



Revista Historiar

ISSN: 2176-3267

Vol. 18 | Nº. 34 | Jan./Jun. de 2026

Anna Beatriz da Silva Viotto

Graduada em Ciências Sociais / UNESP

abs.viotto@unesp.br

Luís Antônio Francisco de Souza

Departamento de Sociologia e Antropologia / UNESP

luis.af.souza@unesp.br

NARRATIVAS DA LOUCURA E INSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: Notas históricas da Colônia à Reforma Psiquiátrica.

RESUMO

Este artigo analisa as narrativas e os processos de institucionalização da loucura no Brasil, da Colônia à Reforma Psiquiátrica, a partir de uma perspectiva histórica e sociológica. O problema que orienta a reflexão é: de que modo as concepções sobre a loucura e as práticas de assistência aos considerados loucos se transformaram no contexto brasileiro, em diálogo com o pensamento psiquiátrico europeu? O objetivo é historicizar a loucura, evidenciando como os sentidos a ela atribuídos foram construídos socialmente e como as instituições destinadas aos alienados se consolidaram enquanto dispositivos de saber-poder. Metodologicamente, o estudo baseia-se em revisão bibliográfica de autores como Foucault, Amarante, Portocarrero, Oda e Dalgalarondo, além da análise de fontes documentais como os escritos de De-Simoni e Sigaud, marcos da psiquiatria brasileira oitocentista. Os resultados indicam que a trajetória da loucura no Brasil oscilou entre a tolerância jocosa e a exclusão violenta, culminando na emergência do modelo asilar no Império e sua expansão na República, até que o movimento da Reforma Psiquiátrica, a partir dos anos 1980, instaurasse uma ruptura ética com o paradigma manicomial.

Palavras-chave: Loucura; História da Psiquiatria; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Brasil.

ABSTRACT

This article analyzes the narratives and processes of the institutionalization of madness in Brazil, from the Colonial period to the Psychiatric Reform, from a historical and sociological perspective. The guiding question of this reflection is: how have conceptions of madness and care practices for those considered mad been transformed within the Brazilian context, in

dialogue with European psychiatric thought? The objective is to historicize madness, highlighting how the meanings attributed to it were socially constructed and how institutions designed for the mentally ill were consolidated as dispositifs of knowledge and power. Methodologically, the study is based on a literature review of authors such as Foucault, Amarante, Portocarrero, Oda, and Dalgalarondo, as well as on the analysis of documentary sources, including the writings of De-Simoni and Sigaud, landmarks of nineteenth-century Brazilian psychiatry. The findings indicate that the trajectory of madness in Brazil oscillated between jocular tolerance and violent exclusion, culminating in the emergence of the asylum model during the Empire and its expansion throughout the Republican period, until the Psychiatric Reform movement, beginning in the 1980s, established an ethical rupture with the asylum-based paradigm. It is concluded that madness is a historically situated social construct whose understanding requires the articulation of biomedical knowledge with a critical and reflexive approach from the Human Sciences.

Keywords: Madness; History of Psychiatry; Psychiatric Reform; Mental Health; Brazil.

Introdução¹

"Para falar da loucura, seria preciso ter o talento de um poeta, conclui Foucault" (Eribon, 1990). Esta afirmação condensa o desafio de abordar um fenômeno que escapa às categorias estritamente clínicas e exige uma sensibilidade capaz de apreender suas dimensões históricas, sociais e simbólicas. A célebre afirmação de Pascal, "os homens são tão necessariamente loucos que não ser louco seria apenas ser louco de outro tipo de loucura", ecoa a ideia, central para este trabalho, de que a fronteira entre razão e desrazão é um construto social (Foucault, 2019). No Brasil, a trajetória da assistência à loucura foi marcada por uma longa história de exclusão, que se inicia com a reclusão nas Santas Casas de Misericórdia no período colonial, consolida-se com o modelo asilar do Hospício Pedro II no Império e atinge seu ápice com a cronificação e a violência institucional nos manicômios republicanos. A partir do final da década de 1970, impulsionada por movimentos sociais e pela crítica às instituições totais, a Reforma Psiquiátrica brasileira emerge como um processo complexo de desconstrução desse paradigma, propondo a criação de serviços territoriais e substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e uma ética do cuidado em liberdade (Amarante, 2007; Tenório, 2002).

O artigo que aqui se desenvolve resulta de uma Iniciação Científica intitulada *Caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica brasileira: uma etnografia da prática cotidiana dos sujeitos em um Centro de Atenção Psicossocial situado no interior paulista*, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2023/13482-5, e desenvolvida entre agosto de 2024 e julho de 2025. A pesquisa mais ampla, de caráter etnográfico, sustentou-se em trabalho de campo realizado em uma instituição localizada em um município de médio porte do interior de São Paulo. Metodologicamente, a pesquisa, estruturou-se em duas frentes interligadas. A primeira consistiu em uma revisão bibliográfica sobre a história da loucura e da assistência psiquiátrica no Brasil, abarcando o período colonial, imperial e republicano. A segunda frente correspondeu à pesquisa etnográfica propriamente dita, realizada em um CAPS I localizado em uma cidade do interior de São Paulo. A análise dos dados foi de natureza qualitativa, buscando articular os achados etnográficos com o referencial

¹ O texto é um desdobramento da Iniciação Científica produzida com fomento à pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, sob o processo nº 2023/13482-5

histórico e conceitual. No presente artigo, contudo, concentramo-nos na etapa de elaboração histórica que fundamentou a investigação, apresentando apreciações sobre a história da loucura, da Europa Ocidental ao Brasil, até a emergência da Reforma Psiquiátrica. A articulação entre uma revisão histórica e a pesquisa etnográfica visa a iluminar os desafios contemporâneos da desinstitucionalização, compreendida não apenas como fechamento de leitos, mas como um processo contínuo de invenção de novas práticas e de desconstrução dos saberes que fundamentam a psiquiatria tradicional. A relevância do estudo justifica-se pela necessidade de uma constante reflexividade crítica sobre a Reforma, de modo a evitar que seus dispositivos se burocratizem e reinstalem, sob novas roupagens, a mesma lógica manicomial que pretendem combater.

Apoiando-se nas Ciências Sociais e na História, o estudo busca perscrutar os caminhos e descaminhos que os considerados loucos trilharam na História. Historicizar a loucura, a Reforma Psiquiátrica, os dispositivos institucionais e a práxis da atenção terapêutica aos indivíduos em sofrimento psíquico significa percorrer inevitavelmente aspectos de ordem política, social, epistêmica, ética e cultural – dimensões que se imbricam e delineiam a conformação do tecido social em seus referenciais normativos, intersubjetivos e simbólicos. Trata-se, conforme Nunes e Torrenté (2013, p. 2862), de conceber o sofrimento psíquico como "um 'enigma a ser decifrado ou questão a ser elaborada', e não como transtornos a serem corrigidos". Atribuir importância a estas tonalidades conferidas à loucura é reconhecer que o trabalho da equipe de um serviço de Saúde Mental é um compromisso ético com aqueles que são assistidos, pois "a normalidade psicológica tem pouco a ver com a adaptação sociológica à norma, isto é, aos comportamentos que são valorizados na cultura na qual vivemos" (Laplantine, 1994, p. 88).

