássico” ou “modelo manicomial”. A transformação deste em um modelo preventivo ou comunitário estabelecia alternativas de intervenção, sendo o hospital o último recurso.

As práticas de atendimento, propostas nos modelos médicos tradicionais, que desconsidera o sujeito, foram sendo transformadas. Amarante ressalta que:

Os primeiros passos da teoria crítica em saúde mental neste momento apontam para a transformação do modelo clássico em um modelo preventivo/comunitário, considerado tecnicamente mais humano, pois procura inverter as ordens de prioridades dos recursos assistenciais aproximando-os mais rigorosamente das demandas específicas da população (AMARANTE, 1992, p. 105).

Amarante considera que um marco importante do projeto da Psiquiatria/Preventiva se deve aos EUA com a apresentação, em 1963, do Programa Nacional de Saúde Mental pelo então presidente John F. Kennedy (1961-1963). O referido programa foi inspirado nos Princípios de Psiquiatria Preventiva e passou a ser o

modelo americano, das organizações internacionais e de muitos países do Terceiro Mundo. Esse modelo assentava-se na prevenção e não na doença, pois “O preventivismo tem como primado assistencial a diretriz de evitar que as pessoas se tornem doentes, para que não sejam, assim, submetidas a longas e eternas internações em asilos psiquiátricos” (AMARANTE, 1992, p.105).

Percebe-se o diálogo de Amarante com o Preventivismo de Gerald Caplan (1980), que afirmava ser fundamental assistir as pessoas a fim de evitar que elas se tornassem doentes e internadas por longos períodos ou por tempo indeterminado em asilos psiquiátricos. A partir de seus estudos, Caplan publicou o livro *Princípios da Psiquiatria Preventiva* (1964), no qual apresentou a ideia de que a participação, a autoajuda e as oportunidades sociais são fatores que podem intermediar a diminuição ou superação dos problemas de saúde e sociais. A intervenção caplaniana, através dos seus instrumentos fundamentais, se baseia no trabalho comunitário e aplicação da técnica de *Screening*.<sup>17</sup>

Em todos os setores públicos e privados e seus representantes, como os de clínicas particulares, os empresários da indústria farmacêutica, os psicanalistas os biólogos, os professores de todas as correntes são unânimes em concordar que a prevenção “é um benefício fundamental [...]. Ninguém tem motivos aparentes para opor-se à prevenção: ao que tudo indica é um modelo que não afeta nenhum dos interesses” (AMARANTE, 1992, p. 108).

No momento em que as práticas institucionais para o atendimento às pessoas com sofrimento mental, de certa forma se espalham na Europa, EUA e países do Terceiro Mundo, sob influência americana, as críticas ao modelo da Psiquiatria Preventiva surgem, e Basaglia, na Itália, constrói uma profunda transformação nos conhecimentos sociais e na Psiquiatria. Essas mudanças impactam, no Brasil, o pensamento de Amarante (1994, p. 61) que diz que Basaglia, “[...] construiu uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sociais”, que originou em criação de uma nova concepção de Psiquiatria.

Durante a trajetória de Basaglia, alguns pontos fundamentais o acompanharam demonstrando o seu pensamento e norteando a sua prática. Amarante,

---

<sup>17</sup> De acordo com Amarante (1992) a aplicação da técnica de *screening* “se traduz na identificação precoce de casos suspeitos de enfermidade no meio de um grupo social qualquer”.

amparando-se nas concepções do médico italiano, defende que: “a luta contra a institucionalização [...] a luta contra tecnificação [...] a invenção e constituição de um contrato social, a consciência das transformações advém da prática efetiva de luta nos campos político e social”. (AMARANTE, 1994, p. 63). Esses fatores foram determinantes no construto de um novo saber teórico e novas atitudes/ações que marcaram a construção do pensamento basagliano.

Na sua intenção de participar ativamente das lutas pela transformação do pensamento e práticas psiquiátricas no Brasil, Paulo Amarante observa que Basaglia travou uma luta pela desinstitucionalização dos portadores de doença mental, buscando uma ruptura com as instituições antigas para que novas pudessem surgir. Ao se inspirar nas experiências de Basaglia, Amarante descreve-o como inventor do novo referencial psiquiátrico bem como de dispositivo que propõe a ruptura da Psiquiatria Tradicional criando assim, uma nova Psiquiatria.

Basaglia, no seu projeto de transformação no hospital na cidade de Gorizia, nos primeiros momentos teve como referência as práticas e teorias em Tosqueles e Maxuel Jones, sendo o primeiro o fundador da psicoterapia institucional e o segundo, da comunidade terapêutica. De forma que essa experiência permitiu-lhe ter como certo “a transformação do manicômio em um hospital de cura”. (BASAGLIA, 1981, p. 255). Todo contexto da teoria basagliana traz à tona a implicação da verdadeira face dos manicômios frente à emergente tomada de decisão na sociedade, vista como institucionalizada e comprovadamente opressora.

Observa-se que as referências de Michel Foucault e Erving Goffman tornaram-se importantes para Basaglia no sentido de buscar a compreensão das relações instituição e poder. Como nos afirma Amarante (1996, p. 68), Foucault e Goffman: “Tornam-se referências marcantes e decisivas para sua inflexão em um projeto de desconstrução do saber e das instituições psiquiátricas”.

A história da Psiquiatria conota a situação social que intrinsecamente esteve ligada ao poder, que se instaura no meio social e que gera as relações sociais.

Essas relações, sem dúvida, criam dentro da sociedade seus regramentos a favor do poder e do “ajeitamento”<sup>18</sup>. Amarante enfatiza:

Percebe-se como a história da psiquiatria é uma história de apropriação, de um sequestro de identidades e cidadanias, de um processo de medicalização social de disciplinarização, de inscrição de amplos segmentos sociais no âmbito de um saber que exclui e tutela, e de uma instituição asilar que custodia e violenta. (AMARANTE, 1996, p. 69).

Para Amarante (1994), a proposta de desinstitucionalização de Basaglia não significou um rompimento com as instituições, mas uma ruptura dos paradigmas que fundamentaram e autorizavam a instituição psiquiátrica clássica.

Percebe-se que as obras de Amarante parecem estar lincadas com os estudos e experiências de Basaglia, que além de citar tais estudos e experiências em seus livros e artigos, o autor refere-se ao trabalho de Basaglia como espelho para as mudanças referentes à reforma psiquiátrica no Brasil. No trabalho de Basaglia em Gorizia e Trieste, comenta o médico brasileiro, que o “pensamento fenomenológico-existencial torna-se um dos principais aspectos de referência teórica” (KATELLI, 1990, apud Amarante, 1994, p. 64), que remete às experiências basaglianas a partir das referências da Comunidade Terapêutica (CT) e da psicoterapia institucional francesa, psiquiatria de setor na França, que serviram de norte para o desenvolvimento de ações similares na Itália.

Amarante, estudando Basaglia, descreve a existência de quatro fases na trajetória do médico italiano, e que de certa forma, orientam as práticas desenvolvidas e conceituam a loucura. O autor pondera que a esposa do médico psiquiatra italiano,

Franca Basaglia reuniu a produção de Franco Basaglia nos Scritti Basaglia I e II (todas as obras aqui referidas fazem parte desta coletânea 1981,1982) em cuja “Introdução” propõe classificar a produção de Basaglia em quatro fases, que em algumas vezes se entrecruzam cronologicamente e correspondem a quatro momentos diversos, a quatro abordagens diferentes na trajetória de confronto com a ciência, na análise e compreensão do processo saúde/enfermidade mental e na análise e compreensão das instituições psiquiátricas e totalitárias (AMARANTE,1994, p. 64).

---

<sup>18</sup>Grifo nosso. Chamo de “ajeitamento” – a forma que as regras sociais se “ajeitam” para atender determinados modelos econômicos e políticos.

O confronto com a ciência em que a produção de Basagliana concebeu a elaboração de um novo conceito da loucura e de novas práticas foi descrito por Franco Basaglia, que vivenciou experiências de mudanças no tratamento de pessoas consideradas loucas. Amarante relata-nos as abordagens na trajetória de Basaglia com relação ao enfretamento da problemática e do sofrimento em que as pessoas com sofrimento mental eram submetidas. (AMARANTE, 1994, p.64).

Amarante (1994) explica que as fases em que se classificam o estudo/intenção na produção de Franco Basaglia foram organizadas por ele e sua esposa. A primeira fase define-se como os primeiros diálogos sobre a cultura psiquiátrica, período de reconhecimento e adaptação a uma ciência em que o objeto de análise era inquestionável. A segunda fase aborda a complexidade das agruras das pessoas nas quais podem se incorporar aos distúrbios psíquicos. Nesta fase, Basaglia estava trabalhando em Gorizia, na Itália, onde as experiências e o estudo fundamentaram sua teoria e as práticas, e refutaram a desumanização advinda da Segunda Guerra Mundial na Europa. Esse foi um momento de construção de novas possibilidades que caminharam para mudanças significativas no campo da saúde mental.

Assim, segundo Amarante (1994), influenciado pelo pensamento fenomenológico-existencial, este passou a ser um dos principais aspectos de referência teórica em que se conceitua a enfermidade mental no olhar de Basaglia. A terceira fase está intrinsecamente ligada à prática psiquiátrica fundada na ciência. O autor descreve a definição de Franca Basaglia, esposa de Franco Basaglia, que com ele organizou suas experiências em quatro fases. Para essa fase, a terceira, afirma ser uma fase de negação/superação institucional, ou seja, a negação da Psiquiatria enquanto ideologia. Lembra-nos o médico brasileiro que negar a instituição não significa negar a doença, mas sim, romper com a condição de doente, de estar institucionalizado, rotulado, em estado de segregação, com sofrimento, dor e sem direitos.

A quarta fase é marcada pela exposição da problemática para o mundo. Externar a realidade relativamente intrigante da doença mental no contexto social e suas nuances político-econômicas, no sentido de buscar a compreensão crítica e incorporá-la às três fases que a antecederam, numa perspectiva de transformação no saber psiquiátrico, bem como nas práticas e intervenções sociais. Nessa etapa, “Basaglia vai

construindo uma permanente reflexão sobre os conceitos de desvio, normalidade-anormalidade, desajustamento e personalidade psicopática, que contém não apenas uma análise epistemológica, mas uma crítica no lidar social e político com os mesmos” (AMARANTE, 1994, p. 66).

De acordo com Amarante, “a psiquiatria construiu conceitos de sintomas e doenças sobre fenômenos que em última instância, lhes são absolutamente incompreensíveis e, portanto, cumprem um papel ideológico”. (AMARANTE, 1994, p. 70). Na sua ótica, discutir a exclusão retoma “a ideia de colocar a doença entre parênteses [...]. Assim a necessidade de colocar a doença entre parênteses significa uma negação, isto sim, da aceitação de toda a elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento”. (AMARANTE, 1994, p. 70). E continua Amarante: “é preciso inventar um novo modo de organizar aquilo que não pode e não deve ser organizado, de que é preciso buscar um método de cura que não deva necessariamente, institucionalizar-se em regras e ordens codificadas”. (AMARANTE, 1994, p. 70).

