

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
CURSO DE PSICOLOGIA

Ana Flávia Dalló Ravanello

**A CONSTRUÇÃO DOS OLHARES SOBRE A LOUCURA E  
IMPLICAÇÕES NOS PROCESSOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Santa Maria/RS  
2023

Ana Flávia Dalló Ravello

**A CONSTRUÇÃO DOS OLHARES SOBRE A LOUCURA E IMPLICAÇÕES NOS  
PROCESSOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Bacharel em Psicologia**.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marcele Pereira da Rosa Zucolotto

Santa Maria, RS  
2023

**Ana Flávia Dalló Ravello**

**A CONSTRUÇÃO DOS OLHARES SOBRE A LOUCURA E IMPLICAÇÕES NOS  
PROCESSOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Bacharel em Psicologia**.

Aprovado em 14 de dezembro de 2023:

---

**Marcele Pereira da Rosa Zucolotto, Dr<sup>a</sup> (UFSM)**  
**(Presidente/Orientadora)**

---

**Lirene Finkler, Dr<sup>a</sup> (UFSM)**

---

**Ana Luiza Ferrer, Dr<sup>a</sup> (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2023

## RESUMO

### **A CONSTRUÇÃO DOS OLHARES SOBRE A LOUCURA E IMPLICAÇÕES NOS PROCESSOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

AUTORA: Ana Flávia Dalló Ravanello

ORIENTADORA: Marcele Pereira da Rosa Zucolotto

O presente trabalho se propõe a discutir os olhares dados à loucura, situando-a em seus contextos históricos, buscando compreender de que formas a experiência da loucura foi capturada pelo discurso psiquiátrico. Se justifica pela urgência em pensar estratégias de cuidado que contemplem formas de existência que fogem à norma. Tem como objetivo geral problematizar as formas de percebê-la para contribuir para a produção de um cuidado sensível. Para isso, se tem como objetivos específicos: compreender os processos de patologização da experiência da loucura decorrentes do pensamento racional; refletir sobre a loucura para além dos rótulos, como experiência singular de vida; e analisar o movimento da Reforma Psiquiátrica e a criação das políticas públicas, a partir do afastamento da lógica manicomial e da proposta de criação do novo lugar social para a loucura. Como metodologia, é utilizada a revisão narrativa da literatura, que permite uma reflexão mais ampla acerca de tais processos. Para a proposta, foram usados autores que são referência nos estudos acerca da loucura, desinstitucionalização e normalidade, além de obras que resgatam a história dos movimentos que culminaram na Reforma Psiquiátrica. Como resultados, percebe-se que a noção de loucura enquanto doença foi criada a partir de capturas da experiência pela razão, culminando no silêncio. Para contribuir com a construção de um novo lugar social para ela, propõe-se que se coloque em xeque noções como a de doença mental, cura e normalidade, abrindo espaços para as possibilidades e para o invisível, sendo esse processo de produção de vida e de diferença. Considera-se que a abertura para o invisível e a sensibilidade são peças-chave para a promoção de um cuidado sensível, exigindo que se reflita sobre o papel dos profissionais na manutenção ou extinção dos manicômios mentais.

**Palavras-chave: Lugar Social da Loucura, Reforma Psiquiátrica, Cuidado Sensível**

## **ABSTRACT**

### **THE CONSTRUCTION OF PERSPECTIVES ON MADNESS AND IMPLICATIONS IN MENTAL HEALTH CARE PROCESSES**

AUTHOR: Ana Flávia Dalló Ravello  
ADVISOR: Marcele Pereira da Rosa Zucolotto

The present work aims to discuss the perspectives on madness, placing it in its historical contexts, seeking to understand how the experience of madness has been captured by medical discourse. It is justified by the urgency to think about care strategies that encompass forms of existence that deviate from the norm. Its general objective is to problematize the ways of perceiving madness to contribute to the production of sensitive care. To achieve this, it has specific objectives: to understand the processes of pathologization of the experience of madness, resulting from rational thought; to reflect on madness beyond labels, as a singular life experience; and to analyze the movement of Psychiatric Reform and the creation of public policies, departing from the asylum logic and the proposal to create a new social place for madness. The methodology used is narrative literature review, allowing a broader reflection on such processes. For the proposal, authors who are reference in studies on madness, deinstitutionalization, and normality were used, as well as works that trace the history of movements that led to Psychiatric Reform. As results, it is observed that the notion of madness as a disease was created through captures of experience by reason, culminating in silence. To contribute to the construction of a new social place for it, it is proposed to question notions such as mental illness, cure, and normality, opening spaces for possibilities and the invisible, as part of the process of producing life and difference. It is considered that sensitivity and openness are key elements for promoting sensitive care, requiring reflection on the role of professionals in maintaining or eliminating mental asylums.

**Keywords: Social Place of Madness, Psychiatric Reform, Sensitive Care**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>1.2 OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>2 METODOLOGIA</b>	<b>12</b>
<b>3 REVISÃO TEÓRICA</b>	<b>14</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>26</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>35</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A relação entre a forma de olhar e as ações diante das circunstâncias não é novidade. A maneira como se percebe o mundo é profundamente influenciada por uma gama de fatores, que vão desde as subjetividades singulares até as complexas construções históricas e culturais que moldam nossas percepções, além dos pequenos encontros cotidianos, que contribuem para a formação das lentes através das quais se apreende e responde às situações. O olhar é mais do que um simples portal para a visão. Os olhos não são meramente receptáculos de luz, mas artífices de significações, moldando a realidade à medida que a capturam, meio de apreensão que vai além da superfície palpável do mundo. É através desse portal dos sentidos que se apreende os matizes do universo, uma ponte entre o palpável e o intangível. O olhar não é meramente um ato visual; é ação, potência de enxergar a diferença. É na profundidade do olhar que se percebe o sublime, transcendendo a mera visão. Refletidos no olhar estão processos sociais complexos, sendo construído socialmente pelas condições que se tem, em um movimento quase molecular de aproximação e afastamento, de construção e desconstrução, onde se criam ou se excluem espaços para as possibilidades.

Nesse sentido, pensar sobre os olhares destinados à loucura diz respeito não apenas ao simples gesto de direcionar a visão a algo, mas também em compreender de que maneira esses olhares interferem nas formas de se relacionar com a loucura. Portanto, ao reconhecer a complexidade do ato de olhar, compreende-se que as posturas e ações não surgem de maneira isolada, mas estão intrinsecamente relacionadas à multiplicidade de fatores que moldam as visões de mundo.

Desta forma, propõe-se discutir o olhar que se direciona à loucura na atualidade, no desejo de que possa se expandir, ao invés de limitar e enquadrar, para olhar além de meras psicopatologias, olhar para subjetividades que são atravessadas pelas curvas da vida, mas também pelas dinâmicas de poder que tentam violentamente ajustar os sujeitos na contemporaneidade.

A construção da loucura enquanto doença é atravessada por diversas forças que aparecem em discursos e práticas carregados de história e permeados por ideais de ser que pouco percebem as diferenças. Foucault (1978) busca desnaturalizar a noção de loucura como algo já dado, inserindo-a em seus contextos e compreendendo-a enquanto processo de captura da experiência pela razão, definida por Machado (2001, p. 18) como “crescente subordinação da loucura à razão que tem como última etapa [...] a psiquiatria ou a psicologização da loucura”, desqualificando-a enquanto linguagem possível.

Com o cartesianismo e a certeza de verdade na razão, a loucura se torna uma verdade inferior e uma ameaça à ordem, passando aos poucos a ser contida, isolada, compartilhando da exclusão e posteriormente assumindo o então lugar dos leprosos e indesejados. Através de sua captura pela psiquiatria e pela tentativa de ajustamento presente nas práticas médicas, a loucura, tratada pelo viés psicopatológico, torna-se objeto de estudo e intervenção, sendo tomada enquanto doença. Ao reduzir a experiência da loucura a um corpo doente, a psiquiatria propõe a busca pelo tratamento, de forma vertical e voltada à fisiologia, buscando compreender os erros que causam as disfunções dos corpos que se recusam ao molde de sofrimento imposto. Dessa forma, “não se ‘encontrou’ um portador de distúrbios mentais e se o descobriu como tal, mas se criaram a loucura e o louco” (PROVIDELLO, YASUI, 2013, p. 1517).

Assim, a loucura só pode ser demarcada a partir de uma sociedade que a produz e a transforma em doença mental, ressaltando a ideia de que a loucura não é definida por si, mas é delineada também pelo olhar do outro. Ela se torna um sujeito sem obra, sendo antes um produto da apresentação que dela se faz. A definição da loucura como doença mental não é, portanto, uma realidade objetiva, mas sim uma construção que reflete a visão coletiva da sociedade sobre o que é considerado normal e anormal.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira representa um marco significativo na abordagem da loucura e da saúde mental no país. Iniciada nas décadas finais do século XX, esse movimento buscou a superação do modelo manicomial tradicional, substituindo-o pelo cuidado no território, visando superar práticas de exclusão e estigmatização e promovendo uma visão mais humanizada e integral à saúde mental. Tendo como proposta a desinstitucionalização, compreendeu o fechamento de grandes hospitais psiquiátricos e a implementação de serviços de atenção comunitária. A reforma também enfatizou a importância da participação social e da valorização das subjetividades no cuidado em saúde mental, propondo uma abordagem que respeitasse os direitos humanos e que compreendesse os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos avanços, desafios persistentes e resistências estruturais ainda permeiam o cenário da saúde mental no Brasil.