Historicizar é conceder voz ao que foi silenciado, para elucidar a concretude do agora; é situar o ocorrido e interpretar os caminhos que nos moveram até a conjuntura atual.

Poder-se-á indagar por que motivo abordar a política de Saúde Mental no Brasil contemporâneo na perspectiva das Humanidades. Considero imprescindível determo-nos a esse questionamento para apreender a importância de pesquisas que se situam para além do campo estrito da Saúde. É urgente aprofundar as minúcias da loucura e da Reforma Psiquiátrica para além do paradigma biomédico,

trazendo à luz as dimensões extramédicas – posto que a própria prática psiquiátrica encarregou-se, como detentora do discurso sobre a loucura, a subjugar e a relegar os indivíduos afetados por desordens mentais às margens das narrativas da História: o enredo não proferido, desprovido de fala e impossibilitado de manifestação. Apesar das reformulações e inovações do *savoir-faire* do campo psiquiátrico, muito resta a ser enriquecido e, igualmente, inúmeras contribuições demandam ser incorporadas. É crucial fomentar um conhecimento à luz de uma abordagem histórica e sociológica crítico-reflexiva, que submeta à análise os cânones das explicações psiquiátricas. Para Nunes e Torrenté (2013, p. 2860), "tomando a Reforma Psiquiátrica como uma importante obra sociopolítica em curso e produtora de um horizonte ético que move muitas das práticas no nosso país, que tipo de conhecimento precisamos produzir para informá-la?". Conforme elaboram os próprios autores, "sua amplitude e complexidade requerem, sem dúvida, a colaboração de uma diversidade de teorias e de métodos" (Nunes; Torrenté, 2013, p. 2860).

Consoante aos princípios da experiência italiana de desinstitucionalização, a luta antimanicomial dissolve e excede as fronteiras do hospital psiquiátrico e preconiza a reintegração do indivíduo à sociedade, além de engendrar uma alternativa ao enclausuramento e propor o dismantelamento de toda uma lógica manicomial que se estabeleceu como fruto de séculos de marginalização da loucura. À luz dos escritos de Foucault (1999, 2008, 2019), desvela-se que a concepção de loucura é um constructo social que se transmuta nas tramas históricas; isto é, "a loucura é uma produção social histórica, mediada em grande medida por discursos, práticas e produções de representações sobre o estado de saúde mental dos pacientes" (Figueirêdo et al., 2014, p. 123). A agitação antimanicomial era antagônica às hipóteses psiquiátricas tradicionais e reconhecia a necessidade da elaboração de um recurso terapêutico humanizado, em contraposição à perspectiva proposta por Philippe Pinel em seu *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, de 1801, sistematizada em dois princípios – disciplina e isolamento – que, junto à repressão como ferramenta primordial para a regulamentação da conformidade à moral e aos bons costumes, regiam as internações. Como observa Laplantine (1994, p. 86), "quanto à psiquiatria clássica, ela tem tendência a pensar que, se os indivíduos de uma sociedade podem tornar-se doentes, as sociedades são sempre normais". É nessa conjuntura de conversão

de compreensões acerca da loucura que o designado louco se transfigura em cidadão, percebido pelo corpo social enquanto tal – nos horizontes das conceituações, embora a realidade concreta ainda persistisse em relegá-los.

Outrora, a loucura manifestava-se como o aquém da razão, a condição de um ser exótico, esdrúxulo, perturbado ou que se despojou de sensatez – e foi este arcabouço teórico ocidental que a Reforma Psiquiátrica ousou contestar: o interno dos hospitais psiquiátricos passaria a ser assistido na qualidade de um indivíduo com transtornos psiquiátricos e um legítimo possuidor de direitos, consoante aos preceitos legais. As críticas dirigidas pelo movimento antimanicomial ao paradigma biomédico-psiquiátrico empreendido nos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios reverberaram como um alerta à sociedade: em tais ordenamentos espaciais os indivíduos subsistiam à margem da dignidade, na adversidade e em cenários degradantes, com recursos aquém do mínimo necessário à sobrevivência. Alertava-se, também, para a cisão progressiva com os princípios éticos e valores universais, à luz de intervenções terapêuticas alheias à promoção do bem-estar. É neste enquadramento, e no fervor da mobilização pela redemocratização no Brasil, que se estrutura e se solidifica o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Estas argumentações conformaram e delinearam, portanto, o ponto de partida da presente pesquisa: aprofundar-se nos contornos e nos labirintos da loucura.

As fronteiras da loucura: as percepções de sofrimento psíquico na História

É possível depreender que os loucos, alheios às suas deliberações, constituíram-se como um conglomerado alegórico conformado em uníssono: é louco e tão somente louco. Conquanto possa parecer contraditório, é admissível afirmar que se apresentava, na prática, uma cisão: julgava-se um louco em intensidade de desvario descomedida, outro louco em intensidade diminuta; as loucuras, ainda que concatenadas na desrazão, eram compartimentalizadas, à proporção que "conforme o diferente estado mental dos homens, uma mesma representação atua sobre a sensação com graus inteiramente distintos" (Kant, 1996, p. 91). Contudo, sumária e substancialmente, eram todos loucos. À luz das observações kantianas (1993), o juízo outorgado ao desatino conduziu os loucos à censura sarcástica. O delineamento teórico que desejo salientar constitui-se no engendramento de significação e sentido de doença mental que Kant traz à luz em

seu ensaio. No enunciado que lhe é respectivo, destaca que "chamei de doenças mentais as fraquezas da faculdade de conhecimento, assim como se chama o desvirtuamento da vontade uma doença do coração" (Kant, 1993, p. 95). É deste prisma que ampliamos os limiares das concepções de saúde-doença e atingimos o discernimento de que os saberes da Saúde Mental constroem-se também para além dos contornos da Psiquiatria; isto em virtude de Kant situar-se na Filosofia alemã do século XVIII, e não em um contexto da Medicina. Conjecturando com base nesta perspectiva exterior ao saber biomédico, insisto na proficuidade da produção acadêmica que se estenda a outras áreas do saber.