Outrossim, o trabalho de Basaglia em Trieste e Gorizia, na Itália, contribuiu para encorajar o desejo de mudanças nas práticas de tratamento dos “loucos” nas instituições psiquiátricas no Brasil, uma vez que durante décadas o isolamento e a exclusão marcaram a história das práticas na psiquiatria brasileira. É possível compreender que Franco Basaglia, que parece ter sido um exemplo a seguir, possibilitou a inserção de experiências exitosas, que vieram ao encontro das aspirações de Paulo Amarante no sentido de propor e lutar pela reforma Psiquiátrica no Brasil.

No percurso de reflexões, estudos, práticas e a viabilidade temporal do processo que culminou na Reforma Psiquiátrica no Brasil, trouxeram à tona um importante conhecimento histórico que fundamenta o entendimento sobre a loucura no viés do sujeito que a própria história desenhou: “a história de uma apropriação, de um sequestro de identidades e cidadanias, de um processo de medicalização social, de disciplinarização, de inscrição de amplos segmentos sociais, âmbito de um saber que exclui e tutela e de uma instituição asilar que custodia e violenta” (AMARANTE, 1994, p. 104).

## 2.2 CONTRIBUIÇÕES DE AMARANTE PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.

Amarante analisa o contexto e os acontecimentos que antecederam a reforma psiquiátrica no Brasil, assim como os movimentos, as mudanças, as conquistas e conseqüências produzidas na sociedade e, em particular, na vida das pessoas e suas famílias. (AMARANTE, 1995, p. 492). A saber, ele descreve:

Em 1978, no contexto da redemocratização, surge no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que virá a tornar-se o ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. O MTSM, num primeiro momento, organiza um teclado de críticas ao modelo psiquiátrico clássico, constatando-as na prática das instituições psiquiátricas. Procurando entender a função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização. (AMARANTE, 1995, p. 492).

Em 1987, em Bauru (SP), assumindo a característica social, o MTSM, construiu um amplo sentido de transformações na saúde mental. O lema “Por uma sociedade sem manicômios” marcou a inserção de novos atores sociais nas discussões e direcionamentos acerca da saúde mental. Descreve ainda, que em 1989, a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, pela prefeitura de Santos (SP) e a Lei Paulo Delgado marcaram a trajetória do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo que a primeira deu início ao fechamento dos hospícios, substituiu o modelo assistencial e criou os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Vale lembrar que o Projeto de Lei Paulo Delgado trouxe a proposta de extinguir progressivamente o modelo psiquiátrico clássico substituindo-o por outras formas de assistência.

Ao relatar mudanças significativas nos anos 1990, Amarante ressalta que “as portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde abriram a possibilidade, até então inexistente para que o Sistema Único de Saúde (SUS) possa financiar outros procedimentos assistenciais que não o simples leito/dia ou consulta ambulatorial”. (AMARANTE, 1995, p. 492).

De 1991 até abril de 1995, os leitos psiquiátricos caíram da casa dos 86 mil para 72 mil. Portanto, uma redução de 14 mil leitos, considerando que 30 hospitais privados tiveram suas atividades encerradas. No mesmo período foram criados 2.065 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais de 100 núcleos e centros de atenção psicossocial (AMARANTE, 1995, p. 493).

Entende-se que todas as iniciativas apontadas respaldam e demonstram as mudanças na forma de pensar e no atendimento às pessoas com sofrimento mental. Porém, não significaram deixá-las à sorte, mas no esforço de construir uma nova rede serviços e cuidados, priorizando o direito da pessoa, buscando a garantia do exercício da cidadania.

Assim sendo, pode-se afirmar que a desinstitucionalização foi e continua sendo um processo que leva ao reconhecimento de possibilidades, de oportunidades das pessoas mentalmente enfermas de serem reconhecidas como cidadãos e não aparato de desconstrução de instituições asilares. Nesse processo, a redução de leitos se configurou como um importante instrumento de defesa da política pela saúde mental na luta pela desospitalização, mas, distante da bandeira da desinstitucionalização, que visa à extinção das mesmas (AMARANTE, 1990, p. 115).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído em 1978, teve um papel preponderante nesse processo, pois tornou-se “o primeiro e mais importante ator de renovação no campo da saúde mental que vai estabelecer uma agenda para o setor que, sob o título da reforma psiquiátrica, introduzir a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas” (AMARANTE, 1995, p. 163).

Esse movimento surgiu a partir de denúncias sobre as péssimas condições de atendimento aos pacientes com sofrimento mental, na rede pública nos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde. Em represália as críticas, dezenas de profissionais da rede pública foram exonerados, o que ocasionou a eclosão da primeira greve do setor público pós 1964. O MTSM, com grande poder de articulação, cresceu rapidamente e se fez presente em todo país. Os profissionais da saúde, articulados, receberam apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Mental (CEBES), que já representavam os setores questionadores da saúde pública.

Várias frentes de debates foram organizadas, tais como comissões de Saúde Mental, congressos e simpósios. Segundo Amarante:

O Movimento saiu do campo exclusivo da comunidade técnica e, com ele a questão da loucura e da instituição asilar seguiram a mesma trajetória: o debate sobre a loucura saía do interior dos muros do hospício para o domínio

público. A loucura, doença mental deixava de ser objeto de interesse discussão exclusiva dos técnicos e alcançava as principais entidades da sociedade civil. (AMARANTE, 1995, p. 164).

Com toda consideração de atitude responsável em que se caracterizou o movimento e diante da possibilidade de mudanças a partir das denúncias das péssimas condições em que os doentes mentais eram tratados nos hospitais, foi possível levar à sociedade tanto a luta quanto a mudança do olhar para a Psiquiatria. O seu objeto não era mais a doença, mas “o sujeito da experiência do sofrimento” (AMARANTE, 1995, p. 165).

As discussões sobre violência, exclusão, privação de liberdade, maus-tratos, práticas de tortura e todas as formas de abuso no manicômio no Brasil foram a força motriz para o surgimento do Movimento Nacional de Combate ao Asilo, participante essencial nas reflexões sobre a reforma psiquiátrica no Brasil, nos aspectos jurídicos e políticos. O movimento, que teve origem no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, acompanhou a redemocratização do país, durante um período de mobilização contra a ditadura civil-militar, quando movimentos populares da sociedade civil se uniram, organizaram e lutaram para ampliar a política de participação na esfera pública.

De acordo com Amarante (1997), na década de 1970, além de exigir melhores condições de trabalho nos abrigos do país, aumento do número de funcionários e aumento do investimento do setor público em saúde mental, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental passou a condenar as violações dos direitos civis. Os direitos dos pacientes internados em hospitais e clínicas psiquiátricas e o modelo de privatização e hospitalocêntrico adotado pelo governo brasileiro foi alvo de duras críticas. Nesse sentido, Amarante destaca que “o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental é um movimento de luta de massas no campo da saúde mental”. (AMARANTE, 1998, p. 123).

O II Congresso dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em Bauru, São Paulo, em 1987, já comentado anteriormente nesse estudo, veio logo depois, e se tornou particularmente importante para a compreensão da atuação pública aqui analisada. Dentre os eventos que transformaram o Congresso de Bauru num momento icônico, vale destacar: o lançamento da campanha nacional antimanicomial e a inclusão

dos usuários e seus familiares em suas discussões, destacando-se a designação do dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 1995, p. 67).

Outrossim, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental não está desligado do movimento de reforma sanitária, como se vê em sua luta pela necessária democratização do setor saúde para reestruturar a atenção à saúde mental. Além disso, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental tem como principal referência o movimento psiquiátrico democrático liderado por Franco Basaglia na Itália, que efetivamente rompeu com as instituições psiquiátricas e substituiu a fundação do modelo asilo/prisional por uma rede diversificada de serviços diários de saúde mental da região e da comunidade (BASAGLIA, 1982).

No Brasil, o movimento antimanicomial foi decorrente da necessidade de um espaço de diálogo para sensibilizar instituições e cidadãos para o enfrentamento e desconstrução da narrativa de que as pessoas com transtornos mentais representam uma ameaça ou risco à sociedade. Esse movimento acompanhou as reformas sanitárias que levaram à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e à experiência de desinstitucionalização da psiquiatria desenvolvida na década de 1960 em Gorizia e Trieste, na Itália, descrito pelo médico e psiquiatra Franco Basaglia, já exposto anteriormente. Uma série de campanhas políticas nacionais e internacionais, organizadas em torno da necessidade de transformar os serviços psiquiátricos, desencadeou o que atualmente é chamado de Luta Antimanicomial.

Dessa maneira, a configuração do movimento antimanicomial como sujeito coletivo começou a ser discutida refletindo sua atuação e sua capacidade de afirmação e articulação de direitos. Ao reconhecer a importância do Movimento Antimanicomial, torna-se evidente a resistência do usuário em relação às relações de poder e, portanto, a necessidade de conscientizar as pessoas sobre as lutas, como estão estruturadas na sua participação política e as formas de direcioná-las. Essa é uma questão pertinente para compreender o lugar do usuário no Movimento Antimanicomial e a luta por direitos, que muitas vezes, historicamente, tem sido visto como objeto de “saber psiquiátrico” (AMARANTE, 1979, p. 42).

As condições do sujeito de direitos estão ligadas ao conceito de direitos. Esse debate iniciou-se no campo da saúde mental no Movimento Antimanicomial, que passou a discutir a cidadania das pessoas com sofrimento mental. Estes não são

favorecidos por objetos de proteção, mas sujeitos que atuam na determinação da lei que irá regular as normas de sua identidade. A participação efetiva dos loucos e suas famílias, no Movimento Antimanicomial culmina na criação das associações de usuários e familiares do país desde o final dos anos 1970, sendo mais expressivo nos anos 1990, criando-se assim, possibilidades de capacitá-los para o enfrentamento dos desafios relacionados à luta pela busca da garantia de direitos e resgate de sua cidadania.

Em se tratando de movimentos, abro um parêntese para discorrer sobre os movimentos que marcaram decisivamente as conquistas dos inferiorizados sociais e neste caso, os adoecidos da loucura.

Os grandes movimentos ocorridos após a Segunda Guerra Mundial foram importantes e de enorme contribuição para a Psiquiatria. O primeiro movimento está relacionado à Psiquiatria de Departamento, que se baseia em um quadro econômico e terapêutico. Mas, no que se refere ao econômico, está ligada à racionalização de recursos e ao resultado de princípios organizacionais que se baseiam na regionalização, enquanto o tratamento terapêutico se baseia no cuidado domiciliar, com atendimento de urgência, serviços de foco especial, terapia e oficinas protegidas. Amarante afirma que:

Após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade dirigiu seus olhares os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos centros de concentração: o que se podia constatar era absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de “reforma psiquiátrica. (AMARANTE, 2011, p. 40).

No entanto, como já dito, com o fim da Segunda Guerra Mundial, surgiu a Comunidade Terapêutica com movimento de Transformação da Assistência Psiquiátrica, que foi uma ligação para a antipsiquiatria, psiquiatria nas comunidades e de democratização, chegando ao Brasil por volta dos anos 1960, em Porto Alegre, através da Clínica Pinel que, por sua vez, visava lucro. Nessa mesma época outro movimento se iniciava na Itália com nome de Psiquiatria Democrática, que entendia que os hospitais serviam somente para limitar e marginalizar os desvios da mente humana, não entendendo que a transformação dia pós dia destruía os mecanismos de alienação. Como ressalta Amarante (2011, p. 33): “O tratamento moral consistia na soma de

princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, a afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade”.