Explícito nas formulações das políticas e ideias do sistema de saúde está o desejo de construção de um novo lugar social para a loucura, lugar esse onde sejam permitidos espaços para que a multiplicidade aconteça, deslocando a perspectiva da doença ao sujeito que sofre, inserido em seus territórios, abrindo possibilidades para pensar não somente esses sofrimentos, mas os processos de vida e de experiência. Esse movimento exige que se reflita

sobre as formas de pensar, de olhar, de acolher, desconstruindo o já dado para que as práticas, por mais bem intencionadas que sejam, não repitam o fluxo histórico do silenciamento, da violência e da exclusão. Entretanto, os manicômios, construídos a partir de perspectivas morais de segurança e de ordem, parecem não terem se extinguido com a Reforma Psiquiátrica, estando presentes nas sutilezas, enviesadas, reproduzidas e reforçadas pelo cientificismo, pela generalização, pela universalização da experiência.

Deste modo, o que se percebe é que, mesmo com as produções e avanços em relação às políticas e diretrizes a respeito das formas de trabalho nas instituições e serviços de saúde, é notável que a concretização do ideal está longe de ser realizada e que se demanda ainda um percurso extenso, evocando, principalmente, outros modos de perceber e olhar a loucura.

A partir disso, este estudo de cunho teórico tem por objetivo problematizar o olhar que se direciona à loucura, buscando contribuir para a produção de um cuidado sensível. Para isso, busca-se compreender os processos de patologização da loucura a partir da modernidade, decorrente de um pensamento hegemônico racional. Ao abordar o movimento da Reforma Psiquiátrica e as políticas públicas contemporâneas em saúde mental, este trabalho também propõe mostrar que os mesmos surgiram no intuito de mudar o olhar sobre a loucura, no entanto, a lógica dominante e manicomial ainda parece operar sobre o olhar destinado à loucura na atualidade. Por fim, este estudo pretende refletir sobre a loucura enquanto uma experiência singular de vida e não simplesmente um rótulo psicopatológico. Sendo assim, é possível escapar desta clausura que o mundo racional impõe? Quais condições se tem para abrir uma reformulação da experiência da loucura?

É imprescindível que se criem novas formas de se relacionar com a loucura e com as diferenças, uma vez que os reducionismos enclausuram e os esvaziamentos impedem o cuidado. Relação essa que compreenda a complexidade e singularidade do ser, que seja possível horizontalizar as relações de poder, que abrace a liberdade, relação essa onde

“[...] a loucura, distante das condições de possibilidade da vitimização implicada nos traumas, recalques, verdades puras etc., com os quais os homens se inventam a todo instante nos jogos de verdade, não seja sinônimo de um beco sem saída, nem mesmo a simples saída do jogo, mas como um paradoxo, uma disposição hiperbólica tal que de tantas saídas tudo é saída, e pouco importa entradas e saídas” (AMARANTE, 2000, p. 37).

Dessa forma, este trabalho se justifica pela urgência em pensar estratégias de cuidado que contemplem formas de existência que fogem à norma, uma vez que a tentativa de ajustamento da diferença se mostra com grande força e é usada para legitimar violências

contra sujeitos que se encontram em sofrimento. Assim, torna-se necessário que sejam discutidas tais práticas em seu contexto, problematizando o que está instituído para que possam ser pensadas outras formas de cuidar que não reduzam e calem a experiência e que se coloquem sensíveis ao que acontece, possibilitando que se produzam formas de viver mais livres e autênticas de acordo com as mais diversas realidades onde se apresentam.

Que o compromisso seja com a vida, não com o diagnóstico. Que o cuidado possa, de fato, cuidar, não calar.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Problematizar os olhares que se direcionam à loucura, buscando contribuir para a produção de um cuidado sensível em saúde mental.

### 1.2.2 Objetivos específicos

Compreender os processos de patologização da loucura a partir da modernidade, decorrente de um pensamento hegemônico racional;

Analisar de que maneiras o movimento da Reforma Psiquiátrica e as políticas públicas em saúde mental na atualidade contribuem para a construção de um outro olhar sobre a loucura em ruptura com a lógica dominante e manicomial;

Refletir sobre a loucura enquanto uma experiência singular de vida e não simplesmente um rótulo psicopatológico.

## 2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo consistiu em uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, uma abordagem qualitativa que se destaca por sua capacidade de oferecer uma visão abrangente e contextualizada sobre determinado fenômeno.

A revisão narrativa, conforme definida por Rother (2007, p. 1), é um método amplamente usado para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob um ponto de vista teórico ou contextual. Essa abordagem se revela valiosa ao proporcionar uma perspectiva ampliada do tema em análise, permitindo uma compreensão mais profunda dos aspectos teóricos e históricos que moldaram o processo de construção do objeto de estudo (RIBEIRO, 2014, p. 676). A revisão narrativa não segue métodos sistemáticos para a escolha das fontes, mas sim adota uma abordagem ampla. Essa flexibilidade metodológica pode permitir uma análise abrangente e contextualizada do processo de patologização da loucura e das iniciativas de reforma psiquiátrica.

Além disso, a revisão narrativa possibilita uma análise reflexiva e crítica, examinando como o discurso científico influenciou a construção social da loucura ao longo do tempo. O uso da revisão narrativa se justifica ainda pela necessidade de explorar o movimento histórico deste processo em um contexto de valorização da ciência empírica e descritiva, considerando que, sendo um texto que parte de uma perspectiva crítica, não é possível sustentar uma suposta neutralidade ao discorrer sobre tais temas. Tal método permite uma análise dos mecanismos de produção de verdade que contribuem para a estigmatização e exclusão associadas à loucura.

Tendo delineado o objetivo principal do estudo como: problematizar os olhares que se direcionam à loucura, buscando contribuir para a produção de um cuidado sensível em saúde mental, a metodologia de revisão narrativa colocou-se como adequada para a investigação por permitir uma análise aprofundada das fontes, contribuindo para a construção de uma narrativa fundamentada. A seleção da bibliografia para esta revisão narrativa foi baseada em leituras críticas e na relevância das obras para o tema em questão, incluindo autores que são referência para o estudo das temáticas abordadas.

Ao abordar o movimento da Reforma Psiquiátrica e as políticas e diretrizes criadas para modificar o olhar sobre a loucura, o estudo busca contribuir para a construção de um novo lugar social para a loucura, utilizando autores importantes para tal debate, como é o caso de Amarante. A revisão narrativa, ao integrar contribuições de autores renomados como Foucault, Guattari, Basaglia, Canguilhem e Pelbart, possibilita uma compreensão aprofundada

das diferentes perspectivas que influenciaram esse movimento de transformação na abordagem da loucura. Compreendendo uma crítica aos modelos universais e às verdades únicas, além da importância de abertura às sensibilidades, foram considerados Nietzsche e Deleuze para contribuir com a construção de formas outras de olhar para a experiência da loucura.

### 3 REVISÃO TEÓRICA

#### 3.1 PROCESSOS DE PATOLOGIZAÇÃO DA LOUCURA

Foucault (1978) busca estudar as origens da exclusão, fazendo uma arqueologia não da psiquiatria, mas da loucura e das percepções acerca dela no decorrer da história. Fortemente influenciado pela filosofia de Nietzsche, com sua crítica ao sujeito enquanto unidade e à filosofia da representação, analisa as formas pelas quais a loucura foi sendo tratada, buscando compreender como a psiquiatria se constitui enquanto força de saber-poder e como se chega à classificação da loucura como doença mental. Conforme Machado,

do mesmo modo que, para Nietzsche, a história do mundo ocidental é a recusa ou o esquecimento da tragédia, a história da loucura, tal como interpretada por Foucault, é a história do vínculo entre a racionalidade moderna [...] e um longo processo de dominação que, ao tornar a loucura objeto de ciência, a destituiu de seus antigos poderes (MACHADO, 2001, p. 25).

Pelbart (1989) apresenta diferenças entre a desrazão e a loucura, sendo a primeira considerada exterioridade, potência de desterritorialização, enquanto a segunda aparece como captura da singularidade e redução à doença. Desta forma, a loucura só pode ser assim pensada a partir de certo momento histórico que a constitui enquanto tal.

Pensando de forma arqueológica e crítica através de dispositivos diversos, como a literatura, costumes, artes, produções acadêmicas, Foucault (1978) demonstra que, antes do século XVII, a loucura era percebida de outras formas, e que essas percepções carregam seus contextos históricos e culturais. Segundo o autor, na Antiguidade, acreditava-se que doenças tinham causas místicas, mágicas ou demoníacas e, desta forma, o louco era visto como excêntrico ou possuído, visto seu comportamento distante do esperado. Na Grécia Antiga, alguns eram percebidos enquanto escolhidos pelo divino, portadores de saberes sobrenaturais acerca da natureza humana. Nesse momento, conforme acrescenta Pelbart (1989, p. 43), “a Antiguidade grega manteve com o louco uma proximidade de fato e uma distância absoluta de direito”, no sentido de manter uma convivência e proximidade física, ao mesmo tempo em que se mantinha uma distância moral.