Redirecionando-nos às considerações acerca da loucura no transcorrer dos séculos, e conforme o emprego do termo "doença mental" por Kant, é oportuno apontar a tônica fulcral deste capítulo: aquilo que, enquanto discurso, se pactuou designar como loucura não se verificou na totalidade da História. O desatino não se deslocou em arranjos invariáveis no decurso das sociedades; uma atmosfera particular de cada tempo e espaço mostrou-se presente, isto é, a condição de ser louco foi produzida nos múltiplos contextos sociais. Ao circunscrever os contornos da normalidade, nomeia-se aquilo que se projeta na exterioridade; aquilo que é extrínseco, ou, em outros termos, o louco é um estrangeiro. Considera-se, no saber popular, que um estrangeiro é um outro que não está vinculado a outra tessitura social, senão a sua própria. O louco é um estrangeiro da sociedade normal que vagueia pelos logradouros e passagens, sem jamais pertencer a eles – até o ensejo da institucionalização destes corpos em ambientes conformados para a intervenção psiquiátrica. Pode-se enunciar que este movimento de encerramento dos loucos paralelamente se ocupou de uma dinâmica de embelezamento das urbes: os anormais eram disformes e desprezíveis, deturpavam e desfiguravam as cidades europeias em ascensão; o desatino era incompatível com o progresso. Ao enclausurá-los em hospícios e manicômios, circunscreve-se o estrangeiro em um meio em que o desvario deixa de ser estrangeiro; converte-se, assim, em um ente endógeno, autóctone, um nativo.

A disposição em apartar os perturbadores da ordem social em momento algum se propôs a curar as moléstias que incidiam sobre seus corpos; tencionava-se, em contrapartida, distanciá-los das urbes em ascensão, que aspiravam à veiculação de uma aparência de ambiente simbolicamente ideal para habitar – concepção que incidia, por conseguinte, na idealização de um cidadão padrão para

aquela sociedade. Aqueles não situados no espectro do permissível eram relegáveis. Evadir-se à norma era um prenúncio das práticas terapêuticas desumanas aplicadas nas instituições destinadas aos disformes. O encerramento delineia-se, destarte, menos por uma orientação biomédica e mais como um dispositivo moral e econômico: principia-se, neste íterim, um empenho em controlar a desordem social e firmar uma ética do trabalho que se incorporava a uma lógica produtivista. Nesta atmosfera, o desvario se desorienta e se extravia de seu estatuto de contrarrazão, reduzindo-se à ausência da razão e imbricando-se a uma racionalidade que o exila ao tecido do silêncio. Ser louco é ser banido. O louco, no medievo, era espelhado simbolicamente nos bufões da corte; compunha uma incumbência de desenfado, era aquele que entreteinha e assumia os contornos da galhofa. Não obstante, neste período instaura-se um entrecruzamento entre a loucura e a religião, à proporção que a Igreja, à época, se apropria de poderio e ingerência na tessitura social, mormente na prescrição de convenções sociais. O credo, no dogma religioso, constituía-se na singular expectativa de cura dos anormais. No que tange à lepra, Foucault (2008, p. 6) enuncia que, "se se retirassem os leprosos do mundo e da comunidade visível da Igreja, sua existência no entanto é sempre uma manifestação de Deus, uma vez que, no conjunto, ela indica sua cólera e marca sua bondade". O olhar sobre a loucura reveste-se aqui de uma dupla roupagem: ainda que se conforme como um entretenimento à sociedade medieval, era, não obstante, o outro que se fixava às margens – e, à guisa deste retrato, traçava-se uma conduta de exorcismo. Ainda que a Nau dos Loucos escoltasse os lunáticos a outras espacialidades, os insanos figuravam como elementos recorrentes no plano de fundo da tessitura social medieval em suas cidades-comunidades (Silveira; Braga, 2005). Ao cabo do percurso da Idade Média, há a minoração da lepra e, isto posto, os leprosários se esvaziam: "às margens da comunidade, às portas das cidades, abrem-se como que grandes praias que esse mal deixou de assombrar" (Foucault, 2008, p. 3), ao passo que "estranho desaparecimento, que sem dúvida não foi o efeito, longamente procurado, de obscuras práticas médicas, mas sim o resultado espontâneo dessa segregação e a consequência, também, após o fim das Cruzadas, da ruptura com os focos orientais de infecção" (Foucault, 2008, p. 6). Destarte, no desfecho do século XV, as doenças venéreas sobrevivem e "sucedem a lepra como por direito de herança" (Foucault, 2008, p. 7), pois "se os leprosos têm direito mais antigo de se instalar

nesses lugares 'segregados', são poucos numerosos para fazê-los valer; os atingidos pelas doenças venéreas, um pouco por toda parte, logo ocupam-lhes o lugar" (Foucault, 2005, p. 8). Quando da conclusão do medievo, a loucura sobrechega nos limiares do ideário europeu, à proporção que "é que ela simboliza toda uma inquietude, soerguida subitamente no horizonte da cultura europeia, por volta do fim da Idade Média" (Foucault, 2008, p. 14); nesta atmosfera, "a loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens" (Foucault, 2008, p. 14).

O medievo outorga à loucura um posto nas lacunas das obsessões; a Renascença outorga a ela um apanágio: o desvario delineia-se em todos os contornos da malevolência do homem, nas reentrâncias das veredas da perversão. O desvario transmuta-se em uma vitalidade da racionalidade: é como consequência de si que a razão se desvela e se vangloria de seu sobrelevar. A insanidade insinua-se na condição de uma força vital à razão. A vivência clássica da loucura, em suas pisadelas, desnuda-se pouco a pouco: trata-se do "Hospital dos Loucos incuráveis onde são deduzidas com exatidão todas as loucuras e doenças do espírito, tanto dos homens quanto das mulheres, obra não menos útil quanto recreativa e necessária à aquisição da verdadeira sabedoria" (Gazoni, 1620 apud Foucault, 2008, p. 42). O ano de 1656 determina no calendário a criação do Hospital Geral na França – Hôpital de la Salpêtrière ou Pitié-Salpêtrière. Conquanto se manifestassem locais concebidos à exclusão e orientados à segregação dos lunáticos no Renascimento e no medievo, é tão somente no momento de deslocamento para os períodos Moderno e Contemporâneo que se exacerba a prática de marginalização da loucura (Araújo; Sugizaki, 2024). É nesta atmosfera que se acentua uma conduta institucionalizante no tratamento do desvario: há, nesta altura, o embrião dos hospícios e manicômios e a gênese do que viria a designar-se como doença mental.