Entretanto, no Brasil, os movimentos antimanicomiais na década de 1970, tornaram-se restritos aos intelectuais, como um debate moral que pudesse ser resolvido através de ideias, enquanto a Psiquiatria Comunitária decorria para a política de ajuda que observa a doença durante seu período de incubação, suas condições e possibilidades possíveis como prevenção.

Como mecanismo para modernizar as políticas de atenção à saúde mental, essas propostas chegaram ao Brasil através do Programa de Integração em Saúde Mental. Amarante pondera que:

Em boa parte, foi em decorrência do conceito de crise que a Psiquiatria Preventiva assumiu a característica de uma proposta de saúde mental comunitária, pois daí advieram as estratégias do trabalho de base comunitária, no qual as equipes de saúde mental em crises individuais, familiares e sociais. (AMARANTE, 2011, p. 50).

Portanto, em Amarante se construiu possibilidades de inclusão da pessoa portadora de sofrimento psíquico num viés de discussão científica e prática, onde a pessoa tem direito a uma vida digna, cidadã e emancipada.

Neste sentido, em entrevista concedida a esta pesquisadora, Amarante enfatiza, com orgulho, de sua trajetória de reflexões, estudos, lutas, desafios e conquistas a favor das pessoas acometidas por enfermidade mental:

Particpei de todas as Conferências, participei do Conselho Nacional de Saúde na comissão de saúde mental, sempre representando sociedade civil ou pelo Movimento da Luta Antimanicomial que eu fui representante eleito, ou pelo CEBES, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde no qual eu fui presidente. Um pouco isso: movimento e sempre me mantive na linha da sociedade civil cobrando a Reforma, nunca fiz parte de nenhum desses governos federais sempre lutando e querendo mais, e eu achava que se eu entrasse em governo a gente iria ficar defendendo mais ou menos e essas coisas assim [...] e eu sempre lutei para que fosse mais ousada a Reforma, fechar mais os manicômios, abrir mais os serviços territoriais, abrir mais dispositivos culturais, de residência, de trabalho. Então é isso (AMARANTE, 2023).<sup>19</sup>

A maneira como foi anunciado, inclusive no próprio resumo, pensou-se

---

<sup>19</sup> Entrevista concedida por Paulo Amarante por meio da rede social *Whatsapp* em 11 de fevereiro de 2023.

que teria um estudo sobre as obras de Paulo Amarante e sua influência no processo de luta, tanto da parte teórico/conceitual como da atuação como médico militante, uma vez que esse grupo dá respaldo para que o então deputado Paulo Delgado formulasse a lei. No entanto, não foi o encontrado pela pesquisadora, não é um ponto de ruptura do trabalho, mas se houver tempo trazer estas reflexões podem dar um peso maior à pesquisa, possibilitando problematizar os imaginários, as memórias deste sujeito sobre a luta antimanicomial.

### 2.3 AS NOVAS PRÁTICAS DA PSIQUIATRIA

No Brasil e no mundo, essas novas perspectivas, problematizações, questões e objetos de análise sustentam a construção de um novo continente de conhecimento e prática social e discursiva que passa a legislar, definir e traçar múltiplos conceitos, iniciativas, ações e reestruturar a saúde mental e redes de serviço. Nesse contexto, dentre os diversos conceitos estudados, o conceito de cidadania surgiu principalmente como elemento central das ações do movimento de reforma psiquiátrica brasileira.

A cidadania pode servir como ponto de partida para a observação das novas práticas psiquiátricas, pois, como experiência histórica, passou por uma reformulação. A cidadania emergente das lutas cotidianas é uma medida de convivência social que se torna realidade na esfera pública, expressando lutas por novos direitos ou buscando assegurar os já existentes (ESPÍRITO SANTO, 2009).

Depois da cidadania vieram novos movimentos sociais. Castells (1999, p. 429) argumenta que os movimentos que visavam "mudar o padrão global das relações sociais entre as pessoas" teriam um impacto e transformariam a sociedade. Tourraine (1995, p. 256) afirma que a orientação cultural de uma sociedade não é superior a ela e a defesa de seus sujeitos é "cheia de movimentos sociais".

Dessa forma, primar pela construção cidadã das pessoas acometidas por sofrimento mental, refere-se aos desafios de interpor aos conceitos e práticas estabelecidas na sociedade e que assumem características de ação chanceladas pela mesma sociedade que omite e anula os diferentes.

No que se refere em novas práticas, vale ressaltar que um mecanismo que foi usado no processo da luta por uma sociedade sem manicômios nos anos 1990, foi o uso de cartazes para uma comunicação efetiva. Eles foram introduzidos nas reuniões dos coletivos como estratégias para que as pessoas pudessem ter conhecimento das pautas de ordem e das reivindicações que configuravam a luta por uma sociedade sem manicômios. De acordo com Araújo (2002, p. 110), os cartazes são essencialmente um material de comunicação para grandes grupos de pessoas que não podem ser estabelecidos. Mesmo que eles sejam espalhados apenas em determinados ambientes (por exemplo, escolas de medicina ou hospitais), não se pode ter certeza de quem são seus leitores. Então, em princípio, o próprio tipo já define que o destinatário é a população em geral. No entanto, pode-se inferir que o leitor é necessário devido a certas condições de produção, em uma relação mais próxima do diálogo. Em outras palavras, o cartaz é apenas uma ligação na conversa que não começa nem termina com ele.

Porém, na década de 1990, observou-se uma grande mudança na abordagem da saúde mental. Cultura, liberdade e cidadania nos levam a novas formas de gerar implicações antimanicomial. Cor, ludicidade e irreverência dominam os cartazes produzidos, principalmente, pela sociedade civil organizada, uma forma de comunicação usada na época, mostrando o crescimento e a força do Movimento Nacional Contra o Asilo. Há nas mídias sociais um grande compilado de cartazes que foram usados em momentos diferentes e com a mesma intenção: dialogar com a sociedade sobre a temática antimanicomial.

A Mostra Cultural de Cartazes dos 30 anos, da Reforma Psiquiátrica no Brasil, intitulada “A Luta Por uma Sociedade Sem Manicômios: A Arte do Movimento”, concepção de Paulo Amarante e curadoria do artista plástico Gianni Puzzo, apresentou uma tímida, porém expressiva e belíssima seleção do acervo histórico iconográfico do Laps sobre a luta por uma sociedade sem manicômios. A mostra, inaugurada no hall do Teatro Odylo Costa Filho, momentos antes da mesa de abertura, resgatou parte da história da reforma psiquiátrica por meio de cartazes históricos e dimensionou a arte como essencial aliado às mudanças sociais (FIGURA 1).

FIGURA 1- Cartazes dos 30 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil - A Luta Por uma Sociedade Sem Manicômios: A Arte do Movimento



A luta por "uma sociedade sem manicômio" avança e aparece em cartazes da época. Esse momento impôs uma discussão sobre a forma de intervenção, com cartazes de abrangência nacional acompanhados de pinturas de artistas do Museu de Imagens Inconscientes. Nele, estabelece-se um diálogo com obras seminais, mostrando as possibilidades de outras intervenções aos participantes em diferentes regiões do Brasil. Nos cartazes da década de 1990, podemos observar a documentação da atenção à época em colocar a questão da ampliação da cidadania na esfera pública. O cartaz expressa isso com cultura e liberdade. O sujeito louco, não o portador da razão, é excluído do cidadão. A afirmação marcada no cartaz visa ampliar o conceito de cidadania e busca construir uma sociedade mais tolerante, que aceite a participação do diferente (ARAÚJO, 2002, p. 123).

Paulo Amarante, desde o início da década de 1970 acompanhou de perto as mudanças no atendimento às pessoas com transtornos mentais. Não só isso, mas tem participado ativamente nas mudanças como um dos pioneiros da luta antimanicomial no Brasil. Amarante foi contrário as instituições psiquiátricas, e suas ideias buscavam

construir uma Psiquiatria centrada no sujeito e não na doença. Como médico e psiquiatra, desde 1974, ele viveu a experiência de trabalhar em um hospital (manicômio), onde presenciou um tratamento desumano aos pacientes internados, que se tornavam vítimas de tratamentos baseados em procedimentos psiquiátricos<sup>20</sup> que não surtiam efeitos.

Assim, nas décadas de 70, 80, 90 do século XX e a seguir, Paulo Amarante e outros fizeram parte de movimentos em prol de uma Psiquiatria no Brasil mais humanizada e inclusiva, bem como a favor de mudanças nos olhares da política pública com relação à saúde mental. Na defesa de seu trabalho conclusivo de especialização em 1978, no Rio de Janeiro, foi questionado por usar autores contrários a Psiquiatria, e um desses autores era Basaglia, sua grande inspiração na luta da reforma manicomial no país. Atraído pelas experiências de Basaglia, não esconde o crédito das ideias e práticas do médico italiano para sua luta antimanicomial:

Para nós a vinda de Basaglia ao Brasil naquele ano de 1978 foi considerada a “sorte grande”. E ele retornou ao país no ano seguinte, quando fez uma visita ao Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, um dos mais cruéis manicômios brasileiros. Suas visitas seguidas acabaram produzindo uma forte e decisiva influência na trajetória de nossa reforma psiquiátrica. Em Barbacena, Basaglia comparou a colônia de alienados a um campo de concentração, reforçando nossas denúncias de maus-tratos e violência. Sua presença aqui recebeu tratamento e atenção especiais da imprensa, além de dar origem ao clássico documentário de Helvécio Rattón. Em nome da razão, de 1980, um marco da luta antimanicomial brasileira, ao lado de uma premiada série de reportagens de Hiran Firmino, publicadas inicialmente no jornal Estado de Minas e posteriormente pela Editora Codecri sob o título Nos porões da loucura, de 1982. (AMARANTE, 2006, p. 34).

Foram décadas de muitas mudanças, fecharam manicômios e implantaram outros modelos de tratamentos. Diante de tal movimento, quando se questionava a doença, questionava-se também a clínica que, segundo Amarante (2007, p. 6), deveria "ser desconstruída, transformada em sua estrutura, pois a relação a ser feita não está relacionada à doença, mas ao sujeito da experiência". Nesse sentido, a abordagem do assunto exigia um modelo diferenciado de atenção. Para levar em conta as dimensões humanas, foi necessária a intervenção direta com o usuário para estabelecer uma relação de cuidado antes impensável. O vínculo profissional-usuário

---

<sup>20</sup> Nas instituições psiquiátricas eram usados procedimentos violentos como camisa de força, lobotomia e eletrochoque como tratamento.

tornou-se prioritário e para isso foi necessário passar por uma profunda reestruturação do ponto de vista clínico e do distanciamento da instituição.

As discussões sobre violência, exclusão, privação de liberdade, maus-tratos, práticas de tortura e todas as formas de abuso no manicômio no Brasil foram a força motriz do Movimento Nacional de Combate ao Asilo, participante essencial nas reflexões sobre a reforma psiquiátrica no que tange aos aspectos jurídicos e políticos. O movimento, que teve origem no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, acompanhou a redemocratização do país, durante o período de mobilização contra as ditaduras civil-militares, quando movimentos populares da sociedade civil se uniram, organizaram e lutaram para ampliar a política participação na esfera pública.