Durante a Idade Média, os loucos viviam livremente pela sociedade, sendo por vezes também considerados sagrados e terem uma linguagem aceita por serem “aqueles que dizem a verdade de forma extravagante” (PROVIDELLO, YASUI, 2013, p. 1518). Neste período histórico, Foucault (1978) lembra que ainda não havia propriamente uma exclusão da

linguagem e, por conta disso, havia um discurso próprio à loucura, bem como lugares específicos para ela, como as estradas e a "nau dos loucos".

No Renascimento, entre os séculos XIV e XVI, a crença era de que haviam saberes esotéricos na loucura, havendo ainda certa hospitalidade para com ela, permitindo que fosse dado testemunho à experiência trágica ainda sem remeter à razão. Também é percebido por Foucault (1978), no século XVII, um início de controle da loucura por críticas morais que a situavam como ilusão (MACHADO, 2001, p. 28). Assim, foi “reagrupada, de certa forma, segundo uma nova unidade específica, delimitada por uma prática sem dúvida ambígua que o isola do mundo sem lhe atribuir um estatuto exatamente médico, perdendo a função de revelação de antes” (FOUCAULT, 1978, p. 135). Aos poucos, a loucura foi sendo dissolvida em uma massa homogênea, sendo também afastada juntamente com os demais sujeitos incômodos e inconvenientes que tinham em comum a desrazão (PROVIDELLO, YASUI, 2013, p. 1518).

Esse desatino se vê ligado a todo um reajustamento ético onde o que está em jogo é o sentido da sexualidade, a divisão do amor, a profanação e os limites do sagrado, da pertinência da verdade à moral. Todas essas experiências, de horizontes tão diversos, compõem em sua profundidade o gesto bastante simples do internamento. (FOUCAULT, 1978, p. 120)

No início da Idade Moderna, acompanhado pelo cartesianismo de Descartes e do ideal de razão enquanto principal ferramenta para alcançar a verdade, passa-se a compreender o louco como alguém que vem contradizer essa razão. Neste processo, a loucura vai sendo conduzida ao erro, ao desvio e, com isso, sendo silenciada diante do discurso hegemônico racional. Segundo Foucault (1978, p. 53) “a loucura é excluída pelo sujeito que duvida”, retirando dela a possibilidade de pensamento.

Em 1656 é fundado o Hospital Geral de Paris, que tinha como objetivo recolher os pobres da cidade, a fim de “purificá-los” por meio do trabalho forçado. Teixeira (2019) aponta que, com a crise econômico-social ocorrida entre os séculos XV e XVI, houve um aumento dos miseráveis nas cidades da Europa, o que exigiu uma reorganização das ações de caridade, exercidas principalmente pela Igreja Católica. A criação do Hospital Geral na França, acompanhado da criação da intendência de polícia, mostra uma tentativa do poder real de conter a anarquia social que se instaurava. No Hospital Geral, os pobres considerados válidos eram forçados a trabalhar, estimulados ao sustento próprio, enquanto os inválidos se tornavam moradores. Além do trabalho, os internos passavam seus dias envolvidos em práticas

religiosas. A instituição recebia também suspeitos de subversão, heresia, opositores políticos e, em sua minoria, os loucos.

As ações punitivas realizadas no Hospital Geral se justificavam por uma moralidade cristã, com a criação do ideal de caridade (TEIXEIRA, 2019, p. 542). Neste momento, a maioria das internações era feita através de carta régia, uma ordem emitida pelo rei, pela família ou por autoridades públicas. Quando entendia-se que o louco perturbava a ordem, essa carta era solicitada e ele era recolhido à instituição. Com o tempo, o internato tornou-se local destinado à exclusão de todos aqueles considerados inconvenientes, o destino dos desviantes e dos perturbadores da ordem.

Outras instituições desse tipo foram sendo criadas e se espalhando pela Europa, muitas sendo estabelecidas em antigos leprosários. A Grande Internação (FOUCAULT, 1978) é o momento em que a loucura é associada à incapacidade para o trabalho e para integração social, passando a ser considerada um dos problemas da cidade. Em certo ponto, o pobre não precisava mais ser preso, mas o louco, desajustado, perigoso e improdutivo, precisava, já que ameaçava a ordem. Pelbart (1989) aponta que:

Com o Grande Enclausuramento do século XVII, com efeito, a desrazão, dessacralizada e silenciada, perderá seu caráter escatológico e uma nova percepção poderá ordenar a loucura em função dos imperativos econômicos, éticos e jurídicos emergentes. Aí não haverá mais lugar para a desrazão, apenas para a loucura. (PELBART, 1989, p. 58)

Com o advento da Revolução Francesa, movimento de crítica e posterior abolição da monarquia francesa, o Hospital Geral se tornou alvo de questionamentos por representar o absolutismo da realeza, levando a reformas no funcionamento da instituição. Com a exigência de reformulação, a maior parte dos internos do Hospital Geral de Paris foi libertada. Esse movimento, marcado pelo nascente liberalismo burguês, abriu margem a um novo modelo assistencial, onde a grande figura de destaque foi o médico Philippe Pinel, que consolidou uma nova especialidade médica: o alienismo, criado para tratamento dos loucos já internados nos hospitais (TEIXEIRA, 2019).

O alienismo, ligado ao ideal de modernidade da França pós-revolucionária, pautado no Iluminismo, movimento que pregava a soberania da ciência sobre os outros saberes e a superação dos problemas pela razão, foi tomado como tratamento possível para as pessoas que eram vistas enquanto irrecuperáveis, cujo destino já escrito era o abandono. Desta forma, a ciência passa a ocupar o lugar antes da Igreja de cuidar dos insanos, numa tentativa de

provar a superioridade da ciência sobre a religião. Assim, com o ideal da ciência e da razão, e principalmente com a ideia de que a loucura é curável (PELBART, 1989), o alienismo tinha como objetivo a recuperação dos insanos por vias da razão, a fim de que se tornassem aptos ao novo mundo da revolução burguesa (TEIXEIRA, 2019). Dessa forma, se consolidou a ideia de uma especialidade e um local específico para tratamento dos loucos, local esse dirigido pelo novo tipo de médico.

Com a efervescência do novo projeto de cidadania universal do liberalismo, a partir das críticas à hierarquia da sociedade monárquica, onde nobres e camponeses tinham claras diferenças nos direitos e nos privilégios, no novo mundo todos seriam iguais perante a lei, tendo seus direitos e responsabilidade pelas próprias ações, consonante ao modelo de produção capitalista. Assim,

A jurisprudência do liberalismo estabelece direitos e deveres para cada cidadão. Caso ele não os cumpra, comete um desvio passível de punição. Assim, os pobres, mendigos e excluídos, antes recolhidos em massa a grandes instituições caritativas, deveriam procurar seu caminho de trabalho e sobrevivência dentro da nova ordem social através do esforço pessoal, prescindindo da caridade religiosa. Cada indivíduo era livre para agir e empreender trocas econômicas e relações afetivas e sociais. Se não o fizesse, ou se optasse por desrespeitar a lei e a propriedade, responderia criminalmente. Na sociedade liberal, a pobreza não era mais vista como condenação ou punição divina: ela era uma escolha (TEIXEIRA, 2019, p. 545).

Apesar disso, o louco continuava sendo considerado um enigma, uma vez que, por sua “natureza desviante”, não se encaixava nesse esquema. No liberalismo, o sujeito é autônomo na medida em que consegue se expressar de forma racional. Sobre isso, Castel (1991) aponta que:

[...] sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurada pela Revolução Francesa, o louco é uma nódoa. Insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de servir, não entra no circuito regulado das trocas, essa livre circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis. Ilha de irracionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam o lugar às pessoas normais e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional (CASTEL, 1991, p. 19).

Ao final da Idade Moderna, alguns pensadores começam a questionar esse encarceramento, propondo uma mudança de perspectiva: libertar o louco da massa excluída,

dando-lhe lugar específico para tratamento, propondo que se olhe para ele com lentes de conhecimento técnico, uma vez que a loucura foi sendo transformada em doença. Ao final do século XVIII e durante o século XIX, surgem asilos “terapêuticos”, e a loucura passa a ser vista como alienação mental. O médico Pinel aparecerá enquanto “figura salvadora” dos loucos, propondo sua reeducação e cura, libertando-os das correntes e colocando-os sob controle médico.

Segundo Foucault (1978), Pinel defendia a manutenção do asilo enquanto medida de segurança e vigilância, ressaltando o isolamento como forma de tratamento, o trabalho como meio de cura tendo o médico como a figura central sobre o cuidado. O médico, utilizando-se de seus poderes-saberes para produzir conhecimento científico sobre a loucura, deveria promover um tratamento que normalizasse esses sujeitos.