Poder-se-á, erroneamente, supor que se vigiou a loucura até o século XVII para, nesta altura, enclausurá-la. Todavia, é fato que é neste panorama secular que se principiaram suas internações, instaurando parentescos àqueles que entrecruzavam a experiência clássica do desvario. Aflora-se, na Idade Clássica, uma punição ética àqueles que se viam permeados pelas veredas do ócio e pelos labirintos da loucura: a internação constitui-se em uma elaboração própria do

século XVII. É possível salientar que, à época, "o internamento não tem nenhuma unidade institucional além daquela que lhe pode conferir seu caráter de 'polícia'. Está claro que não tem mais nenhuma coerência médica, psicológica ou psiquiátrica" (Foucault, 2008, p. 103). O desatino transmuta seus contornos, retira-se do campo dos espectros fantasmagóricos e opera um extravio da dimensão natural da racionalidade: "o desatino começa a ser avaliado segundo um certo distanciamento da norma social" (Foucault, 2008, p. 104), e "o homem desatinado é uma personagem concreta tomada num mundo social real, julgado e condenado pela sociedade de que faz parte" (Foucault, 2008, p. 104). Foucault (2008, p. 249) enuncia que "o internamento não visa tanto suprimir a loucura, ou escorraçar da ordem social uma figura que aí não encontra lugar; sua essência não é conjunção de um perigo" e, ademais, que "o internamento não pode ter por finalidade outra coisa que uma correção [...]. O internamento desenha, na superfície dos fenômenos e numa síntese moral apressada, a estrutura secreta e distinta da loucura" (Foucault, 2008, p. 249). Nos séculos XVII e XVIII, a Medicina não se delineava em uma unidade coerente, como viria a ser posteriormente; contudo, é na Idade Clássica que a cura traça sua significação: a de suprimir a doença em sua completude. O século XVIII "antecipava estranhamente, em relação àquilo em que iam transformar-se na época seguinte, os temas diretores da reflexão sobre" (Foucault, 2008, p. 373) a loucura, pois "quando se falar agora de um homem louco, será designado aquele que abandonou a terra de *sua verdade* imediata, e que se perdeu" (Foucault, 2008, p. 377, grifos no original).

O estatuto de objeto é, destarte, incumbido compulsoriamente àqueles que são declarados como personagens das veredas da alienação mental. Na emergência da Psiquiatria, no século XIX, surge a dicotomia doente-médico, associação em que o louco se vê subjugado ao médico da mente, detentor por excelência do conhecimento do outro e o único que detém a aptidão para promover o reestabelecimento da psique (Frayze-Pereira, 1984). Esse enquadramento de fragmentação simbolizava precisamente a "sinistra divisão entre aqueles que estão autorizados a saber (os especialistas) e todos os demais homens (os não-especialistas)" (Frayze-Pereira, 1984, p. 94), pois "o que constitui a cura do louco, para Pinel, é sua estabilização num tipo social moralmente reconhecido e aprovado" (Foucault, 2008, p. 474, grifo nosso). O asilo pineliano opera convergindo em "um lugar de sínteses morais onde se apagam as alienações que nascem nos

limites exteriores da sociedade" (Foucault, 2008, p. 489) por três meios: o silêncio, o reconhecimento pelo espelho (a loucura verá a si própria, sendo, no silêncio, humilhada) e o julgamento perpétuo (a loucura, ao reconhecer-se no silêncio e em sua imagem refletida, julgará a si mesma). Para tanto, "a loucura será punida no asilo, mesmo que seja inocentada fora dele" (Foucault, 2008, p. 496). Nas adjacências da loucura, amontoaram-se instituições e, não obstante, parcelas de indivíduos fascinados pelo desatino, fosse por quais fins fossem: a cura ou a exclusão, vigiar ou reprimir, ou porventura embelezar a cidade. "O médico [...] não tinha lugar na vida do internamento. Agora ele se transforma na figura essencial do asilo. Ele comanda a entrada no asilo" (Foucault, 2008, p. 497), ao passo que "se a personagem do médico pode delimitar a loucura, não é porque a conhece, é porque a domina" (Foucault, 2008, p. 498). Da Idade Clássica à Modernidade, a loucura é acolhida por Foucault em uma atmosfera em que a razão se manifesta em uma perspectiva normativa de uma obra social e histórica, o que explicita "que o julgamento 'X é um sintoma mental' pressupõe implicitamente que as ideias, conceitos ou crenças do paciente são comparadas com as do observador e da sociedade em que ambos vivem" (Frayze-Pereira, 1984, p. 23). Essa construção de um saber específico destinado à terapêutica do desatino inscreve-se no interior de um saber-poder – até o final do século XVI, sabedoria e loucura eram circunvizinhas; todavia, em pouco tempo essa concepção é subtraída do corpo social para conceder espaço ao saber psiquiátrico adentrar as representações coletivas de uma sociedade burguesa nascente, fundamentada no racionalismo moderno. Trata-se de um saber-poder que decreta não unicamente a existência cotidiana dos loucos, mas, igualmente, os dispositivos de disciplina e a regulação da verdade psiquiátrica no que diz respeito à doença mental. A loucura, doravante, é desvio, e a normalidade, padrão.

O papel do médico passa a encarnar uma relação de poder bastante específica: aquela que, no ato mesmo da sua aplicação, produz a verdade da doença. A institucionalização da loucura, pois, serve como artifício espacial que garante a existência de um território de exposição-expressão, e conta com um poder que se faz presente para melhor conhecer; e melhor conhecer, para melhor tratar (Sander, 2010, p.383).

No final do século XIX, a psiquiatria já havia se consolidado enquanto área da medicina e era por seu intermédio que se normalizavam e padronizavam os

indivíduos desviantes; com a chegada do século XX, a situação era empregada mundo afora. Por consequência, à época, a função dos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios resumia-se a um ambiente destinado ao diagnóstico e à classificação, fundamentando-se na aplicação do método de Philippe Pinel, pautado em dois aspectos – disciplina e isolamento – que, junto à repressão como ferramenta primordial para a regulamentação da conformidade à moral e aos bons costumes, regiam as internações. Para Michel Foucault (1990, p. 127), neste momento:

As relações de poder constituíam o a priori da prática psiquiátrica. Elas condicionavam o funcionamento da instituição asilar, aí distribuíam as relações entre os indivíduos, regiam as formas de intervenção médica. A inversão característica da antipsiquiatria consiste ao contrário em coloca-las no centro do campo problemático e questioná-las de maneira primordial.