Em meados da década de 1970, além de exigir melhores condições de trabalho nos abrigos do país, aumento do número de funcionários e do investimento do setor público em saúde mental, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental passou a condenar as violações dos direitos civis. Os direitos dos pacientes internados em hospitais e clínicas psiquiátricas e o modelo de privatização e hospitalocêntrico adotado pelo governo brasileiro (AMARANTE, 1997). Nesse sentido, Amarante (1998) destaca que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental foi um movimento de luta de massas no campo da saúde mental.

O II Congresso dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em Bauru em 1987, São Paulo, veio logo depois, e se tornou particularmente importante para a compreensão da atuação pública aqui analisada. Dentre os eventos que tornaram o Congresso de Bauru um momento icônico, vale destacar: o lançamento da campanha nacional antimanicomial e a inclusão dos usuários e seus familiares em suas discussões, e a designação do dia 18 de maio como Dia Nacional de Luta Contra o Asilo (AMARANTE, 1995, p. 67).

Para acabar com o asilo e substituir gradativamente o tratamento anterior pelo serviço comunitário, entrou em ação o Projeto de Reforma Psiquiátrica do Brasil, que estabelecia que os pacientes deveriam ser estimulados a exercer mais cidadania e fortalecer seus laços familiares e sociais. Sob as reformas, o Estado não poderia estabelecer ou empregar serviços de hospitais psiquiátricos e, em vez de internação, os pacientes deveriam ter acesso a atendimento psicológico, atividades alternativas de lazer e tratamento menos invasivo.

Essa proposta de reforma, pautada por um modelo comunitário, não se limitava ao território, mas também implementava diversos dispositivos institucionais, dentre os quais podemos citar a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a organização em rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pessoas de diversas formas, programas familiares para realocação de usuários de longa permanência de instituições psiquiátricas para a comunidade, leitos psiquiátricos em hospitais gerais para a comunidade, desenvolvimento de políticas públicas interinstitucionais que incluíam o atendimento de usuários de crack, álcool e outras drogas, e ações que incluíam atendimento especializado para crianças e adolescentes. Ademais, conectava-se à atenção primária à saúde e estabelecia serviços residenciais terapêuticos favorecidos por programas de volta às aulas, um programa nacional de 2002 para avaliar os serviços hospitalares psiquiátricos públicos e privados no âmbito do SUS, o que culminou no fechamento de muitos hospitais e leitos psiquiátricos que eram insuficientes para prestar assistência à saúde (AMARANTE, NUNES, 2018, p. 35).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada em 2011, possibilitou a ampliação da atenção à saúde mental no SUS por meio da oferta de atenção psicossocial, serviços de convivência e algumas outras assessorias assistenciais a pessoas de diversos níveis de complexidade. No entanto, Amarante (2007) chamava a atenção para pensar uma desconstrução do paradigma manicomial que fosse além da extinção do manicômio psiquiátrico para possibilitar mudanças relacionais e culturais e criar um novo lugar social para o chamado “manicômio psiquiátrico de pessoas loucas”. (AMARANTE, NUNES, 2018).

É importante reconhecer que uma das grandes conquistas da reforma psiquiátrica foi trazer essa discussão antimanicomial para a comunidade, antes limitada às instituições manicomiais. No Brasil, como demonstrado, os movimentos sociais surgiram no bojo da resistência aos regimes autoritários na década de 1970, e sua construção coletiva se deu na forma de redes, vinculadas a outras organizações, como sindicatos e partidos políticos. Vasconcelos (2016) ressalta que os movimentos sociais e partidos políticos estão cada vez mais institucionalizados, absorvidos e/ou desmobilizados. Além de evidenciar os processos de mudança ocorridos, é urgente documentar novas formas de conflito e mudanças profundas nas identidades e subjetividades sociais dos sujeitos envolvidos nesses movimentos como radicais.

Vasconcelos (2016), ainda, enfatiza sua preocupação com as limitações dos movimentos sociais atuais à medida que uma nova geração perde a consciência política, pois as partes mais vergonhosas da realidade da doença mental foram eliminadas, mas pioraram as condições de trabalho, persistem avanços nos planos privados de saúde e o desenvolvimento da psiquiatria biológica, apoiada por parcelas da população com melhor poder aquisitivo. Com o crescimento da comunidade terapêutica, alguns autores<sup>21</sup> defendem que há uma necessidade urgente de rearmar intelectualmente o movimento social pela reforma, que viabilize a "reforma da psiquiatria", e a proposta implementa um cenário universitário, uma rede de profissionais/trabalhadores na atenção psicossocial.

Segundo Vasconcelos (2016), os países neoliberais tiveram que implementar as diretrizes do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM), implementando ações que contrariavam a saúde coletiva e que alcançavam a saúde mental. Era preciso compreender o momento de crise política, econômica e social do Brasil que perdurará por algum tempo. A crise se agravou em março de 2016, quando o ministro da Saúde Marcelo Castro ingressou no Partido do Movimento pela Democracia Brasileira (PMDB) em outubro de 2015, com perfil político conservador. Entre eles, um psiquiatra foi indicado para atuar como coordenador geral de saúde mental, álcool e outras drogas, cuja trajetória de carreira foi marcada pela gestão do maior abrigo privado da América Latina em 1990. A Casa de Saúde Dr. Eiras, na cidade de Paracambi (RJ), foi fechada pela intervenção do Ministério de Relações Públicas em 23 de março de 2002 devido a diversas violações de direitos humanos. Sua nomeação, que acabou por mobilizar o movimento antimanicomial com o apoio de outros movimentos sociais, foi delicadamente cronometrada, já havia sinais de colapso do poder central e o golpe contra a presidente Dilma Rousseff logo se solidificou.

Observou-se que em agosto de 2016, com a transição do governo Democrático Popular para um governo neoliberal, medidas de abolição de políticas públicas estavam se desenrolando, exigindo novos esforços por parte dos movimentos

---

<sup>21</sup> PACHECO, Juliana Garcia. *Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível*-Representações Sociais da Loucura e a História de uma experiência. 1ª ed. Rio de Janeiro. Editora Juruá, 2009. AMARAL, Débora Regina. Reforma Psiquiátrica Brasileira: análise das contribuições dos Movimentos Sociais para as transformações realizadas e o cenário atual. *Revista Serviço Social em Perspectiva*, Vol. 4, Edição Especial, março de 2020. Uma vasta literatura tem sido publicada enfatizando a reforma psiquiátrica no Brasil, retrocesso nas políticas públicas. Não é o foco desta pesquisa, mas, é importante o grifo.

sociais. Segundo Vasconcelos (2016), é preciso enfatizar que a forma de organização social pós anos 1990 difere das conquistas garantidas pela constituição de 1988 e das características do processo político do Brasil após o golpe militar de 1964, e que precisa ser considerada para repensar o processo de resistência.

No momento, além da desintegração de direitos, há um forte aspecto religioso aliado a questões civis. Como enfrentar esse cenário sombrio? Outros movimentos contra a luta antimanicomial cresceram e estão entrando na arena da polêmica sobre recursos e espaços públicos no mercado de saúde mental. Porém, segundo Delgado (2019), ainda continua lutando para fazer recomendações conservadoras de cuidados incompatíveis com os ideais legais e liberais, o modelo manicomial ainda existe, e como exemplo pode-se citar as comunidades terapêuticas privadas ou beneficentes, principalmente evangélicas. Em 2015, ainda no Governo Dilma, essas comunidades foram reconhecidas por meio da Portaria SAS/MS nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, que lhes permitiu receber recursos do SUS no governo Temer 2016-2018. Menos recursos para CAPS, mais recursos para a comunidade de tratamento, mais hospitais psiquiátricos e menos espaço para engajamento social.

Da mesma forma, Vasconcelos (2016) preocupa-se ao esclarecer o papel político assumido pelas igrejas cristãs, sobretudo evangélicas, em um Estado que se diz laico, apresentando ideais conservadores em todas as áreas da vida social e política. Souza (2020) relata que em 2019, com o surgimento do governo Bolsonaro, essa realidade foi agravada por cortes de recursos e aumento do investimento na comunidade de tratamento, com proposta de passar o viés da abstinência para lidar com usuários de substâncias psicoativas. Para fazer valer essa racionalidade, o investimento foi na internação compulsória e no isolamento em instituições fechadas, o que significa violação de direitos.

Para validar essa discussão, é importante destacar a iniciativa do governo federal de emitir números de nota técnica entre 2017 e 2018 em 04 de fevereiro de 2019, o que indica um retrocesso na reforma psiquiátrica e, portanto, uma reordenação do atendimento às pessoas que necessitam de saúde mental, cuidado e inibição do controle/participação social.

O status privilegiado da Psiquiatria fica evidente nessa nota técnica, mas em detrimento de outras áreas do conhecimento, da clínica ampliada e do trabalho em

equipe. O documento apresenta a nova visão do Ministério da Saúde para o CAPS, que é considerado um dispositivo central para a reforma psiquiátrica, e não um substituto. Declarações contra a restauração do manicômio na atenção à saúde mental foram elaboradas pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), conselhos de classe e outras entidades de apoio ao movimento contra a luta pelo manicômio. Após a polêmica e as manifestações, a nota técnica foi retirada dos meios oficiais de comunicação do Governo Federal sob o argumento de que o conteúdo do documento seria reavaliado.

Diante do exposto, torna-se compreensível a continuidade da luta por um movimento social forte, com divisões claras e capacidade de esgotar o diálogo para sustentar um acordo para restaurar um Estado democrático e de direito, reunindo fundações, usuários, familiares, pesquisadores, administradores, faculdades e comunidades. Na macropolítica, há a necessidade de lutar por instrumentos legais que garantam que direitos não sejam revogados. Da mesma forma, torna-se urgente a necessidade de engajar comissões de saúde, direitos humanos, frentes parlamentares, promotores, defensores públicos e outros, incluindo nesse processo instâncias do imaginário social que chegam à disseminação de novos conceitos de mundo, como cinema, arte e pesquisa.

No campo da saúde mental, Amarante e Guljor (2017) citam a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e sua constituição pluralista como exemplo de posicionamento político estratégico e luta por uma sociedade democrática na esfera macropolítica, essa intensificação se traduz em participação, planejamento e organização agendas de lutas e bandeiras. Assim como a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) no campo da saúde mental, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Pesquisas em Saúde (CEBES) são entidades de saúde pública que, historicamente, geraram representações técnicas e políticas nos campos e subcampos da saúde geral sob a lógica da reforma sanitária como um processo civilizado.

Como destaca Sousa (2015, p. 89), “a análise sociológica pode deixar claro que a emergência de agentes coletivos pode operar um processo em que as necessidades sociais contidas nas reivindicações do movimento são percebidas por eles como uma negação do direito, provocando a luta para conquistá-lo”.

Assim, a configuração do movimento antimanicomial como sujeito coletivo começa a ser questionada, refletindo sua atuação e sua capacidade de afirmação e articulação de direitos. Ao reconhecer a importância do Movimento Antimanicomial, Nabuco (2008) destacou a resistência do usuário em relação às relações de poder e, portanto, a necessidade de conscientizar as pessoas sobre suas lutas, como está estruturada sua participação política e formas de direcioná-las. Essa é uma questão pertinente para compreender o lugar do usuário no Movimento Antimanicomial e a luta da parte por direitos, e muitas vezes, historicamente, tem sido visto como objeto de "saber psiquiátrico" (BASAGLIA, 1979).