Embora a discussão sobre a normalidade existisse desde a Grécia Antiga, o termo só surge novamente com a Revolução Francesa, numa tentativa burguesa de estabelecer uma ordem que funcionasse como norma, baseada na ordem econômica capitalista. Dessa forma, a medicina passa a adotar também uma postura normativa, cabendo ao médico diagnosticar, curar e trazer de volta ao normal o sujeito considerado louco. Com esse modelo econômico e político, o rendimento e a saúde individual, relacionados à capacidade do sujeito de produzir de acordo com moldes capitalistas, passam a ser indispensáveis para o funcionamento da máquina e suas engrenagens sociais. Assim, o pensamento e a prática médica são incompreensíveis sem os conceitos de normalidade, patologia, saúde e doença (CANGUILHEM, 1965).

Desta forma, cabia ao alienismo a incorporação dos loucos, desde que fossem tratados e recuperados e, caso não ocorresse, deveriam ser tutelados. O manicômio se tornou sinônimo de proteção tanto do próprio sujeito como da sociedade, além de ser o local de tratamento, classificação e isolamento, em nome da ciência. A partir da nomeação de Pinel como médico-chefe do hospital de Bicêtre na França, foram iniciadas mudanças a partir dessa nova perspectiva, reorganizando o espaço e implantando ideias como o tratamento moral e uma nova abordagem dos alienados.

Assim, do hospital geral reformado nasceu o manicômio. Além disso, fundou-se a tradição psiquiátrica enquanto campo de observação e análise de fenômenos perceptíveis da doença mental. A loucura foi tomada como objeto de intervenção médica e criaram-se operações: semiologia psiquiátrica a partir do olhar do alienista que observa, uma classificação para as doenças, uma abordagem clínica que parte dos sintomas até os quadros

clínicos, uma terapêutica específica, voltada para o tratamento de causas físicas e morais da loucura (paixões descontroladas estariam na base da insanidade) (TEIXEIRA, 2019). O médico deveria se orientar pelos princípios mesmos das ciências naturais, buscando conhecimentos sólidos e empíricos a partir da descrição, classificação e prescrição de tratamento.

O tratamento proposto por Pinel considerava as causas morais as mais importantes no que se referia à loucura. Assim, o tratamento moral pineliano apostava em mudanças na estrutura do asilo, uma vez que, para ele, os alienados poderiam ser conduzidos de volta à razão por intermédio da instituição, considerada fundamental para a recuperação, por afastar os loucos do caos da vida e das percepções habituais ao submetê-los a uma disciplina severa para que confrontassem a própria loucura. Isso, aliado a um regime de trabalho, ordem, vigilância, hierarquia, rotina rigorosa e medidas punitivas faziam parte do tratamento inovador. Conforme Pelbart (1989), o asilo deveria ser um espaço perfeito, moral, racional, onde a loucura tivesse espaço para se mostrar e, por meio da força da razão presente na instituição, ser eliminada. Além disso, com as técnicas de remodelação propostas por Pinel, o tratamento moral também recomendava: o silêncio institucional, para que os delírios fossem esvaziados por si; o julgamento perpétuo, para que a culpa fosse interiorizada; a ridicularização dos loucos; e o reforço da autoridade médica (PELBART, 1989).

Esse novo tratamento baseado nas regras e preceitos do próprio manicômio tornou-se instrumento ideal de cura amplamente aceito pela Europa e, posteriormente, pelo resto do mundo. Isso fez com que o discurso científico fosse incorporado a uma base moral, onde “a moralidade foi retirada da órbita das concepções religiosas e encampada pelo discurso científico” (TEIXEIRA, 2019, p. 559). Esse movimento, que tinha como objetivo a superação da loucura pelo poder racional da ciência, acabou por legitimar e embasar a exclusão, o isolamento, a tortura.

Nesse sentido, Pelbart (1989) discorre sobre as influências da filosofia hegeliana e do tratamento moral de Pinel sobre a hegemonia da psiquiatria. Mais do que ser desarrazoado, a loucura passou a ser vista como parte do ser, interiorizada a partir da filosofia de Hegel, que a tornou parte da dimensão humana, como reflexo de subjetividade dilacerada, conflito do sujeito consigo mesmo. Pelbart (1989, p. 46) ainda acrescenta que “a loucura do louco passou a ser considerada como a loucura do homem em geral”, em dois sentidos: a loucura vista como involução, não civilizado e selvagem; e a loucura como desfecho dos males e extravagâncias da civilização. Assim, em Hegel, sanidade significa a capacidade do sujeito de

hierarquizar e organizar sua consciência, enquanto a loucura seria resultado da perda de controle do sujeito sobre essa hierarquia. Nessa perspectiva,

Chega-se assim à curiosa conclusão de que no extremo da loucura não está aquele doente completamente absorvido por sua insensatez — o idiota, aquele que coincide consigo mesmo em sua demência —, mas aquele que se exaspera por estar em guerra consigo mesmo, que não entrevê solução para o conflito entre a totalidade de sua consciência e a totalidade particular de uma determinação psíquica (PELBART, 1989, p. 52).

Assim, a partir da ideia de que a loucura é uma doença curável, ocorre uma mudança no olhar direcionado ao louco, deslocando-se a perspectiva de estranheza para o conflito interior, sofrimento consigo mesmo. Dessa forma, a medicina pôde intervir no interior do ser. Assim, a grande ruptura do século XIX foi essa interiorização da loucura, onde “a loucura não é mais vizinha, e sim refém; ao invés de ‘comunicar’ com ela, trata-se de tutelar uma palavra tomada apenas como balbúcio” (PELBART, 1989, p. 54). Com isso, é capturada pela razão, retirada da linguagem, passando a se tornar dependente de um outro para trazê-la de volta à sanidade. O louco se torna mais que um ser sem razão, insensato. Existia uma comunicação possível pois a razão nunca estaria perdida, e esse resto de razão seria a parte com a qual o alienista poderia dialogar. Assim, o alienismo assume caráter reeducativo, a fim de corrigir desvios passionais supostamente responsáveis pela insanidade usando medidas moralizantes.

E se agora a loucura está sobre a inteira tutela da razão, é por ela confiscada, é que, embora na loucura o homem possa aparecer alienado, afastado de si mesmo, a ação eminentemente moral da terapia pode desaliena-lo, libertá-lo, trazê-lo de volta à sua essência, à sua natureza, à sua verdade, novamente apto para exercer sua razão. A cura do louco está na razão do outro (MACHADO, 2001, p. 32).

Dessa forma, a psiquiatria se constituiu a partir do poder moral da figura do médico, embasada nos ideais de civilização presentes na ciência e sustentada pela força racional classificatória a que se propõe. Foucault (1978) ainda compreende que “se a personagem do médico pode delimitar a loucura, não é porque a conhece, é porque a domina” (FOUCAULT, 1978, p. 549). Ao construir a noção de doença mental, a medicina psiquiátrica se consolida como parte das ciências empíricas e racionais, tendo o poder de classificar e definir o destino de pessoas a partir de um diagnóstico baseado na observação médica. Assim, conforme Basaglia (1981):

A psiquiatria clássica de fato está limitada à definição de síndromes nas quais o doente, extraído de sua realidade e retirado do contexto social em que vive, vem

etiquetado, 'constrangido' a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica." (BASAGLIA, 1981, p. 309).

Acrescenta Pelbart (1989, p. 55): "Do estranho passou-se ao familiar, mas não nos iludamos: o familiar não gerou diálogo, porém dominação". É somente a partir do século XX que a instituição psiquiátrica passa a ser alvo de questionamentos e críticas, uma vez que começam a ser colocadas em xeque as concepções de normalidade, doença e isolamento asilar.

### 3.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Com as incipientes críticas à psiquiatria e às instituições asilares no século XX, iniciaram pelo mundo movimentos em busca de mudanças nas formas de cuidado. Segundo Amarante (1996), a noção de desinstitucionalização surge nos EUA nos anos 60 como medida para desospitalização, nascida com a psiquiatria comunitária, com críticas ao modelo centrado no hospital. Esse movimento propôs diminuição de leitos psiquiátricos, porém como medida de redução de custos, sem pensar em uma mudança de fato, ainda não colocando o manicômio em questão. Assim, conforme Amarante (1996),

Embora nascida como crítica à aplicação do modelo psiquiátrico, a desinstitucionalização, nessa versão, propicia uma ampliação do território psiquiátrico, isto é, alarga o conceito de doença para o de desvio, mal-estar social, desajustamento, anormalidade. Com isso, produz-se um efeito rebote, pois criam-se inúmeros novos serviços, especialidades e técnicas que, em uma palavra, aumentam o número de pessoas assistidas e as possibilidades de intervenção técnica, sem que os resultados terapêuticos sejam correspondentes (AMARANTE, 1996, p. 17).