Desponta a clínica e o poderio psiquiátrico, se quisermos pensar em Foucault (1988; 2006). Conduzindo-se nos meandros da *Nosologie de Sauvages* (1761) à *Nosographie* de Pinel (1798), o que se evidencia é que o dispositivo classificatório da sintomatologia e da patologia governa não apenas a teoria médica, mas também sua práxis, converte-se em sua lógica. Indaga Foucault (1998, p. 2): "mas, como se formou esse direito que se apresenta como imemorial e natural? Como pode esse lugar, em que se assinala a doença, soberanamente determinar a figura que agrupa seus elementos?". A Medicina aflora o perscrutar das mazelas em um caminho tangível nas manifestações corpóreas; o que se observa enquanto indício palpável é o que se dispõe como distúrbio. Este saber médico do século XVIII, que conforma as patologias deste modo, sobrevém em um experienciar histórico em contraste com o saber filosófico. Aquele nos exhibe o que nosso olhar tateia e sopesa a experiência patológica em um plano instantâneo, despossuído de profundidade. A cura, nesta atmosfera, transcorre da cognição consentânea das morbidades; a Medicina encaminha sua observação às lacunas, àquilo que nomeia uma moléstia e não outra: "a percepção da doença no doente supõe, portanto, um olhar qualitativo; para apreender a doença é preciso olhar onde há secura, ardor, excitação, onde há umidade, ingurgitamento, debilidade" (Foucault, 1998, p. 13). A Medicina inscreve-se na tessitura social enquanto enunciadora legítima da verdade patológica; seu discurso transmuta-se em um saber-poder e ela narra a história que lhe diz respeito. Aquilo que outrora se definiu

na função de uma prática clínica metamorfoseia seus contornos. Em momentos pretéritos, no princípio da humanidade, a Medicina se externava em um liame entre a enfermidade e sua atenuação: "os locais terapêuticos que eram conhecidos eram, em primeiro lugar, a natureza, pois ela era a forma visível da verdade [...]. As prescrições dadas pelos médicos eram portanto a viagem, o descanso, o passeio, o retiro" (Foucault, 2006, p. 443). Hipócrates sobrevém e baliza o saber da Medicina em um sistema: desloca-se a "desvendar o princípio e a causa de uma doença através da confusão e da obscuridade dos sintomas; conhecer sua natureza, suas formas, suas complicações; distinguir, no primeiro golpe de vista, todas as suas características e diferenças" (Foucault, 1998, p. 99) e a "separar, por uma análise rápida e delicada, tudo o que lhe é estranho; prever os acontecimentos vantajosos e nocivos que devem sobrevir durante o curso de sua duração; [...] aumentar ou diminuir, de acordo com a necessidade, sua energia" (Foucault, 1998, p. 99).

Colônia: o *lunático* cômico e o *louco* irrequieto

Enluado, aluado, doudo, desassisado – que se opõe a *sisudo* – e *lunático* eram vocábulos que permeavam a tessitura social no Brasil Colônia na caracterização de um louco, ou, não obstante, daqueles que dispunham dos desígnios dos acessos de loucura. Para Arruda (1985, p. 13, grifo nosso), "o *louco* ainda era uma figura que estava mais para o excêntrico e o exótico, objeto de irrisão e tolerado como o bufão da cidade ou o vagabundo". À época e até o século XVIII, não se encontravam saberes médicos destinados a esses indivíduos, tampouco ambientes específicos para a terapêutica destes alienados. A sociedade se achava nos meandros das investidas para deslindar, então, um lugar para a loucura. Em casos em que o *lunático* não ensejasse malefícios e inconveniências à convivência, isto é, fosse rotulado como inócuo, assumia os contornos de tão somente um ser corpóreo cômico e ridículo aos olhos da sociedade: o *aluado* constituía-se na perspectiva de um divertimento, um ser transmutado em irrisória caricatura burlesca. Todavia, este projeto não contemplava os mais irrequietos e desequilibrados, que viam seus corpos propelidos às prisões. A rigor, por conseguinte, as figuras dissonantes à sociedade fruíam da exclusão do corpo social, assenhoradas em cenários nos quais não exprimissem um prenúncio de ameaça à ordem e à norma.

(...) aqueles que pertencem a famílias abastadas ou são objeto da caridade vivem pela maior parte isolados em quartos fechados, vigiados, alimentados e tratados, principalmente quando são atacados de monomania com delírio, ou idiotia, ou paraplégicos. Neste caso não fica a humanidade em falta com estes desgraçados, mas em desforra a sua presença é um fardo penoso, uma vizinhança incômoda e às vezes insuportável para os vizinhos, e a reclusão a que são condenados em aposentos pequenos e pouco arejados (tornam?) quase sempre ineficaz o curativo. (...) àqueles que circulam livremente pelas ruas, e que embuçados em grotesco andrajos excitam as risadas dos viandantes, e provocam apenas um sorriso de compaixão de envolta com a torrente de grosserias injúrias e ridículos epítetos com que são amorfinados" (Sigaud, 2005, 559-60)

Império: o louco encerrado

Publica-se em setembro de 1839 na *Revista Medica Fluminense* o artigo *Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados*², de Luiz Vicente De-Simoni, médico brasileiro. Nos desígnios próprios do autor, "de todas as moléstias a que o homem é sujeito nenhuma há cuja cura dependa tanto do local em que é tratada, do que a loucura" (De-Simoni, 2004, p. 142). Rememoremos Pinel em seu *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, de 1801: é possível delinear contiguidade às manifestações escritas de De-Simoni, que enuncia, 38 anos após Pinel, que:

Sem o isolamento, a tranquilidade, o silêncio, quando eles são precisos; sem as convenientes separações dos loucos em classes, segundo o gênero, e espécie de alienação mental; sem o trabalho, as distrações, a ventilação, os passeios, os banhos, as emborcações; sem meios próprios de efetuar tudo isso, e conter sem barbaridade os furiosos no seu delírio, sujeitando-os docemente ao tratamento que lhes pode ser útil; sem uma grande atenção e cuidado todos dedicados a esta classe de doentes, é quase impossível obter-se boas curas, e com facilidade" (De-Simoni, 2004, p. 142).

De-Simoni manifesta, adicionalmente, que:

Em geral, quando os estabelecimentos são tais que não permitem a aplicação do tratamento físico, e moral, o da verdadeira Medicina psiquiátrica, e que o médico vê-se obrigado a restringir-se a um tratamento puramente físico, e este mesmo imperfeito, a arte pouco tem a esperar dos seus socorros, e pouco a gloriar-se dos resultados felizes que a eles se seguem (De-Simoni, 2004, p. 143).

² Foi publicado originalmente na *Revista Medica Fluminense*, a edição que utilizo neste trabalho foi republicada na *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental* em 2004, tão somente com atualização ortográfica do texto, entretanto preservando a sintaxe.