As condições do sujeito de direitos estão ligadas ao conceito de direitos. Esse debate iniciou-se no campo da saúde mental no Movimento Antimanicomial, que passou a discutir a cidadania dos considerados "lunáticos" que, como alerta Silva (2007, p. 57), não é afetado apenas por objetos de proteção, mas sujeitos que atuam na "definição da maneira pela qual a lei regulará os aspectos normativos de sua identidade".

Assim, a garantia de direitos do sujeito acometido de distúrbios mentais será assegurada, segundo Musse (2008, p. 41), desde que "sua autonomia ética e jurídica seja social, ética e juridicamente reconhecida" e "exerçam seus direitos, a cidadania e a proporção de sua participação na construção dessa cidadania". Exemplo disso, a participação do setor na Conferência Nacional de Saúde Mental, a composição de comitês e associações de usuários e familiares e as identidades e autonomia de indivíduos e grupos.

Ao considerar que a diferença causada pelo sofrimento psíquico não justifica a exclusão do louco, o direito à singularidade, como direito do sujeito, é igualmente considerado e respeitado em sua particularidade, ou seja, exige igualdade garantida na diferença (SILVA, 2007). Trata-se de reconhecer que a diferença é garantia de igualdade de direitos, ou seja, como defende Silva (2007) em relação ao portador de transtorno mental é a "distinção constitucional da igualdade de direitos". Portanto, o respeito à singularidade dessas pessoas se manifesta na "eliminação da loucura que se manifesta em qualquer esfera – social, econômica, jurídica, cultural" (SILVA, 2007, p. 123).

Ver os dementes como sujeitos ativos e capazes os empurram para

espaços sociais dos quais antes foram privados. Esse aspecto da participação efetiva dos loucos no Movimento Antimanicomial se reflete na criação das associações de usuários e familiares do país desde o final dos anos 1970, sendo mais expressivo nos anos 1990. Capacitar os usuários do serviço na perspectiva de enfrentar os desafios inerentes a esse tema no setor de saúde mental e nas políticas públicas em geral (VASCONCELOS, 2003).

Para tanto, devem ser empreendidas ações que visem empoderar os sujeitos, enfatizando os loucos e respeitando sua especificidade. Portanto, não se trata apenas de um aumento do peso político da reivindicação do Movimento Antimanicomial, mas da urgência de redefinir os direitos dos loucos a partir de sua participação efetiva e de sua própria experiência, à medida que a luta se expande para as áreas decisórias em torno das leis de saúde mental que salvaguarda os direitos dessas pessoas e as políticas públicas e demais políticas sociais.

Segundo Sousa (2015), o sujeito coletivo de direito tem direitos apenas por meio do coletivo, mas este não deve ser confundido com o mero agrupamento de direitos individuais, sejam eles descentralizados ou homogêneos. Tal categoria pressupõe necessariamente a manifestação de movimentos sociais que conciliam seu conhecimento empírico do contexto histórico e suas reivindicações sobre o contexto político e social em que atuam. De forma que o conceito de movimentos sociais foi adotado como protagonista no processo de transformação social (GOHN, 2014) e como “manifestação do comportamento competitivo da atual ordem social” (SADER, 1995, p. 30). Esses movimentos estão associados a projetos de libertação social, que têm o poder de transformar as injustiças e as relações desiguais que existem no mundo, além do "surgimento de novos modelos de prática coletiva" e mudanças relacionadas às representações articuladas essas práticas e sobre a classe trabalhadora (SADER, 1995, p. 34).

A partir desse entendimento, pode-se compreender que “é possível a ação coletiva, combinando as preocupações do exercício das políticas com a proteção e efetivação dos direitos sociais para que sejam atendidas as condições de igualdade de indivíduos ou grupos” (SOUSA, 2015, p. 137).

Dessa maneira, considera-se que longe de estarmos em um lugar aceitável nessa discussão, observamos que será possível estabelecer uma construção

mais assertiva à compreensão da loucura a partir do momento que os laços e ranços de poder e dominação forem sendo cortados e os avanços na escuta da realidade das pessoas, apesar de suas diferenças, forem incorporados à cultura das sociedades.

### **CAPÍTULO 3 - LUTA ANTIMANICOMIAL: SUJEITOS ATENDIDOS E INCLUÍDOS**

O Movimento de Luta Antimanicomial foi influenciado pelos movimentos da Reforma Psiquiátrica, da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática. Segundo Paulo Amarante (1997). Esses movimentos foram importantes na construção dos saberes e das práticas do MLA.

A situação de abandono da vida dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos e as frequentes denúncias das práticas de tratamento contribuíram para o surgimento dos movimentos que culminaram com o Movimento da Luta Antimanicomial que atualmente está em constante vigília para que não haja retrocesso nas ações e serviços.

Para Amarante (1994), no século XIX, houve experiências no sentido de buscar mudanças no tratamento de pessoas consideradas loucas, mas não apresentaram êxito. A partir de 1970, as discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, Psiquiatria Democrática e Antipsiquiatria se tornaram mais significativas. Estas discussões trouxeram à tona denúncias de maus tratos e segregação praticadas nas instituições psiquiátricas. Tais denúncias impulsionavam as organizações e os movimentos com objetivo de enunciar a realidade dos manicômios e buscar a melhoria de qualidade de vida dos internos, promovendo uma ruptura com o sistema asilar.

Na década de 1920, foi fundada no Brasil a Liga Brasileira de Higiene Mental, objetivando a promoção da saúde mental e o combate ao estigma e as condições precárias de tratamento das doenças mentais, sendo uma das primeiras organizações a discutir a saúde mental no país. A Liga Brasileira de Higiene Mental realizou um relevante trabalho buscando conscientizar a população sobre a importância da saúde mental e na defesa dos direitos das pessoas com doenças mentais. O objetivo da organização era difundir conhecimentos sobre a saúde mental, desenvolver ações voltadas à prevenção de diagnóstico e tratamento das doenças psicológicas. A Liga Brasileira de Higiene Mental promovia conferências, debates publicações e ações de conscientização, visando minimizar o estigma associado às doenças mentais.

Ao longo das décadas seguintes a LBHM influenciou a criação de outras organizações e iniciativas voltadas à saúde mental no Brasil.

Neste sentido, algumas experiências foram desenvolvidas como as colônias, mas sem muitos resultados positivos. A partir da década de 1970 através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) essas experiências foram impulsionadas. De acordo com Amarante (1994) os movimentos da época lutavam contra o autoritarismo militar e denunciavam torturas, fraudes nos hospitais psiquiátricos.

Segundo Luchman e Rodrigues (2007), manifestações de protestos e denúncias tiveram início de setores da saúde como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o Movimento de Renovação Médica (REME). Esses dois setores formaram o MTSM.

Houve uma crise no DINSAN (Divisão Nacional de Saúde Mental) órgão do governo federal que tinha função formular as políticas públicas da saúde mental, o que desencadeou o processo de luta e manifestações contra a ação governamental, que contratou bolsistas para o trabalho nas unidades manicomiais do governo federal, no Rio de Janeiro, demonstrando total desrespeito humano.

Assim, o Movimento da Luta Antimanicomial é o resultado e/ou a conquista de vários movimentos que envolvem a pessoa portadora de transtornos mentais como sujeito de direitos. Nas palavras de Amarante:

[...] A Luta Antimanicomial, teve muitas vitórias, né? Primeiro não devemos nunca esquecer que nós fechamos mais de sessenta mil vagas em hospícios. Não vamos chamar nem de leitos, pois muitos dormiam no chão. Mais de centenas de hospícios no Brasil, criamos CAPS, criamos Residências, criamos Centro de Convivências, Projetos Culturais de Arte, de música, projetos de participação social associação dos usuários e familiares [...] (AMARANTE, 2023).<sup>22</sup>

Portanto, poucos movimentos tiveram tanta visibilidade quanto o dia da Luta Antimanicomial. 18 de maio dia da Luta Antimanicomial que é uma contemplação histórica na questão da reforma psiquiátrica brasileira, das conquistas alcançadas através dos movimentos sociais.

---

<sup>22</sup> Entrevista concedida por Paulo Amarante por meio da rede social *Wattsapp* em 11 de fevereiro de 2023.

As atividades culturais artísticas foram sempre valorizadas nos eventos organizados pelos movimentos. Foram apresentados vários filmes como o Bicho de Sete Cabeças, Nise Coração da Loucura, novela como Caminho das Índias e outras produções que contempla a história da loucura e as lutas antimanicomiais.

As lutas pelas mudanças no acolhimento e tratamento das pessoas com sofrimentos psíquicos e pela desinstitucionalização, no Brasil, se estabeleceram e se consolidaram como estratégias favoráveis para as conquistas alcançadas numa conjuntura econômica extremamente fragilizada da sociedade brasileira deflagrada nos anos 80.

O século XX, especialmente no campo da saúde, configurou-se como palco privilegiado da aprovação de um modelo de atenção centrado na vida comunitária por uma série de fatores. Em parte, por posicionamentos políticos e motivações econômicas, e em parte por representações e controvérsias internas na comunidade científica. Conceitos como prevenção de doenças, promoção da saúde, descentralização político-administrativa, participação da população e abordagens comunitárias em suas ações começaram a ganhar força em todo o mundo. Nesse contexto, vimos o desenvolvimento de programas como Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e Psiquiatria. Esses movimentos caracterizam-se por tentativas de integração de uma dimensão social, tida como presente na produção da doença, e excluída da ação médica.

No entanto, com a expansão dos programas comunitários de saúde mental, mudanças conceituais e práticas foram feitas nos tratamentos realizados. Além de focar na saúde mental, esses programas também visam desenvolver ações sociais e melhorar a qualidade de vida da comunidade. Novos profissionais são trazidos para a equipe para solidificar a ideia de uma existência biopsicossocial, que deve ser acompanhada de diferentes formas e com diferentes tipos de saberes.

Entretanto, ambos os movimentos questionaram os fundamentos teóricos e conceituais dessa visão de prevenção e comunidade, propondo posicionamentos e influências diferentes. Na reforma sanitária, a análise crítica da medicina preventiva avança a discussão da saúde coletiva, redefinindo seus conceitos fundamentais como processos de doença saudável, história natural da doença, princípios de causalidade, clínica médica, dentre outros, com tecnologias poderosas, assistenciais, políticas, ideológicas e consequências culturais. E no curso da reforma psiquiátrica, a crítica à

psiquiatria e a reforma psiquiátrica preventiva também avançaram questões sobre o conceito fundador da Psiquiatria, suas instituições e instrumentos, e a função ideológica de seu controle.

Essas críticas e reformulações evidenciam os riscos e as profundas implicações da construção de novos serviços e novos modelos de atenção, tanto no cotidiano do cuidado e na prática assistencial, quanto na escolha de diferentes estratégias que se adequem às particularidades do cuidado, da luta, do processo e reforma geral.