Em meados dos anos 70, as ideias de Franco Basaglia passam a operar com grande força no pensamento da Reforma Psiquiátrica brasileira, inspirada em movimentos na Europa, com destaque para a Psicoterapia Institucional francesa e a Psiquiatria Democrática Italiana. A primeira, a partir da década de 1940, liderada por Tosquelles no hospital Saint-Alban, se configurou enquanto experiência de transformação da instituição, na tentativa de superá-la enquanto espaço de segregação, ocupando-se da formação de médicos e na abertura e socialização do asilo, porém ainda defendendo a preservação do espaço terapêutico (CEZAR; COELHO, 2017). A psiquiatria democrática italiana, por sua vez, tendo como principal expoente Basaglia no hospital de Gorizia, questionava o ato da simples reorganização da assistência psiquiátrica, não bastando que se criassem serviços extra-hospitalares, buscando

não somente a superação dos manicômios, mas do "conjunto de saberes e práticas, científicas e sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana" (AMARANTE, 2008, p. 56). Rompendo com experiências anteriores, o trabalho não se restringiu aos internos e profissionais, mas foi direcionado à população, trabalhando uma nova conceituação sobre a doença mental (CEZAR; COELHO, 2017).

Basaglia (1981) definia a institucionalização enquanto um conjunto de danos gerados por grandes períodos de internação em hospitais psiquiátricos, quando esses são pautados em coerção e autoritarismo. Também discorreu sobre o poder institucionalizante, caracterizado por um conjunto de mecanismos que acontecem quando

o doente, fechado no espaço angusto de sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado, pelo poder institucionalizante da reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e de restrição de si que, originalmente sobreposto à doença, não é sempre reversível (BASAGLIA, 1981, p. 250).

É a partir de Basaglia (1985) que a noção de desinstitucionalização começa a operar de forma mais significativa nas críticas, que começaram a aparecer em vários países, ao modelo manicomial de tratamento à loucura. Para ele, desinstitucionalização significava muito mais do que a saída dos hospitais, necessitando de rupturas de paradigmas para que se pudesse restaurar a complexidade suprimida pelas próprias instituições. Em sua experiência no manicômio de Gorizia, Basaglia hipotetizava que a institucionalização criava serializações e homogeneizava as pessoas que permaneciam na instituição. A tecnificação, segundo ele, fazia com que se substituísse um saber científico por outros, assim criando ideologias e crenças para justificar novos métodos de tratamento.

No Brasil, o movimento pela Reforma Psiquiátrica iniciou muito antes da homologação da Lei 10.216 de 2001, que fixou preceitos para um novo paradigma na atenção psicossocial. Movimentos sociais no mundo todo influenciaram na formação da rede de saúde mental que se tem hoje, além de questionamentos e desconstruções em relação às formas de cuidado e dos olhares sobre as pessoas em sofrimento. A década de 70 marcou a intensificação de tensões e movimentos, que não buscavam a simples modificação dos modelos assistenciais existentes ou humanizar a assistência psiquiátrica hospitalar, mas sim reformular e repensar as próprias relações da sociedade com a loucura, buscando construir um novo lugar social para ela através de práticas contra a exclusão tendo como princípios a inclusão, a solidariedade e a cidadania (AMARANTE, 2020).

Para chegar nas políticas que existem hoje, é necessário revisar por onde caminharam esses movimentos. Com a III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, ocorre a municipalização dos serviços de saúde como norteador para políticas públicas, com o objetivo de descentralização dos serviços de saúde, situando-os nos territórios. Já o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado em 1978, no Rio de Janeiro, contando com a presença de pensadores críticos da psiquiatria, como Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, Emilio Rodrigué, dentre outros, trouxe novas direções para a psicanálise brasileira e envolvimento de alguns autores com os movimentos brasileiros foram fortes influências para os acontecimentos seguintes.

Nas décadas de 70 e 80, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) já criava fissuras nas estruturas, organizando-se politicamente e ocupando espaços de discussão, articulando-se com pensadores e movimentos internacionais, ampliando debates acerca dos diagnósticos, da privatização e mercantilização da saúde, direitos humanos, poder médico, processos de exclusão, modelo assistencial e a “psiquiatrização da sociedade” (AMARANTE, 2020, p. 42). Isso, somado às Conferências de Saúde Mental, foram de grande influência para que a Reforma Psiquiátrica pudesse ocorrer no contexto brasileiro.

Destaca-se aqui o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, em 1987, que, segundo Amarante (1978), teve como eixos de discussão: 1) por uma sociedade sem manicômios; 2) organização dos trabalhadores de saúde mental e 3) análise e reflexão de nossas práticas concretas. Adotou-se o lema “por uma sociedade sem manicômios”, almejando transformações na saúde e na sociedade, livre dos asilos, exclusões e violências. Dali também se definiu o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial para pontuar um momento de reflexão e organização de atividades artístico-culturais a fim de proporcionar espaços de questionamentos e críticas aos modelos e instituições psiquiátricas. Ocuparam-se as ruas da cidade, marcando a primeira manifestação pública pela extinção dos manicômios do Brasil. Desse encontro, também foi elaborado o Manifesto de Bauru, que marcou um posicionamento e deu um passo importante ao expor que os manicômios eram resultado de uma estrutura presente em diversas formas de opressão. Este manifesto expressou uma importante ruptura na atenção à loucura, uma vez que não objetivou manter uma postura meramente reformista, mas demarcava uma posição.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão da violência institucionalizada, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é

o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada (SAÚDE MENTAL, 1987, p. 537).

Esse posicionamento, somado à articulação com movimentos internacionais e com diversos outros encontros voltados à reflexão sobre as práticas, trouxe pilares importantes para a construção de um novo modelo de assistência e cuidado à saúde mental no Brasil. A Declaração de Caracas (1990), resultado de um encontro de entidades das Américas na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, realizada na Venezuela, pontuava uma colaboração internacional pelo fim da segregação manicomial. Considerava a assistência psiquiátrica tradicional incompatível com com o cuidado em liberdade e atendimento comunitário, que desconsiderava as necessidades das populações e era perigosa aos direitos humanos. Propôs-se então a reestruturação da assistência psiquiátrica pautada em sistemas locais e ao atendimento primário, sendo necessária uma reflexão crítica acerca do papel do hospital psiquiátrico, além de pontuar que os cuidados devem respeitar a dignidade e propiciar a permanência nas redes comunitárias. Solicitava, ainda, às autoridades políticas, profissionais e usuários que apoiassem a reestruturação da assistência psiquiátrica nas Américas.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei Orgânica de Saúde (LOS), n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, se inicia um novo horizonte para as políticas em saúde no Brasil, baseadas nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, que dizem sobre um cuidado longitudinal que leve em conta todos os aspectos do sujeito (BRASIL, 1990).

Nesse processo, também ocorreu a formulação da Carta de Direitos dos Usuários de Serviços de Saúde Mental (1993), que dispõe dos direitos e deveres dos usuários, familiares e serviços, caracterizando o funcionamento de tais serviços e tratamentos. Além disso, altera a denominação de paciente para usuário. Isso implica não apenas uma mudança linguística e semântica, mas uma mudança de perspectiva e do lugar ocupado pelas pessoas que frequentam os serviços de saúde, uma vez que a palavra paciente remete a uma posição de passividade, de objeto de intervenção ao qual se estava tentando romper.

No dia 06 de abril de 2001, após mais de 10 anos de debates, e marcado pelo Dia Mundial da Saúde, é aprovada a lei nº 10.216 a partir do PL 3.657/89, proposta pelo deputado Paulo Delgado, que previa a extinção progressiva dos manicômios. Com a aprovação desta, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e

redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), mudanças jurídicas e macropolíticas começaram a se concretizar. Incidindo em modificações em nível de lei, em relação às instituições psiquiátricas, propôs-se a extinção de manicômios propriamente denominados enquanto tal, a progressiva redução de leitos psiquiátricos, a implementação em larga escala de serviços substitutivos, além de ampliação de horizontes acerca do cuidado, abrindo para a dimensão psicossocial do cuidado em liberdade e para outras formas de olhar às pessoas em sofrimento.

Nesse sentido, foram sendo criados serviços substitutivos aos manicômios, visando o cuidado no território e a substituição do modelo de atendimento hospitalar, mantendo o sujeito em contato com sua rede e comunidade. Segundo Amarante (2020, p. 22), esses modos de atuação sugeriram uma “redefinição do papel profissional dos técnicos de saúde mental e tiveram como resultado uma nova relação entre os profissionais em si e com as pessoas em tratamento”, para além da posição de doentes, mas como sujeitos históricos e protagonistas de sua caminhada.

Deste modo, Amarante (2020) considera que o processo da Reforma Psiquiátrica, além das dimensões técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, abrange também a dimensão teórico-conceitual em sua busca pelo novo lugar social da loucura. O autor descreve os desafios a esses novos serviços, como “possibilidades de rupturas fundamentais” em relação ao método biologicista da psiquiatria, ao conceito de doença mental associado ao erro e à periculosidade, à instituição asilar como recurso terapêutico e ao princípio de tratamento moral.