É possível depreender que o pensamento europeu no que tange à Psiquiatria havia sido trasladado ao Brasil; isto, em grande medida, porque o ensino médico sucedia-se majoritariamente na Europa até 1808, ano em que se dá o engendramento da primeira universidade brasileira: a Escola de Cirurgia da Bahia. De-Simoni (2004, p. 143) desdobra neste artigo o argumento de reforma, indicando que "em muitos lugares a reforma tem sido uma verdadeira criação, e estabelecimentos novos, especialmente destinados para doidos, têm sido edificadas aonde o que existia não era suscetível de melhoramentos". É curioso sopesar que, à época, se atentava para a concepção destas instituições à guisa de uma reforma, reflexionando que o encerramento dos loucos nestes ambientes ostentava uma espécie de renovação do espaço – tanto tangível quanto no ideário social – no que diz respeito à cura. Curioso, ainda, sopesar que pouco mais de um século volvido, a reforma na Saúde Mental desvela novos sentidos: reemerge sob uma perspectiva de reestruturação do Sistema de Saúde e da luta pela legitimação do alienado enquanto cidadão. Todavia, regressemos, por ora, a atmosferas pretéritas.

O louco, de forma descontínua, conduziu-se na História do Brasil: ora uma personagem ridícula e burlesca, ora uma presença que cortejava um espaço; ora um divertimento, ora tormento à tessitura social. Todos os caminhos conduziram os lunáticos à doença mental. À semelhança da *História da Loucura* de Foucault (2008), as acepções no que tange ao desvario transmutaram-se no volver dos cenários sociais: ora distração, todavia, logo tormento àqueles contornados pela sanidade; ora permeado por apreciações dissociadas das elucubrações científicas, ora apoderado pelo saber-poder biomédico advindo do alienismo europeu. O que é ser louco no Brasil? É uma inquirição demasiadamente abrangente; contudo, arrisquemo-nos a perscrutar sumariamente os meandros da alienação no país.

O desvario é esculpido social e historicamente no cenário social – em um zigue-zague nos entremeios da normalidade e da anormalidade. Destarte, poder-se-á sopesar que a própria terapêutica e a aceção de cura são esboçadas nestas facetas da tessitura societal; no Brasil não se daria de modo dissemelhante. Presumo que, a esta altura, seja factível enunciar que, se o trânsito dos loucos pela História Geral se deu como uma exteriorização das significações insinuadas pelo

corpo da sociedade, pode-se sopesar que o Brasil assimilou esta óptica na terapêutica em seus principais panoramas históricos – Colônia, Império e República. Este prisma sucedeu-se no transladar dos séculos de forma contínua, quicá processual. Quando ainda constituía colônia portuguesa, mormente no século XVII, o Brasil não firmava um tratamento ou acomodava uma assistência social inclinada àqueles que eram marginalizados e excluídos da sociedade à época – fossem estes loucos, indígenas, escravos ou colonos (Silva; Holanda, 2014). A datar de 1665, fora titulado um Cirurgião-Mor com o intento de inspecionar o que se delineava como as urbes daquele tempo e, nesta definida conformação, encaminhou-se o volver do século subsequente. Esta atmosfera se reinscreve em outros ares na chegada da Corte e de D. João VI, em 1808, momento em que Portugal fora penetrado pelas tropas de Napoleão Bonaparte. É nesta conjuntura que se inscreve a concepção das primeiras escolas direcionadas não tão somente à educação médica – a saber, a Escola de Cirurgia da Bahia em 1808 e a Academia Imperial de Medicina em 1829. Também em 1829 erige-se a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, firmada no paradigma alienista francês de Pinel e de seus discípulos – rememoremos que o alienismo delineava-se no "tratamento caracterizado por ser fundamentalmente asilar, tendo no isolamento a possibilidade de tratamento para a periculosidade do louco" (Silva; Holanda, 2014, p. 128, grifo nosso). O alienismo sinaliza o que se designa como idealização moderna do desvario – essencialmente imbricado ao Iluminismo e à Revolução Francesa, de 1789-1799. O asilo se propôs tanto a isolar e examinar os comportamentos quanto a vigiar e tutelar o louco, que assim se designava por desordens morais e até mesmo passionais; sopesava-se, à época, que "o princípio regulador de um estabelecimento de alienados não pode ser igual ao princípio regulador de um hospital para enfermos de outras moléstias" (De-Simoni, 2004, p. 155).

Ainda no volver do Império, instalou-se no Brasil o primeiro hospício. A atmosfera que aquiesceu este projeto delineou-se em uma dupla movimentação, ambas no ano de 1839: primeiro, a publicação do artigo *Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados*, de Luiz Vicente De-Simoni, e, segundo a propagação de uma campanha com o slogan "Aos loucos, o Hospício", por José Clemente Pereira, político brasileiro e provedor da Santa Casa de Misericórdia. É imprescindível trazer à tona

que, à época, os loucos eram enclausurados em prisões, nos porões das Santas Casas ou nos Hospitais Gerais. A Santa Casa de Misericórdia "concentrava todas as obras de assistência, abrangendo o atendimento nos hospitais, a assistência aos presos pobres, a coleta de doações de esmolas, a concessão de dotes às órfãs pobres, a criação de crianças abandonadas, os serviços funerários" (Lima, 2009, p. 2). Sopesava-se que "a necessidade de um manicômio, ou estabelecimento especial, unicamente destinado ao tratamento dos doidos, só pode não ser sentida por quem não reflete sobre o que é a loucura, e sobre a natureza dos meios com que pode e deve ser curada" (De-Simoni, 2004, p. 156); isto é, ao se refletir acerca da loucura, emergia o discernimento de que era substancial a construção de um lugar destinado às mazelas da mente e a compreensão de que "é preciso não só conservá-los em um local apropriado, mas também que esse local seja separado, e até afastado de outros estabelecimentos, que possam ser prejudiciais aos alienados, ou ao método de seu tratamento" (De-Simoni, 2004, p. 156). A nascente Medicina requeria e postulava um espaço no ideário social e incumbia-se de uma contenda com a Igreja – rememoremos que a Igreja sistematizava as terapêuticas neste período. O alvoroço fora outorgado pelo Império e concebeu-se, destarte, o Hospício Dom Pedro II, fundado em 1841 e inaugurado em 1852, anexado à Santa Casa do Rio de Janeiro. A discordância quanto à gestão da loucura na Santa Casa dava-se pois era basilar "ter na sua direção o poder médico, para poder contar com uma organização embasada por princípios técnicos [...] mas também para que o hospício se torne um lugar de produção e conhecimento" (Amarante, 1994, p. 75). À época, depreendia-se que "o indivíduo que tem a desgraça de ficar louco, perde imediatamente quase todos os direitos civis e políticos; as leis lhe tiram toda a faculdade ativa de cidadão" (De-Simoni, 2004, p. 157). Não obstante, enxergava-se que:

Daí à humanidade, ao Brasil, à capital do Império um estabelecimento próprio para esse fim: criai um manicômio onde o doido lançado fora do seio da sua família, se ache ainda no da dos homens, da dos cristãos, da dos seus patrícios: não espereis que tudo faça a Santa Casa (De-Simoni, 2004, p. 159).