Assim, enquanto o caso brasileiro é dominado pela influência de Basaglia, o precedente histórico desses dispositivos comunitários deve sempre ser levado em conta, pois o movimento de reforma fornece uma inspiração franca para o processo de desinstitucionalização da Itália. Em especial, autores notórios por se engajarem em temas de reforma, como Amarante (2003) e Rodrigues (2003) denunciam a desaceleração na crítica aos dispositivos de acolhimento e ao processo de reforma geral. O complexo processo social de reinstitucionalização da Psiquiatria, por meio da implantação de novos serviços, modernizou e atualizou. Assim, ainda que esses novos serviços assumam uma lógica diferente do ponto de vista da Psiquiatria preventiva e comunitária quando integrados ao movimento de desinstitucionalização de inspiração basagliana, podemos supor que estão construindo experiências mais humanizadas no tratamento da pessoa com transtornos mentais.

Amarante argumenta que o principal objetivo da reforma psiquiátrica é “o poder de transformar as relações que a sociedade, os sujeitos, as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos” (AMARANTE, 1995, p. 165).

Dessa forma, presentes na sociedade civil, os pensamentos antimanicomiais no Brasil são colaborativos no sentido de propor mudanças pautadas em teorias e experiências e demonstram a concretude de suas reflexões/ações diante da possibilidade fundamentada de atender com dignidade no caso, os profissionais e ter atendimento digno, no caso às pessoas com sofrimento mental.

Se no campo da assistência social observam-se mudanças significativas na luta antimanicomial, no aspecto cultural tais mudanças transformam o pensar e o agir

das pessoas envolvidas. Dentre essas, usuários e familiares, influenciados pelo movimento da luta antimanicomial, participavam dos encontros nacionais realizados em todo país; estratégias foram colocadas em prática, como a elaboração da “Carta dos Direitos dos Usuários”; criaram a semana e o dia da luta antimanicomial. Em especial, esse dia teve como palco a organização de eventos que incentivava a cultura através de apresentações teatrais, exposições de arte, danças e cinema, propondo o envolvimento da sociedade na questão da loucura e a inserção das pessoas com sofrimento mental nas atividades culturais, demonstrando que a Luta Antimanicomial foi uma resposta à vida (FIGURA 2).

**FIGURA 2-** Cartazes de Comemoração do Dia Nacional da Luta Antimanicomial



Figura 1: Fonte: Acervo Laps/ Ensp/Fiocruz.



Figura 2: Fonte: Acervo Laps/ Ensp/Fiocruz.

A luta antimanicomial é um movimento social tem a finalidade de buscar a defesa dos direitos das pessoas com sofrimento mental. A luta contra exclusão e o estigma que muitas vezes acompanham essas pessoas embasam o movimento. A perspectiva cidadã da luta antimanicomial defende que as pessoas com transtornos mentais devem ser atendidas e incluídas na sociedade, com os mesmos direitos e oportunidades de qualquer outro cidadão. A internação dos pacientes em hospitais psiquiátricos signatários de tratamentos desumanos e violentos forçava os mesmos a viverem em condições precárias e sem perspectivas de recuperação. A luta antimanicomial surgiu como um movimento contrário a esse modelo, defendendo a criação de serviços comunitários de saúde mental que podem oferecer tratamentos humanizados e individualizados, retornos para a reabilitação e reinserção social dos pacientes.

Desse modo, o objetivo da luta antimanicomial não é apenas defender direitos daqueles que são acometidos por sofrimento psíquico, defende, sobretudo, a inclusão igualitária das pessoas a partir da construção de uma sociedade que valorize a diversidade e a singularidade de cada indivíduo.

### 3.1 - NAPS, CAPS E A LEI PAULO DELGADO

Na década de 1980 intensificam-se os movimentos sociais estratégicos no sentido de dar visibilidade à necessidade de mudanças e construção de estruturas que fossem ao encontro da luta pela busca da garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental. Em Bauru, o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, enfatiza o caminho para um afastamento decisivo da Psiquiatria tradicional no que diz respeito aos manicômios, bem como no conhecimento da medicina com relação à loucura.

Nesta conjuntura foram constituídos os Núcleos de Atenção Psicossocial NAPS, substitutivos dos manicômios, com características estruturais complexas no atendimento as demandas sociais e não somente as demandas clínicas. Foram criados também os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Amarante explica que:

[...] o CAPS nasceu como uma proposta que, entre o alternativo, o intermediário e o provisório, diferia substancialmente do NAPS por sua aceitação, mesmo que provisoriamente, do hospital psiquiátrico o que, para o projeto no qual se inseria o NAPS seria inadmissível. Por outro lado, o CAPS

seria um serviço sanitário *sensu strictu*, com uma proposta terapêutica calcada num modelo-psicológico de análise, enquanto que os NAPS seriam serviços não apenas médicos, no sentido rigoroso do termo, mas assumidamente sociais e culturais. (AMARANTE, 1995, p. 172).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado<sup>23</sup> (PT/MG) apresentou o projeto de lei conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto propunha regulamentar os direitos das pessoas com sofrimento psíquico grave, eliminar gradualmente as instituições abrigadas e criar "recursos de assistência não abrigados" ao mesmo tempo.

Em meio a efervescência da sociedade propício a mudanças advindas da Constituição Popular em 1988, a Lei Paulo Delgado toma forma e tem em sua história idas e vindas com construção e desconstrução como característica. Delgado (2020, p 21). ) diz que: “No início quando imaginamos a reintegração do paciente psiquiátrico à vida, nós pensamos que poderíamos fazer isso do ponto de vista exclusivamente legal, de que era possível, mudando a lei, mudar o costume”.

Nesta ótica é possível compreender que a formulação e a promulgação da lei que propunha legalizar os direitos das pessoas com sofrimento mental, tivessem um longo caminho a seguir, uma vez que, somente um parecer legal não promoveria mudanças no modelo psiquiátrico no Brasil, pois seria um desafio muito mais complexo a trilhar no universo do poder.

Procurado por líderes do MLA em 1978, o deputado Paulo Delgado recebeu a proposta de ser um deputado defensor da causa do “doente mental brasileiro”. Nesta direção, o projeto proposto foi apresentado e debatido. Várias fases foram elaboradas no projeto uma vez que a lei não foi só garantia de direitos da pessoa com sofrimento mental, mas preparar novas instituições, novos equipamentos, novas práticas, novas formas de institucionalização. A fase bastante complexa foi a cultural onde o esforço se concentrou em tirar o doente da situação de incapacidade permanente, de apresentar perigo à sociedade de tirá-lo do estigma, do preconceito.

Durante anos de tramitação da Lei 10.206 (1989 a 2001), sinalizou anos de espera, debates, cautela, conquistas e leituras. Outrossim, as ondas conservadoras

---

<sup>23</sup> Paulo Gabriel Godinho Delgado. Sociólogo. Professor aposentado da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Deputado da Constituinte de 1988. Exerceu mandatos de deputado federal até 2011.

traçaram trajetos de idas e vindas no parlamento e requeriam especial atenção no processo de aprovação da lei.

Surgiram, também, neste período as leis estaduais em defesa da Luta Antimanicomial e essas vieram fortalecer em Brasília os princípios da reforma psiquiátrica.

Assim, a Lei n.10.206 segundo Delgado (2020) “é uma lei que incorporou o louco brasileiro no estatuto universal dos direitos humanos das Nações Unidas, é essa sua maior marca”.

Amarante (1994) argumenta que com a introdução da Lei, as discussões sobre o tema se intensificaram, e a conseqüente democratização da causa da reforma impulsionou mudanças efetivas.

É esta intervenção repercutida nacionalmente que demonstra claramente a possibilidade de criação de uma rede de atenção que efetivamente substitua os hospitais psiquiátricos. Nesse período, foram implantados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) 24 horas, cooperativas, dormitórios de pós-graduação hospitalar e associações na cidade de Santos. Esta é a primeira demonstração de que a reforma psiquiátrica não é apenas uma retórica, é possível e factível, e as repercussões são grandes.

Apesar de alguns contratemplos, essa experiência tornou-se crucial para as reformas no Brasil porque mostra a viabilidade de tal proposta. Em São Paulo, um docente do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Luiz da Rocha Cerqueira também se tornou uma referência. Este foi o primeiro CAPS inaugurado no Brasil em 1987, um serviço alternativo que propunha uma "clínica de expansão". Em Angra dos Reis, o atendimento foi organizado em serviços do tipo CAPS sem internação psiquiátrica. Também foi proposto o programa "Go Home", que teve repercussão internacional, tanto que em 1996 ganhou o prêmio de melhor programa de reabilitação crônica do mundo (TENÓRIO, 2001).

Atualmente, o modelo de tratamento da loucura no Brasil, busca afastar-se da lógica dos hospitais psiquiátricos e dos tratamentos desumanos e violentos, promovendo a inclusão social e o respeito aos direitos humanos das pessoas com problemas mentais. Dentre as iniciativas, a criação do CAPS e a valorização do papel da

família e da sociedade no processo de recuperação das pessoas com transtornos mentais, são fundamentais para a consolidação das novas práticas.

Entende-se que muitas leis têm reestruturado os modelos de atenção à saúde mental, priorizando a criação de redes alternativas fora do hospital. Contudo, essas leis são importantes, mas não o suficiente para produzir uma mudança efetiva. Lacunas nessas leis contribuem para a morosidade da inserção de novas práticas, que se encostam na burocracia governamental.

O Projeto de Lei Paulo Delgado<sup>24</sup> surgiu em 1989 e foi tema de debate por anos na Câmara dos Deputados. Tal Projeto de Lei propunha extinguir progressivamente os manicômios substituindo o atendimento em espaços assistenciais e, ainda, dispunha sobre a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. Entretanto, não apresentava todas as prioridades para a superação do modelo psiquiátrico tradicional, mas contribuiu “definitivamente para a extensão do debate e para o surgimento de novos processos, tanto assistenciais como culturais” (AMARANTE, 1995, p. 173).

De acordo com Amarante, na década de 1990, o Ministério da Saúde, influenciado pelas experiências das cidades de Santos e São Paulo, pela forte representatividade política e ideológica do próprio Ministério da Saúde e pelos debates do Projeto de Lei de Paulo Delgado, finalizou novos atendimentos como CAPS, NAPS, hospitais-dia e nos hospitais gerais atendem unidade psiquiátricas.

Fato importante foi a Portaria n.224/92 que definia as regras para o atendimento à saúde mental e os manicômios, o que iniciou a ação de encerramento das atividades da assistência mental que estavam em precárias condições. De acordo com a Portaria, os serviços deveriam passar por qualificação, visando melhorar significativamente a prestação de serviços hospitalares no campo da saúde mental. “De 1991 para 1996, foram fechados 17.575 leitos psiquiátricos manicomialis” (AMARANTE, 1995, p. 174).

Nesse contexto, hospitais psiquiátricos e clínicas privadas aparentemente santuários, convivem com serviços alternativos em hospitais gerais, ambulatórios e leitos psiquiátricos. Os hospitais psiquiátricos continuam sendo o recurso para a grande

---

<sup>24</sup> Lei Paulo Delgado. Para ver na íntegra - Disponível em:  
< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>.

maioria dos pacientes, apesar de muitos avanços nas últimas décadas como o desmantelamento de hospitais e leitos e a criação de serviços alternativos.

Para Alves (1999, apud TENÓRIO, 2001), a substituição do asilo no Brasil é uma tendência dinâmica e promissora, mas mesmo assim é apenas uma "tendência". O ritmo dessas mudanças diminuiu ao longo do tempo, até agora, com retrocessos e estagnação na reforma psiquiátrica no país (PAIVA, 2003).