Percebe-se que muitos desafios ainda se colocam na atualidade no que se refere à efetiva descontinuidade de lógicas vinculadas aos modelos manicomial. Afinal, é uma tarefa difícil romper com preceitos e pré-conceitos instituídos e reforçados pela hegemonia racional e psiquiátrica. Os saberes psiquiátricos, a necessidade de diagnosticar, os conceitos de doença, normalidade e cura aliam-se a estigmas sociais e crenças excludentes, como as ideias de periculosidade e de incapacidade, que ainda circundam as pessoas em sofrimento, bem como os olhares e os cuidados que a elas são direcionados. É importante pontuar que o processo da Reforma Psiquiátrica não é linear, tendo importantes retrocessos recentes em seu caminho, como a inclusão das Comunidades Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), facilitando seu financiamento com recursos públicos; incorporação de hospitais psiquiátricos como parte da Rede de Atenção Psicossocial; criação do CAPS-AD IV;

incentivo à oferta de eletroconvulsoterapia; aumento de leitos psiquiátricos, entre outros. (PASSARINHO, 2022)

Por estes motivos, este estudo ressalta a necessidade de identificar essas lógicas excludentes que ancoram práticas, bem como a imprescindível busca por formas de cuidar que compreendam as diferenças e as singularidades, criando espaços onde seja possível produzir outros processos de subjetivação e novas relações com as pessoas em seus diversos sofrimento.

#### 4 DISCUSSÃO

A compreensão da loucura não é estática, sendo apresentada como uma construção histórica que se modificou ao longo do tempo, moldada por diferentes contextos sociais e formas de percebê-la. No século XVII, o processo de exclusão aparece através de críticas morais, tendo a loucura enquanto ilusão. Com o ideal de mundo racional do cartesianismo e a tentativa de alcançar a verdade última do mundo através da razão, a exclusão se dá pelo sujeito que duvida, conforme mostra Machado (2001, p. 29): “se eu penso não posso ser louco, se sou louco não posso pensar”, revelando a incompatibilidade entre a loucura e o pensamento, tendo como consequência o silêncio. Com a criação do Hospital Geral, ferramenta de controle da monarquia e situado no campo da assistência, de forma próxima à criação da polícia, o louco, ao perturbar a ordem, era punido com a internação. Foucault (1978) apresenta a Grande Internação enquanto movimento de isolamento dos indesejados, dissolvendo a loucura numa massa desarrazoada. Com a Revolução Francesa e o nascente liberalismo, onde o sujeito é responsável pelo próprio destino, com questionamentos ao poder real e reformulação dos Hospitais Gerais, novos horizontes são pensados para os loucos, retirados da massa e colocados em espaços para tratamento específico. Assim, na Modernidade, com consolidação do alienismo e das ciências do homem, buscando a superação dos problemas pela razão, a loucura é transformada em doença mental, interiorizada ao íntimo do ser e passível de intervenção para que fosse restaurada a parte racional, e a loucura se torna objeto do saber médico.

O isolamento e o ideal de instituição racional, sem contatos e influências do mundo exterior, contando com técnicas violentas de remodelação, se torna o destino dos loucos, uma vez que estes espaços manicomiais são respaldados por quem detinha o poder em nome da evolução da ciência. A loucura, tornando-se intrínseca ao ser e psicologizada por um longo processo de domínio, torna-se alvo de controle médico. E, nesta direção, a psiquiatria desempenha um papel crucial na captura da loucura, alinhando-a ao ideal da ciência empírica e justificando violências em favor do retorno à razão. Sendo assim, Machado (2001) argumenta que “a loucura só é objeto de conhecimento científico, na modernidade, porque foi antes objeto de excomunhão moral e social, porque foi herdeira da relação clássica da razão à desrazão” (MACHADO, 2001, p. 19).

A loucura, então, passa a ser enquadrada e descrita por campos de saber-fazer, que a categorizam em teorias e psicopatologias, limitando suas margens para torná-la minimamente

compreensível e enunciável. A normalidade, concebida a partir desses padrões de produção, coloca o que difere como um erro a ser corrigido.

Canguilhem (1965) é uma referência importante na discussão sobre as fronteiras entre o normal e o patológico. O autor contraria a concepção comteana em que saúde e doença são vistas enquanto variações quantitativas de um mesmo estado, havendo um contínuo entre elas, a saúde sendo o “normal”, o estado de equilíbrio, enquanto a perturbação deste estado seria a doença, que deveria ser interrompida para que retornasse a seu estado de normal e alcançasse a cura. Argumenta que não é a ausência de normalidade que constitui o anormal, já que o patológico também é normal uma vez que a experiência do ser vivo inclui a doença, e o patológico também seria uma forma de viver. Desta forma, se torna impossível definir o que seria o normal, e essa impossibilidade poderia significar o ressurgimento da noção de ideal e de perfeito, o que implicaria as possibilidades teóricas tanto de existir apenas doentes quanto a de eles não existirem (COELHO, ALMEIDA, 1999).

Entretanto, o normal, tomado enquanto referência ao ainda não classificado, torna-se objetivo a ser alcançado. As classificações estatísticas nada dizem, uma vez que a norma universal anula as diversidades e singularidades. O caráter patológico, para Canguilhem (1965), só pode ser definido numa relação, havendo mudanças na normalidade a depender do tempo, do espaço e de sua capacidade de lidar com o novo. Assim, objetivamente, só se poderia definir diferenças, sem valor positivo ou negativo. Destas constatações, Foucault (1994, p. 5) conclui:

Se parece tão difícil definir a doença e a saúde psicológicas, não é porque se tenta em vão aplicar-lhes maciçamente conceitos destinados igualmente à medicina somática? A dificuldade em reencontrar a unidade das perturbações orgânicas e das alterações da personalidade não provém do fato de se acreditar que elas possuem uma estrutura de mesmo tipo? Para além das patologias mental e orgânica, há uma patologia geral e abstrata que as domina, impondo-lhes, à maneira de prejuízos, os mesmos conceitos, e indicando-lhes os mesmos métodos à maneira de postulados. (FOUCAULT, 1994, p.5)

A compreensão da patologia de modo geral e abstrato, que impõe conceitos e métodos, lança luz sobre a percepção da loucura como anormal. Nesse contexto, a imposição da patologia reflete-se na forma como a sociedade encara e estigmatiza a loucura, delineando padrões normativos que a marginalizam. A loucura, portanto, é percebida enquanto desvio, algo que escapa, a desrazão em sua forma pura, no ser desprovido de palavra, que entorta as bordas do normal. Sendo assim, é tratada enquanto patológica, uma doença a ser curada, transtorno sem sujeito. Dessa forma, o olhar voltado para a loucura foi marcado por uma

abordagem técnica e normatizante, que classificou a loucura como erro, perpetuando uma perspectiva de exclusão.

Além disso, ao considerar que as diferentes maneiras de olhar estão intrinsecamente relacionadas e articuladas com práticas específicas e tipos de cuidado, esse enfoque direciona-se para ações que resultam no controle e isolamento. Assim, a questão se coloca: ao invés de se voltar para a vida, para qual finalidade direcionamos nosso olhar? Entendendo que nosso olhar produz modos de abordar a loucura, produz modos de relação com os sujeitos em sofrimento, quais as implicações de nossos olhares para com a loucura na atualidade?

Com as críticas ao modelo manicomial e através de diversos movimentos pelo mundo, a noção de loucura presente nos discursos médicos tornou-se alvo de questionamentos, abrindo debates acerca de normalidade, de institucionalização e de formas de cuidado, culminando em processos de reforma a partir das ideias de desinstitucionalização e da criação de um novo lugar social para o louco, compreendendo que, além da destruição física do manicômio, é necessário pensar em mudanças conceituais, nas formas de perceber e lidar com a loucura. Deste modo, com a proposta de reestruturação dos modelos de assistência à saúde mental pelos processos da Reforma Psiquiátrica, se compreende a importância do cuidado em liberdade, descentralizado para os territórios como fundamental para um cuidado longe das amarras impostas pelos séculos de isolamento e institucionalização. Como vimos, alguns movimentos marcam rupturas importantes com os modelos hegemônicos, como os manifestos citados (Bauru, Caracas), sendo posicionamentos de grande valor para fortalecimento dos novos horizontes acerca da loucura, marcando posições que abrangem diversas categorias, somando forças internacionalmente mobilizadas e movidas por visões de mundo e de saúde que se aproximam na luta por um projeto de saúde que busca contemplar a complexidade dos modos de viver.

No entanto, apesar de serem propostas outras formas de pensar a loucura e o cuidado, dos avanços da Reforma Psiquiátrica, das políticas públicas e das leis implementadas, ainda não parece ter sido possível superar a exclusão. As práticas de cuidado permanecem enclausuradas aos princípios e sentenças dos diagnósticos, nos quais as experiências se perdem e o sofrimento é recortado e encaixado em rótulos psicopatológicos.

Pelbart (1991) apontou que a mera erradicação física dos manicômios não seria uma solução se as estruturas e práticas que caracterizam os manicômios mentais continuassem inalteradas. A transformação significativa exige não apenas a remoção das instituições físicas, mas também uma revisão profunda das abordagens, concepções e olhares que perpetuam a

estigmatização e a exclusão das pessoas que diferem, sendo necessário libertar o pensamento da racionalidade carcerária produzida pelos séculos de isolamento.