República: a crise na Saúde e a humanização

Redirecionando-nos às considerações acerca da loucura na República, é tão somente no ano de 1946 que, na Legislação, se acha um alvorecer da

interiorização e regionalização da assistência em Saúde Mental – o que, ulteriormente, delinearía um dos intentos do Sistema Único de Saúde. Conforme percebido, o movimento primeiro de assistência à loucura esculpia-se numa tônica de encerramento nas grandes urbes. O desatino não caminhou em cenários fixos pela História; a atmosfera singular de particulares temporalidades e espacialidades produziu os limiares do ser louco. A clausura em hospícios circunscrevia a problemática do higienismo em um espaço longínquo à beleza. Erguem-se muros para conceber uma cisão daquilo que é digno de desencadear a mobilização de interesse e daquilo que é indigno de tornar-se objeto de interesse. É possível delimitar que, ao encerrar-se o século XIX, o paradigma biomédico logra para si a preeminência do conhecimento no que tange às mazelas, tanto corpóreas quanto mentais. Este saber preconizava, sobremaneira, a acepção de que as patologias que diziam respeito à mente se achavam no cérebro, por efeito de anomalias orgânicas propiciadas pela hereditariedade, sobretudo. É nesta atmosfera que o Hospital Pedro II é renomeado para Hospício Nacional de Alienados, em 1890 – momento que demarca uma substituição da Igreja pelo Poder Público na condução terapêutica dos loucos (Sidrim, 2010). É verossímil depreender que, na maior parte da História do Brasil, "a todos aqueles que, mesmo 'conscientes e orientados', são improdutivos devido a problemas psíquicos" (Portocarrero, 2002, p. 106), a loucura achou-se concatenada à feiura das urbes – ainda que, até 1830, seu trânsito pelas cidades fosse irrestrito. Com o advento da urbanização, correm nos discursos "maiores pressões sociais exigindo restrições à livre circulação dos chamados alienados [que] parecem ter surgido como decorrência do processo de urbanização e da consequente necessidade de manutenção da ordem das cidades em crescimento" (Oda; Dalgallarrondo, 2004, p. 129).

Inclinando o olhar ao discurso manicomial, seu principiar se dá com a transmutação da loucura em objeto do discurso científico; o desvario transmuta-se em um fundamento da racionalidade, mormente na segunda metade do século XIX. Como consequência disto, emergem as agitações de contestação à acepção de cura que fora empreendida e à própria noção de loucura. A datar do século XX até a década de 1980, o que se vê é a somatória de questões reformistas na Saúde, que intentavam a permutação do discurso manicomial que se endureceu na tessitura social e no gerenciamento do desvario. É nesta atmosfera que se

acentuam as críticas e que a Reforma Psiquiátrica, em suas pisadelas, se desnuda pouco a pouco.

O vetor de atuação começa a deslocar-se da doença mental para a saúde mental, assim como passam a ser mais questionadas as relações entre os aspectos biologizantes x psicológicos causais, tutela x graus de autonomia do usuário, além do crescente questionamento militante dos aspectos socio-culturais-políticos-ideológicos e de cidadania envolvidos neste processo. Começa dessa forma a transição de uma perspectiva eminentemente hospitalocêntrica e disciplinarista de mão única para uma interdisciplinaridade psicodinâmica (Stockinger, 2007, p.56).

No Brasil, as primeiras agitações da Reforma adentraram nossas concepções vindas do movimento italiano da luta antimanicomial, por volta dos anos 1980, época em que o país deixaria para trás um período ditatorial – por conseguinte, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se desdobra no âmago de uma luta pela redemocratização do país e do combate ao Estado autoritário imposto de maneira coercitiva à sociedade. Nesse contexto, manifestam-se críticas ao sistema de saúde, designando-o como ineficiente e, ademais, à privatização da política de saúde que crescia país afora com o decurso dos anos (Tenório, 2002). Estas críticas, teóricas e práticas, com suas idealizações de alternativas à assistência prestada pelo Estado até o momento, "constituíram o que veio a se chamar de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde" (Tenório, 2002, p. 28). Essas agitações não cessaram até que progressos despontassem nos horizontes, absorvendo as bandeiras da cidadania e de um sistema único de saúde – o que, em pouco tempo, se desdobraria no SUS.

As palavras referentes à loucura mudaram, os sintomas se reorganizaram, mas a dor continua ligada à forma como vivemos. A despeito de suas matrizes teóricas heterogêneas, que amalgamam a antipsiquiatria inglesa, a psiquiatria democrática italiana e os preceitos da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica Brasileira constitui um empreendimento ímpar, cuja radicalidade reside na transposição do mero questionamento epistemológico para o plano da tessitura de uma nova institucionalidade – a saber, o CAPS. Fundando-se no arcabouço jurídico da Lei nº 10.216/2001, a Lei Antimanicomial, esta agitação não se esgotou em tão somente criticar contundentemente o paradigma asilar, pautado no encerramento

e na violência iatrogênica, mas também se materializou na constituição de uma rede substitutiva a estas espacialidades.

O cenário que delineou a emergência da Reforma Psiquiátrica deu-se com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), que sucedera em 1978 no Rio de Janeiro. Todavia, regressemos um pouco. Os anos 1970 constituíram uma atmosfera quicá dialética na Saúde brasileira, delineada nos contornos de uma modernização do aparato estatal e na emergência embrionária de uma movimentação social contestatória que germinaria os alicerces do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Reforma Sanitária. Sob a égide do regime civil-militar, o Ministério da Saúde fora esvaziado em detrimento da gestão do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que consolidou o modelo médico-assistencial privatista, fundado na lógica da mercantilização do cuidado. Este arranjo fomentou uma expansão da rede hospitalar privada conveniada que se projetava na procura pelo lucro, aprofundando as iniquidades no acesso e privilegiando procedimentos curativos de alto custo em detrimento da Saúde Coletiva: "naquele momento, em que se privilegiava uma prática previdenciária voltada para a compra de serviços de instituições privadas, criar alternativas assistenciais públicas a partir de sistemas hierarquizados, regionalizados e descentralizados era um significativo avanço" (Paulin; Turato, 2004, p. 243). Quicá paradoxalmente, sucedeu-se neste retrato social de autoritarismo e exclusão sanitária que floresceram, nos interstícios da sociedade civil, as sementes da contra-hegemonia. O Movimento da Reforma Sanitária, articulado por intelectuais, sanitaristas e profissionais de saúde inspirados pelos ideais da Medicina Social e pela efervescência cultural dos anos de chumbo, principiou as formulações de uma crítica radical à segmentação e à ineficiência do sistema de saúde da época. Destarte, o vólcio da década de 1970 legou ao país uma herança, em certa medida, ambígua: por um lado, a estruturação de um complexo médico-industrial profundamente entranhado no Estado; por outro, a gênese de um projeto ético-político revolucionário que, posteriormente, desabrocharia no princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado – alicerces da Saúde na Constituição de 1988.