Entende-se que as mudanças não são rápidas e passam sempre pela morosidade pautada pelos interesses e pela burocracia, especialmente, no setor público. A política de privatização dos atendimentos psiquiátricos mostrou-se uma estratégia da máquina administrativa que emperrava no sentido de estabelecer formas de atendimentos democráticos e antimanicomiais. “Assim é que para o MTSM a mudança do modelo impunha-se pela ênfase na desativação hospitalar [...] como a única medida para conter a demanda de intenções, transformando-a em demanda ambulatorial”. (AMARANTE, 1995, p. 168).

Foi somente em 2001, 11 anos após o Congresso, que a Lei Paulo Delgado foi aprovada no país. A Lei de Saúde Mental (Lei nº 10.216) prevê a internação psiquiátrica – que deve ser breve e humanizada como último recurso disponível – para facilitar a mudança nos padrões de atendimento por meio de um processo de ambulatório, criando serviços ambulatoriais, dia hospitais, abrigos e centros de atenção psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Apesar das grandes mudanças relacionadas ao projeto original — a norma atual não retira o asilo — a lei é vista como uma importante vitória, pois valoriza a humanização do serviço e os direitos dos usuários.

Nesse percurso, em 2004, foi realizado em São Paulo o primeiro Congresso de Centros de Atenção Psicossocial do Brasil, reunindo 2.000 servidores e usuários do CAPS. Esse processo tem sido caracterizado pela atuação de movimentos federais, estaduais, municipais e sociais para viabilizar a construção de uma transição de um modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção de base comunitária.

Para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu canais de financiamento dedicados aos serviços abertos e alternativos aos hospitais psiquiátricos, bem como novos mecanismos de fiscalização, gestão e redução planejada

de leitos psiquiátricos no país. Desde então, as redes cotidianas de atenção à saúde mental têm se expandido significativamente, alcançando áreas com boa tradição de acolhimento onde a atenção à saúde mental comunitária é praticamente inexistente. No mesmo período, avançou-se no processo de desinstitucionalização dos internados de longa duração com a criação do programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos de reforma psiquiátrica foi desenvolvida, uma política sobre questões de álcool e outras drogas foi desenvolvida e uma estratégia de redução de danos foi incorporada.

Assim, esse período caracterizou-se por dois movimentos simultâneos: de um lado, a construção de uma rede de atenção à saúde mental em substituição ao modelo de internação e, de outro, a fiscalização e redução gradativa dos leitos psiquiátricos existentes. Foi nesse período que a reforma psiquiátrica se consolidou como política federal oficial.

Com base nos princípios da ação afirmativa, uma série de programas governamentais tem sido desenvolvida como forma de equalizar as condições para que pessoas com transtornos mentais gozem de direitos civis. Muitos desses programas têm o que poderíamos chamar de "tutela temporária" porque visam preencher a lacuna entre a vida social autônoma e independente e aqueles que, em princípio, requerem cuidados especiais.

O direito à vida social e familiar, procurando ter em conta o direito à livre circulação e integração no meio social, incluindo as prestações pecuniárias mensais para o primeiro ano e o direito à habitação, é reconhecido pela Constituição como categoria de direito fundamental, direitos, que garante ao seu titular - cidadãos brasileiros - eventualmente exigindo que o Estado tome medidas positivas para garantir o gozo de tais benefícios legalmente garantidos. No contexto das políticas públicas de saúde mental, também aparece como condição essencial para garantir a reabilitação psicossocial, significando um local de referência e proteção social.

O direito à educação é realizado basicamente de quatro formas: no sistema escolar formal, por meio da educação especial, por meio da oferta de cursos hospitalares e do atendimento domiciliar, ou por meio de oficinas de alfabetização terapêutica. Na medida em que a educação é uma importante ferramenta de inclusão social e superação das desigualdades, os programas de terapia individual devem

permear pela garantia desse direito, com atenção especial ao retorno ou permanência nas atividades escolares. A reabilitação psicossocial pelo trabalho é um dos pilares fundamentais da reforma psiquiátrica brasileira, com duas áreas de atuação distintas: a formação profissional por meio de seminários terapêuticos e a formação de cooperativas sociais ou empreendimento sociais, que demonstram que a solidariedade e a finalidade da terapia são, em si, um acréscimo valor.

Por fim, o direito às prestações continuadas, que é uma prestação pecuniária concedida por uma ação estatal no domínio da assistência social, destinada a ajudar as pessoas consideradas socialmente desamparadas, como os idosos, os deficientes, as pessoas com doença mental e doença grave.

### 3.2 - A “ABERTURA DOS PORTÕES”

Ao considerar o pensamento, a trajetória profissional, a pesquisa e, sobretudo, a determinação do médico Paulo Amarante como ponto de partida na difícil tarefa de compreender a saúde mental no Brasil, considerando sua participação direta na busca pelas proposições de sua autoria, é possível perceber que Amarante enfatizou um olhar crítico sobre a questão da loucura apresentado possibilidades de uma mudança de paradigma, articulando conceitos que visavam à busca da valorização da vida.

Nas palavras de Amarante, “a Psiquiatria é filha do hospício, a Psiquiatria nasce para dar legitimidade às práticas de internação. Por isso, o que nós queremos é fundamentalmente uma sociedade sem manicômios uma sociedade de inclusão”<sup>25</sup>. Neste sentido, o projeto de mudança de desconstrução das práticas de exclusão e internação perpassa pelo questionamento do saber médico no campo da Psiquiatria.

Amarante (2021) diz que:

[...] Para isso, nós temos que questionar o saber psiquiátrico. Até hoje de doença, de enfermidade mental, degeneração e transtorno. A Psiquiatria não sabe o que, que isso. Não sabe definir o que é transtorno e não tem proposta terapêutica a não ser [...] medicar, fazer cirurgias [...] né? Práticas invasivas que ao longo da história não comprovaram nenhuma efetividade.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Entrevista concedida por Paulo Amarante por meio da rede social *Watsapp* em 02 de julho de 2021.

<sup>26</sup> Entrevista concedida por Paulo Amarante por meio da rede social *Watsapp* em 02 de julho de 2021.

Ao abraçar as ideias, experiências de Basaglia como ideias iniciais de sua trajetória, entende-se que Amarante procura estabelecer uma articulação entre a loucura e o sujeito numa concepção de direita e cidadania.

Ao ler suas obras, está evidente a busca no sentido de entender e estudar a produção teórica que norteiam as novas práticas, novas formas de intervenção aos novos sujeitos acometidos de sofrimento psíquico. O autor revela: “Sou de um tempo em que a nossa luta, no final dos anos setenta em diante era pela democracia, pelos direitos, pelas liberdades”.<sup>27</sup>

Fundamentalmente, a luta antimanicomial se expressa na vida e obra de Paulo Amarante, pois vivenciar o cotidiano nos hospitais psiquiátricos em que trabalhou foi possível trazer à luz, a realidade das instituições bem como a dos institucionalizados, ou seja, dos loucos.

Antes da reforma psiquiátrica, o tratamento dos transtornos mentais era marcado pela internação em hospitais psiquiátricos que funcionavam como verdadeiros depósitos de pessoas, afastando-as do convívio social e, não raro, submetiam-nas às práticas desumanas de tratamento. Fatos relatados nos livros e artigos de Amarante<sup>28</sup>.

A luta antimanicomial surgiu como uma reação a esse modelo asilar, denunciando a violação dos direitos humanos e defendendo uma abordagem mais humanizada e inclusiva para o cuidado em saúde mental. Amarante explica que “entendeu que o manicômio não era apenas o edifício, prédio, hospício. Mas o manicômio era para ele todo esse contexto teórico, político, legislativo, jurídico social”<sup>29</sup>. Toda uma construção cultural de onde emergem as ações sociais, suas normas e regras.

Com a Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 1980, a luta antimanicomial ganhou força no Brasil e em outros países. Nos movimentos, levantando bandeiras de lutas antimanicomiais, estavam ali presente Paulo Amarante, e continuou seguindo, construindo reflexões, discussões participativas, oportunizando a criação de novos serviços oferecidos. Com o início da implementação de um novo modelo de

---

<sup>27</sup> Entrevista concedida por Paulo Amarante por meio da rede social *Wattsapp* em 02 de julho de 2021.

<sup>28</sup> Vide alguns títulos nas referências bibliográficas deste texto.

<sup>29</sup> Entrevista concedida por Paulo Amarante por meio da rede social *Wattsapp* em 02 de julho de 2021.

atenção psicossocial baseado em serviços comunitários como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), passou-se a oferecer um cuidado mais próximo das necessidades das pessoas e a incentivar a sua inserção na vida social.

Essa mudança de paradigma foi fundamental para a “abertura dos portões das instituições”. As pessoas com transtornos mentais já podiam sair dos hospitais psiquiátricos e voltar a conviver em sociedade. Amarante que pautou toda sua vida na busca por esse direito, vislumbrava a concretude da causa que sempre defendeu.

A “Abertura dos Portões” foi importante para desmistificar a imagem estigmatizada que se tinha das pessoas com transtornos mentais, veementemente criticadas por Paulo Amarante. Tal fato permitiu que essas pessoas fossem vistas como cidadãos de plenos direitos capazes de exercer sua cidadania e contribuir para a sociedade em diversas formas.

Apesar das conquistas, dos avanços oriundos das lutas, dos movimentos, das abordagens teóricas e novas práticas amparadas por lei, com a culminância da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, ainda há muito a ser feito para garantir a plena inclusão das pessoas com transtornos mentais na sociedade.

Argumentou-se sobre as contribuições que Amarante construiu na sua longa trajetória, intencionando dar visibilidade à sua relevância no construto da história da Psiquiatria com relação à loucura e o resgate da cidadania dos que são acometidos por sofrimento mental.

Quanto ao saber, Amarante, em suas palavras, conclui: “Por fim como lhe falei eu colocaria na minha trajetória, de 1974 aos dias atuais. Eu estou ainda atuante, militante, fazendo conservatórios nacionais e internacionais, tudo muito lindo! Muitas pessoas participando no Zoom, no Youtube. Pessoas do mundo inteiro”<sup>30</sup>. Assim, o autor segue publicando livros, artigos científicos, concedendo entrevistas, participando de oficinas e outras atividades. Abro um parêntese para mencionar as Oficinas de Formação RESSOANDO VOZES – participação social para políticas emancipatórias em saúde mental, realizadas em junho e julho de 2022, em que Amarante foi um dos preletores, nas quais participei em quatro encontros.

---

<sup>30</sup> Entrevista concedida por Paulo Amarante por meio da rede social *Watsapp* em 02 de julho de 2021.

No final de 2022 em dezembro, foi realizado o Seminário: Formação e Crítica, reconstruindo o futuro, em comemoração aos 40 anos do curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. A participação de Amarante neste evento foi marcante, pois além de idealizador do curso foi seu coordenador durante décadas<sup>31</sup>.

Por fim, não se esgota aqui, muito há de se estudar para conhecer os antecedentes e as contribuições de Amarante à luta antimanicomial e a continuidade de seu trabalho em prol da saúde mental no Brasil e no mundo.