Então, como seria possível escapar dessa posição para ocupar um lugar favorável à vida sem cair numa nova captura? É necessário cuidado para que, ao realizar uma crítica aos modelos, não se caia em uma nova modelização, em uma nova normatização (GUATTARI; ROLNIK, 2007). Também é necessário lembrar das contribuições da Psiquiatria atual na atenção à saúde mental e que aqui falamos de uma psiquiatria dominante e dominada por segmentaridades diagnósticas das experiências de vida enquanto doenças a serem eliminadas. Disto isto, retomemos a questão: quais condições se tem para abrir uma reformulação da experiência da loucura? Como romper com o olhar direcionado à loucura que só percebe o desvio e mantém a exclusão?

Oury (1991) aponta que é necessário estar “advertido”, preparado para ouvir e acolher o que surge de forma a não repetir o ciclo de exclusão e violência. Nesse sentido, Emerich e Yasui (2016) convocam a ousar:

Se ousamos no passado, devemos de continuar a ousar no presente e futuro. Ou será assim, ou nada será das mudanças que queremos. Ousarmos no fortalecimento do que conquistamos. Ousarmos criticar nosso caminho, para eventuais mudanças de percurso. Ousarmos na recusa a repetições de práticas excludentes, que tanto queremos superar. (EMERICH, YASUI, 2016, p. 213)

Amarante (1994) propõe que se coloque a noção de doença mental entre parênteses, o que não significa que não haja algo que produza sofrimentos, mas sim uma recusa em aceitar a capacidade da psiquiatria de explicar plenamente a loucura, reduzindo-a ao conceito de doença, num movimento de ruptura epistemológica ao saber médico dominante e à institucionalização e patologização de todo sofrimento humano.

Dessa forma, se compreende que a explicação universal acerca de algo remete a um reducionismo que acaba por eliminar as diferenças, uma vez que modelos teóricos gerais e universais não contemplam os fluxos singulares de vida. Necessário, portanto, que se demarque uma postura política no que se refere às práticas de atenção à saúde mental, desconstruindo posições hierárquicas de poder e abrindo brechas para que possam ser pensadas formas de cuidado múltiplas. Além disso, é importante desconstruir a ideia de cura em saúde mental, uma vez que, com ela, se produz uma perspectiva de saúde ideal que não é compatível com os processos de vida nem com as perspectivas de promoção de saúde

presentes na proposta do SUS, sendo esse um processo continuado, que considera a multiplicidade de processos de subjetivação e as instabilidades a que se está exposto no viver. Dessa forma, torna-se importante lembrar que:

Aquilo/aquele que é percebido como desvio/desviante da normalidade não é um objeto estático. Deve-se compreendê-lo em sua dinâmica, em uma perspectiva de forças, em processo de produção desejante. Aquilo/aquele que se diferencia, deseja. Não pede, necessariamente, 'tratamento' (AMARANTE, 2000, p. 50).

Neste percurso, cabe aqui uma importante digressão teórica para lembrar que a cultura ocidental teve origem e continua a se efetuar impulsionada pela busca de conhecimentos e valores verdadeiros. Deleuze (2001), inspirado em Nietzsche, considera que um fenômeno é sempre a expressão de forças que se apropriam de outras forças e, nesta direção, pode-se compreender que a trajetória da humanidade é uma narrativa dessas apropriações que levam a atribuições de significados. Para Nietzsche, o conceito de força se apresenta como impulsos à vida que delinham a realidade, sendo sempre um impulso criativo e expansivo, que busca se expressar e se afirmar no mundo. Acrescenta que uma força não pode ser isolada e compreendida independentemente, existindo sempre uma teia, um complexo de relações com outras forças, considerando a pluralidade e dinâmica entre elas. Cada corpo, fenômeno ou objeto é, portanto, uma expressão ou resultado de uma composição de forças que agem em conjunto em um momento específico, não sendo, portanto, visto como uma entidade fixa, estática ou imutável. Deleuze (2001, p. 8) complementa: “qualquer força é apropriação, dominação, exploração de uma quantidade da realidade”. A realidade é, portanto, formada a partir do jogo de forças que a enreda. Assim, “a história de uma coisa, em geral, é a sucessão das forças que lutam para dela se apoderar. Um mesmo objeto, um mesmo fenômeno muda de sentido consoante as forças que dele se apropria” (DELEUZE, 2001, p. 9).

É possível pensar a loucura nesta perspectiva das forças que operam para a produção de sentidos a partir da filosofia de Nietzsche e Deleuze. Com sua crítica à razão e ao sistema de representações, Nietzsche (2009) mostra que, ao invés de uma única verdade, há sempre uma multiplicidade de perspectivas, cada qual com uma configuração única de forças que circunscrevem a interpretação da realidade. Uma análise crítica dos valores deve abranger uma avaliação das forças que originaram sua criação: qual perspectiva ou ponto de vista fundamenta a pretensa superioridade de um determinado valor? Quais estilos de vida permitiram a emergência de forças específicas e que possibilidades de vida eles engendram?

Com isso, percebe-se que, em dado momento histórico, foram atribuídos ao conhecimento racional valores superiores à vida, como emerge na descrição da história da loucura de Foucault (1978). Dessa forma, expostas às capturas pela razão, as forças das experiências da loucura foram reduzidas ao corpo doente. O pensamento moderno racional, desdobrado em técnicas médicas, foi se tornando dominante e se apropriando das forças da loucura, circunscrevendo-a num plano de significação de onde tornou-se hegemonicamente uma doença moral. No entanto, como romper com o pensamento enraizado de valores que por séculos enclausurou a loucura em uma rede de forças e de conceitos morais imposta pela racionalidade moderna?

Considerando que múltiplas forças atuam nas produções de sentido, sendo plurais e estando sempre em movimento, para construir um outro olhar para com a loucura, talvez seja necessária uma abertura para as outras forças antes enclausuradas na concepção de loucura como doença. Esse enclausuramento faz com que tais forças sejam contidas, sufocadas e silenciadas, tornando-as invisíveis. No entanto, ainda que enclausuradas, não deixam de existir.

O invisível, nesse contexto, pode ser entendido como conjunto de forças nem sempre explícitas, mas que operam para transformar o visível. Afinal, a realidade é produzida não apenas pelo que é tangível, mas também por forças que não podem ser percebidas diretamente, sendo necessário que se criem brechas para que as forças invisíveis possam emergir, uma vez que desempenham um papel crucial na produção do visível. As forças invisíveis, potências de futuro, aparecem como dispositivo para que as sensibilidades possam aparecer, tornando visíveis forças que não são visíveis. Ao considerar as forças como impulsos de criação, Nietzsche (2008) torna possível pensá-las como possibilidades para transformações, como outros modos de expressões de existência. Conforme Deleuze (2007), a relação entre a força e a sensação é intrínseca: é necessário que uma força se aplique a um corpo para que a sensação se manifeste.

Deleuze (2007) apresenta a questão: como tornar visível o invisível? Consideramos que a ampliação do olhar para o invisível pode corresponder a uma abertura à sensibilidade, compreendendo os movimentos de uma vida e, conseqüentemente, a uma abertura de possibilidades para produzir outras formas de cuidar. A sensibilidade, abertura à vida, atenção às singularidades e devires, permite que se pense a loucura para além do já dado, compreendendo também a potência de produzir diferenças e a capacidade infinita de desterritorialização e, portanto, de saídas das clausuras do ciclo doença-cura.

Talvez a loucura seja exatamente essa condição na qual o sofrimento é o próprio exercício da liberdade de um corpo contra sua intimidade, não um sujeito adoecido ou ausente [...] mas um corpo que luta sem trégua, sem pausa, encarniadamente, contra a própria consciência de si [...] no mais 'absoluto' amor fati (AMARANTE, 2000, p. 37).

Assim, produzir formas de cuidado de forma sensível exige que se compreenda a potência das experiências de vida, levando em conta as vivências para além do sofrimento, abrindo-se ao incompreensível, ao trágico, produzindo formas de olhar que expandam as sensibilidades e que compreendam as singularidades e os movimentos. “Em lugar de um conhecimento que se opõe à vida, um pensamento que afirme a vida” (DELEUZE, 2001, p. 83).

Nesse sentido, é importante pontuar movimentos que acontecem pelo mundo e que contribuem para pensar formas de cuidado que considerem o sujeito em sua totalidade e com sua experiência. Pode-se citar, entre outros: o *recovery*, que, sendo compreendido como possibilidade de avanço para a Reforma Psiquiátrica brasileira e como resistência ao modelo biomédico de cuidado, esse movimento tem como princípios: que a pessoa em sofrimento/com transtornos mentais pode viver uma vida produtiva mesmo com seus sintomas; e a possibilidade de recuperação dos sintomas atuais (COSTA, 2017). Dessa forma, compreende um movimento de restabelecimento da experiência da loucura para além do momento de crise. No contexto do *recovery*, surge a Gestão Autônoma da Medicação, indagando a falta de informações acerca de medicamentos, a pouca autonomia dos sujeitos sobre suas escolhas terapêuticas e o desejo de usuários de construir uma vida além da medicação (SANTOS et al, 2020). Desta forma, visa a criação de espaços onde seja possível a discussão, de forma horizontal, acerca da experiência de tomar medicação e do lugar que esta ocupa em cada vida, questionando relações de poder e incentivando a autonomia e a busca por informação acerca do próprio tratamento, sendo fundamental a troca entre os sujeitos no processo. Além destes, é importante citar o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, que considera a singularidade da experiência de ouvir vozes, onde é o sujeito quem possui expertise sobre esta e não sendo necessariamente um sofrimento patologizável, onde é possível criar estratégias para lidar com as vozes de forma livre de medicação, rompendo estigmas acerca de tais experiências (KANTORSKI et al, 2017). Dessa forma, pauta-se na centralidade do sujeito e de sua experiência e incentiva o compartilhamento desta com outros.

Para tanto, não menos importante é considerar o desejo, produção maquínica que impulsiona a produção de movimentos. Guattari e Rolnik (2007) propõem

denominar desejo a todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores. Para a modelização dominante - aquilo que eu chamo de "subjetividade capitalística" - essa concepção do desejo é totalmente utópica e anárquica. [...] A questão consiste em saber se não há uma outra maneira de ver e praticar as coisas, se não há meios de fabricar outras realidades, outros referenciais, que não tenham essa posição castradora em relação ao desejo, a qual lhe atribui toda uma aura de vergonha, toda essa espécie de clima de culpabilização que faz com que o desejo só possa se insinuar, se infiltrar secretamente, sempre vivido na clandestinidade, na impotência e na repressão. (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 215).

Assim, as sensibilidades permitem movimentar-se com o desejo, abrindo espaços para outras formas de viver na diferença. Seguindo a linha de Nietzsche (2019), apenas atacando as coisas que são vitoriosas, coisas que excluem todo tipo de diferença, neste caso a instituição médica consolidada, na tentativa de manter a superfície da consciência longe dos grandes imperativos para que não se corra o risco de entender demasiado cedo, que se pense de forma menor, nas sutilezas e nas pequenezas, onde o pouco de possível possa transbordar pelo sensível, onde as margens possam se conectar ao invés de encapsular, para que as brechas encontradas pela vida se expandam cada vez mais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao problematizar o olhar direcionado à loucura, se compreende como os atravessamentos sócio-históricos estão presentes nas concepções e práticas voltadas ao cuidado. A forma de percebê-la ao longo do tempo, de forma exclusivamente técnica e privada de afetos, refletiu em práticas de encarceramento e exclusão moral, desvalorizando a palavra do louco e colocando-a como verdade inferior, escondida atrás das verdades racionais constitutivas da psiquiatria e sendo isolada em nome de uma suposta ordem. Dessa forma, a experiência da loucura é marcada pelo vazio, uma vez que a ela não foram permitidos espaços de narrativa própria, a exceção de alguns personagens da filosofia e artes. Construída através do olhar de um outro, a loucura ainda encontra dificuldades para ter espaço de expressão, uma vez que, mesmo com a extinção da estrutura física dos manicômios, estes ainda estão presentes nas concepções de mundo que atravessam as práticas, onde ainda o cuidado ainda é pautado em diagnóstico, segregação e controle. Dessa forma, a superação dos modelos de exclusão ainda não foi concretizada.

Ao colocar um parênteses na redução da loucura à doença mental, se apresenta uma ruptura com a psiquiatrização, compreendendo que não é possível e nem necessária uma explicação universal dos estados de sofrimento, sendo preciso também superar a noção de cura para que o cuidado seja feito de forma continuada, num sentido de promoção de vida e de saúde. Isso refere-se a uma postura política, uma vez que vai contra as hierarquias impostas pelo saber médico. Essa postura é cada vez mais necessária, já que a prática nunca é neutra e que os avanços obtidos após muita luta não são fixos, mas passíveis de rompimento.

É importante compreender que o estado patológico é uma faceta inerente à própria vivência, não significando que tenha papel de definição de vida, como abordado poeticamente por Providello e Yasui (2013, p. 1525): “Pode-se muito bem delirar com a voz das árvores ao se passar por um bosque, mas não existem só bosques”. Dessa forma, reduzir o sujeito ao sofrimento implica anular as múltiplas facetas da vida, desconsiderando as potências de vida.

Ao propor um cuidado sensível, se compreende que, para além de estar carregado de técnicas, é necessária abertura às possibilidades e um ouvir flutuante que não reduza ou uniformize as singularidades, mas que possa construir espaços que comportem as diferenças. Nesse processo, considera-se fundamental modificar nossos olhares para com a loucura, bem como o cuidado prestado. Olhar e cuidar da pessoa em sua complexidade e integralmente, superando a noção de um mero paciente com diagnóstico de doenças mentais, para olhar para um sujeito, com suas vivências, suas dores e seus territórios sempre únicos.

Tornar visível o invisível: abrir brechas, fissuras para que a vida aconteça, permitindo que as sensibilidades apresentem mais do que os modelos de ser já dados, onde as sensações possam abrir o olhar para além do que está explícito, permitindo que os movimentos de desterritorialização aconteçam para que possam ser criadas outras formas de viver, mais livres e autênticas, onde seja possível se desprender das capturas de forças enclausurantes.

Para isso, é necessária a constante reflexão dos profissionais de saúde mental acerca das práticas cotidianas, considerando a sensibilidade e abertura ao outro como peças-chave para a promoção de um cuidado que possa abranger a complexidade da vida, deixando-se atravessar pelo que acontece e possibilitando a criação sem um molde que a segure, além de estar atento às práticas que correm o risco de reproduzir o manicômio nas sutilezas, criando espaços onde é possível pensar no que se faz e em como está sendo feito, de forma que seja sensível, que veja a vida, as potências e possibilidades que existem para além do diagnóstico e da doença, que consigam dar espaço a formas de existência que diferem sem que se tente colocar experiências singulares abaixo da linha da curva normal.

Reafirmando o compromisso com a vida, com o desejo e com a possibilidade, sejamos ponte, não fim, movimento de conexão e transformação para/com o imprevisível, com o possível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (org). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection. 316 p.

AMARANTE, P. (coord.). **Autobiografia de um movimento**: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976-2016). Rio de Janeiro: CAPES, 2020.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. 142 p.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul/set, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 1, n. 1, p. 61–77, jul. 1994.

AMARANTE, P. (org). **Dossiê sobre o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e a crise da DINSAM**. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1978.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, F. **Scritti, a cura di F. Ongaro Basaglia**, Einaudi, Torino 1981, vol II, p. 430.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n.º 10216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CEZAR, M. A.; COELHO, M. P. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 134-151, jun. 2017.

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 13–36, jan. 1999.

COSTA, Mark Napoli. Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 9, n. 21, p. 01–16, 2017. DOI: 10.5007/cbsm.v9i21.69532. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69532>.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.

DELEUZE, G. **Nietzsche e a Filosofia**. 2 ed. Porto: Rés Editora, 2001. 170 p.

DELEUZE, G. **Francis Bacon: lógica da sensação**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 2007

EMERICH, B. F.; YASUI, S.. O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 207–216, jan. 2016.

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

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34, 1992.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2007.

KANTORSKI, L. P. et al.. Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1143–1155, out. 2017.

LANCETTI. (Org.). **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1991.

MACHADO, R. **Foucault, a Filosofia e a Literatura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

NIETZSCHE, F. **Genealogia da moral: uma polêmica**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

NIETZSCHE, F. **Ecce Homo: de como a gente se torna o que se é**. Porto Alegre, RS: L&PM, 2019.

NIETZSCHE, F. **A vontade de poder**. Tradução de Paulo César de Souza. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

OURY, J. Itinerários de Formação. **Revue Pratique** nº 1 - 1991 Pgs. 42-50

PASSARINHO, José Guilherme Nogueira. Retrocessos na política nacional de Saúde Mental: consequências para o paradigma psicossocial. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, [S. l.], v. 20, n. 49, 2022. DOI: 10.12957/rep.2022.63451. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/63451>.

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**: loucura e desrazão. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antônio. **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991. p. 129-138.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde**. Manginhos, v. 20, n. 4, p. 1515-1529, out. 2013.

RIBEIRO, J. L. P. Revisão de investigação e evidência científica. **Psicologia, saúde e doenças**. v. 15, n. 3, p. 671- 682, 2014.

ROTHER, E. T.. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, abr. 2007.

SANTOS, D. V. D. DOS . et al.. A Gestão Autônoma da Medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR). **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 170–183, out. 2020.

SAÚDE MENTAL, I. C. N. de T. em. Manifesto de Bauru (1987). **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 537–541, 2018. DOI: 10.26512/insurgncia.v3i2.19775. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19775>.

TEIXEIRA, M. O. L. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 540–560, 2019.

TORRE, . H. G.; AMARANTE, . Michel Foucault e a História da Loucura: 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 3, n. 6, p. 41–64, 2012.