---

<sup>31</sup> Vide vídeo no Youtube. Disponível em: <<https://youtu.be/y7xjr53hu4l>>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar sobre a loucura sempre foi tarefa complicada. Essa percepção foi observada uma vez que pode-se, ao longo dessa pesquisa, estudar as considerações e contribuições de autores que se debruçaram sobre essa temática e que ao concluir seus trabalhos deixavam lacunas a serem preenchidas, devido a complexidade da própria história humana. Mergulhada em uma sociedade de intolerância e normas, a loucura representa a humanidade deixada para trás. A loucura ainda carrega sua história. Como é difícil desconstruir séculos de opressão, desconstruir ideias socialmente estabelecidas e arraigadas! Ser “louco” é ser excluído, marginalizado, errante, não pertencer a lugar nenhum, nem mesmo a si mesmo.

No Brasil, a perspectiva de direitos humanos voltada para as conquistas populares para marcos jurídicos relacionados à loucura e à Psiquiatria e, neste caso os movimentos e seus articuladores - a exemplo de Paulo Amarante, pesquisador e um dos pioneiros do movimento brasileiro pela reforma psiquiátrica, área particular de foco para a análise realizada no presente trabalho – redefine a relação entre sujeito e loucura, produzindo formas específicas de exercer e salvaguardar direitos. Como resultado, vários direitos foram reconhecidos, como a circulação, o acesso a cuidados médicos adequados, a liberdade de expressão e associação, o acesso à educação, trabalho e a uma vida digna.

Loucos pela diversidade. Contribuições de Paulo Amarante à Luta Antimanicomial no Brasil revela as aspirações constantes na trajetória do médico psiquiatra Paulo Amarante que trouxe importantes contribuições para o construto de oportunidades possíveis àqueles que são acometidos por sofrimento psíquico.

Dessa maneira, além de serem limitadas pelo conceito de separação por sobriedade e pela possibilidade de suspensão desses direitos com base na prática médica, novas formas de proteção foram estabelecidas. A antiga pedagogia social que fundamenta o tratamento hospitalar abrigado se articula com a pedagogia autônoma como aprendizado no sentido de ensinar a viver e usufruir esses novos direitos.

Embora a reforma psiquiátrica seja um direito conquistado e legitimado pela sociedade, ainda ocorrem muitos acidentes. Padrões contraditórios e teóricos de exclusão – manicomial e psicossocial – coexistem, impedindo mudanças mais concretas

no programa de atenção à saúde mental do país. Sem hospitais psiquiátricos, as redes de serviços precisam funcionar. As práticas atuais precisam ser repensadas e avaliadas para que possamos avançar nas propostas e superar as barreiras existentes. Depois de tanta luta, parece inconcebível que esses lugares existam. Mas, infelizmente, eles ainda existem e refletem a sociedade em que vivemos. No caso dos atuais serviços alternativos, muitas vezes eles reproduzem essa dinâmica de forma sutil e encoberta por meio do controle social e da exclusão. A falta de investimentos ao que nos parece, emperram a viabilidade de atenção psicossocial propostas para as práticas desenvolvidas nas redes de serviços.

Progressos e retrocessos fazem parte do processo de mudança. As mudanças institucionais também são inevitáveis e frequentes. Portanto, a reforma psiquiátrica no país precisa estar suficientemente consolidada para que as mudanças políticas não interfiram no trabalho em andamento. Por meio da participação ativa de movimentos sociais, das comunidades, dos pesquisadores, dos profissionais, dos familiares e usuários, torna-se possível contribuir para a legitimidade do projeto e sua continuidade na mudança política.

Todo trabalho e contribuição de Paulo Amarante à luta antimanicomial demonstra ser imprescindível para nortear com maestria a argumentação sobre a loucura como doença, sobre o sujeito com sofrimento mental e a possibilidade da construção de novas oportunidades e direito à vida social e familiar, procurando ter em conta o direito à livre circulação e integração no meio social. A concretude das ideias de Paulo Amarante, a sua participação ativa nos coletivos sociais chancela sua trajetória.

Cabe aos envolvidos - nos encontros diários com a loucura - reinventar, repensar conhecimentos, práticas e relações a cada vez. A partir desse encontro criativo que será possível vislumbrar um caminho, uma trajetória para a construção/reconstrução da história. É na vida social, pela vida social, que a loucura é "tratada" porque é concebida através de sua construção sócio-histórica e cultural.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Francisca Silva de; OLIVEIRA, Nicácia Souza; TEIXEIRA, Paulo Tadeu Ferreira. Argumentações sobre a Loucura no Brasil, antes de 2010: Uma contribuição histórica. Id on Line **Revista de Psicologia**. Fevereiro/2022, vol.16, n.59, p. 285-304, ISSN: 1981-1179.

ALVES, D. S. N., Seidl, E. F., Schechtman, A., Silva, R. C. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (Org.), **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

AMARAL, D. R. Serviço Social na Política de Saúde Mental no Brasil: Estigma Social e atuação profissional. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, Volume 4, Edição Especial, março de 2020. Anais do II Encontro Norte Mineiro de Serviço Social.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 11 (3): 491 – 494. jul/set, 1995.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P.D.C. A título de prosseguimento. In: \_\_\_\_\_ **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, pp. 107-115.

AMARANTE, P. Rumo ao fim dos manicômios. **Viver Mente e Cérebro**, 14(164), 32-33-30-35, 2006.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AMARANTE, P. New Subjects; New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul/Sep, 1995.

AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

AMARANTE, P. TORRE, E. H. G. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: NOGUEIRA, R. P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 151-160.

AMARANTE, P. TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr, cidadão!” Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 52 (6) :1090-1107, nov. dez. 2018, p.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, Maria Eunice Xavier, (org.) **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. Anais. São Paulo, HUCITEC, 1992. p.103-19.

AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sônia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES** São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 163.

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. In: **Revista Mente & Cérebro**, p. 31-35, setembro, 2006. Disponível em: [www.mentecerebro.com.br](http://www.mentecerebro.com.br) – Acesso em 17/03/2021

AMARANTE, Paulo. TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. "De Volta à Cidade, Sr. Cidadão!" reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial". **Rev. Adm. Pública**, vol.52 n.6, nov./dez. 2018.

BASAGLIA, F., Ongaro, F. B., Casagrande, D., Jervis, G., Comba, L. J., Pirella, A., Schittar, L., Slavich, A. Considerações sobre uma experiência comunitária. In AMARANTE, P. (Org.), **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

BEZERRA JR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação geral de saúde mental. (2005). **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS.

BRUNI, José Carlos. Foucault: o silêncio dos sujeitos. **Tempo Social: rev. Sociol.** v. 1, n. 1, p. 199-207, 1989.

CARDOSO, M. **Psiquiatria e Antropologia**: Notas sobre um debate inconcluso. *Ilha Revista de Antropologia*. 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/15033->

CARVALHO, Sônia Maria Marchi de. AMPARO, Pedro Henrique Mendes. **Nise da Silveira**: a mãe da humana-idade. **CLÁSSICOS DA PSICOPATIA**. Ver. Latinoam psicopatol. Fundam 9 (1). Jan-mar2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142006001010>

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo**. Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DAMATTA, R. Um indivíduo sem rosto. In: **Brasileiro**: cidadão? São Paulo: Cultura, 1992.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. **Voltando ao começo**: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. Saúde e debate 44 (spe 3) Out 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E303>> Acesso em: 13 ago. 2021.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia** (6a ed.). Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 2000.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos** (7a ed.). São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOHN, M. G. **Sociologia dos movimentos sociais**. 2.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

GOMES, Michel Barbosa. LOUCURA FEMININA EM GOIÂNIA. **Revista Mosaico - Revista de História**, Goiânia, v. 12, p. 164-174, jun. 2019. ISSN 1983-7801. Disponível em: <<http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/6401>>. Acesso em: 19 jan. 2022.

LANCETTI, A. (Org). **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Mandacaru, 1987.

LEVORATO, Guilherme. **“Querem passar a boiada também na psiquiatria”, diz Paulo Amarante, referência na luta antimanicomial**. Brasil 247. Disponível em: <<https://www.brasil247.com/brasil/querem-passar-a-boiada-tambem-na-psiquiatria-diz-paulo-amarante-referencia-na-luta-antimanicomial>>. Acesso em: 17 Mar. 2021. Portal Contexto Exato. Disponível em: <<https://www.contextoexato.com.br/post/querem-passar-a-boiada-tambem-na-psiquiatria-diz-paulo-amarante-referencia-na-luta-antimanicomial20201215>>. Acesso em: 17 Mar. 2021.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. RODRIGUES Jefferson. **O Movimento antimanicomial no Brasil**. *Ciência e saúde coletiva*. 12(2) Abr 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>>.

MACHADO, R. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MATIAS, Kamilla Dantas. **A Loucura na Idade Média**. Ensaio sobre algumas representações. 2015. 81 f. Dissertação (Mestrado em História), na área de especialização de História da Idade Média, apresentada ao Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. 2015.

MANZINI-COVRE, M. L. **O que é cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MONDAINI, M. O respeito aos direitos dos indivíduos. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Orgs.). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2005.

MONTEIRO, R. A. P. **Do direito à participação: considerações sobre a cidadania de crianças e jovens no contemporâneo**. 2006. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MUSSE, L.B. **Novos sujeitos de direitos: as pessoas com transtorno mental na visão bioética e do biodireito**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NABUCO, E. **Da reclusão à criação: construção da memória dos usuários do movimento nacional de luta antimanicomial**. Dissertação (Mestrado em Memória Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p.137. 2008.

NASCIMENTO, E. Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In: BURSZTYNM, (org.). **No meio da rua**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000, p.56-87.

NUNES, M., Torrenté, M., Ottoni, V., Moraes Neto, V., Santana, M. **A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil**. 2008, *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 188- 196.

ODALIA, N. A liberdade como meta coletiva. In: PINSKY, J.; PINSKY, C.B. (Orgs). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2005.

PAIVA, I. L. **Em defesa da reforma psiquiátrica**: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença. Dissertação de Pós-Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. (2003).

PINEL, Philippe. O tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania (1801). **Revista Latinoamericana - Clássicos da psicopatologia**. Julho-Setembro, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-47142004003012>>. Acesso em 15/06/2021.

POSTEL, J. Da fraude histórica ao mito: a libertação dos loucos de Bicêtre por Ph.Pinel. **Análise Psicológica**. 3 (I) p.387-403, (1981).

RIBEIRO, A. M. **Em busca de um lugar**: itinerário de uma psicanalista pela clínica das psicoses. São Paulo: Via Lettera, 2007.

RODRIGUES, H. B. C. **Michel Foucault, as ‘marcas da pantera’ e a ‘pantera cor-de-rosa’: apontamentos sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrica**. Revista Vivência, v. 32, p. 41-60, 2007.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In AMARANTE, P. (Org.), **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: **Psiquiatria sem hospício**: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica. Bezerra Benilton Jr e AMARANTE Paulo (orgs). Rio de Janeiro: Editora RelumeDumará/UFRJ, 1992. p. 42-55.

RUSSO, J. **O mundo psi no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

SADER, E. **Anjo torto**: esquerda (e direita) no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SILVA, L. B. C. **Doença mental, psicose, loucura**: representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Protagonismo e subjetividade**: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.