Sob a superfície de aparência organizadora que transmitia o milagre econômico, o regime militar engendrou uma medicalização dos indivíduos que constituíam a força de trabalho, em uma dimensão em que a saúde era submetida

à lógica da acumulação capitalista e à ideologia da segurança nacional. O Movimento da Reforma Sanitária não se deu tão somente como um debate; deu-se em uma práxis política que se embebeu de profusas mananciais – a título de exemplo, da Teoria da Dependência, que manifestava as assimetrias do desenvolvimento, mormente na América Latina. Operava-se, nestas óticas, uma espécie de inversão de perspectiva epistemológica: a questão da saúde não se delineava enquanto uma problemática técnico-administrativa a ser unicamente gerida, mas como uma problemática política profundamente enraizada na estrutura social e, conseqüentemente, em suas coruplências. A crítica, destarte, dava-se em uma dupla direção: expunha a ineficiência e, em certo grau, a corrupção do modelo previdenciário-mercantil e, também, denunciava seu caráter de classe e seu autoritarismo sanitário. Acepções tais como "determinação social do processo saúde-doença" se revestem de uma coruplência no tecido social em uma tentativa de substituir o ideário reducionista e biologizante por uma compreensão histórica e materialista. À vista disto, a década de 1970 em momento algum se faz possível de ser lida como um mero prelúdio à Reforma Sanitária e à Reforma Psiquiátrica, mas como um processo no qual foram forjadas as ferramentas teóricas e a vontade política que possibilitariam, na Assembleia Nacional Constituinte dos anos 1980, batalhar-se pela Saúde como um direito universal e um projeto civilizatório.

(...) o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dada as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender a demanda (Tundis; Costa, 1987, p. 60).

O volver dos anos 1980 se translada em abstrusa crise econômica e fervilhante efervescência política, em que as bases do que se delineou como modelo de saúde proveniente do regime civil-militar imbricam-se em categórica ruína, enquanto, concomitantemente, o que fora plantado pela Reforma Sanitária na década pretérita frutificou em um dos movimentos sociais mais corpulentos e prósperos dos caminhos e descaminhos da redemocratização. A degradação do "milagre" deu lugar à "década perdida", com a explosão da dívida externa, a

hiperinflação crônica e o estrangulamento fiscal do Estado, cenário que agudizou até o paroxismo as contradições do sistema previdenciário-assistencial. A crise de financiamento do INPS – então sucedido pelo INAMPS – tornou-se insustentável, com hospitais privados conveniados acumulando dívidas bilionárias e a qualidade do atendimento à população em franca deterioração. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, delineou-se como um marco histórico empreendido no rescaldo da Ditadura e esculpiu o cenário em que a agitação contra-hegemônica se materializou. Ante o slogan "Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado", a Conferência esculpiu as diretrizes que embasariam o capítulo da saúde na Constituição de 1988. A acepção de Seguridade Social, articulando saúde, previdência e assistência social sob uma mesma égide de direitos, constituiu a réplica à segmentação do sistema. A concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito nos Artigos 196 a 200 da Constituição Federal, narrou, assim sendo, a translação jurídica deste ideário: o deslocamento da Saúde de uma perspectiva mercadológica para a esfera do direito, instituindo-a como responsabilidade do Estado e financiada por toda a sociedade através do orçamento da Seguridade Social.

Como se pode notar, o processo de mudança, ainda que fortemente estimulado por políticas públicas, se produz verdadeiramente de dentro para fora, no cotidiano dos serviços, na experiência de encontros e desencontros entre seus atores sociais, dos seus acertos, tentativas de acertos e erros (Nunes, et al., 2008, p. 195).

Considerações finais

Na Europa Ocidental, a experiência da loucura sofreu uma mutação radical entre o Renascimento e a Modernidade. A embarcação dos loucos, a Nau dos Insensatos, simbolizava uma exclusão geográfica, enquanto a “Grande Internação” do período clássico, analisada por Foucault (2019), transformou essa exclusão em confinamento institucional. A loucura, que antes pertencia ao domínio da experiência trágica do mundo, passa a ser silenciada e moralmente condenada, equiparada à ociosidade e a outras formas de desrazão, e submetida a uma nova tecnologia de poder que a separa do convívio social.

No caso brasileiro, essa lógica de exclusão assume contornos particulares. Durante o período colonial, não havia uma assistência psiquiátrica instituída. Os indivíduos considerados loucos transitavam em um espaço social ambíguo: podiam

ser tolerados como figuras excêntricas, “o lunático cômico”, fonte de escárnio e de uma certa moralidade, ou, quando percebidos como ameaça à ordem (“o louco irrequieto”), eram encarcerados nas cadeias públicas ou recolhidos às Santas Casas de Misericórdia (Oda; Dalgalarondo, 2005). A gestão da loucura, portanto, antes de ser um problema médico, era uma questão de ordem pública e de caridade religiosa. O léxico popular da época, com termos como *aluado*, *desassinado* e *doido*, refletia uma compreensão da loucura como um transtorno ligado às fases da lua ou como uma perturbação do juízo, ainda distante de um quadro nosográfico psiquiátrico. É apenas no Império que se dá o ato fundador da psiquiatria brasileira, com a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro. Alinhado ao ideário médico-científico europeu, o hospício representou a medicalização da loucura, que se desloca da tutela da Igreja para a tutela do Estado, sendo agora competência do alienista. O louco é convertido em “alienado mental”, objeto de um novo saber que o encerra para observar, classificar e tentar curar (Machado et al., 1978). No entanto, o hospício rapidamente se torna um espaço de cronificação, superlotação e abandono, revelando o fracasso do modelo asilar e sua vocação essencial para o controle social e a exclusão da diferença. A figura do “louco encerrado” substitui a do “louco cômico”, e o isolamento em uma instituição total torna-se a resposta hegemônica à desrazão. A Proclamação da República não rompeu com essa lógica; ao contrário, aperfeiçoou-a sob um discurso de modernização e cientificidade. O modelo asilar expandiu-se pelo país com a criação de colônias agrícolas e hospitais psiquiátricos públicos, que, ao longo do século XX, tornaram-se enormes instituições marcadas pela violência, pelos maus-tratos e por uma profunda desumanização. A “crise na Saúde” a que o título do artigo se refere materializou-se na falência desse modelo, tornando insustentável a situação dos manicômios brasileiros, denunciada por trabalhadores, pacientes e familiares. É a partir dessa crise que se inicia a crítica radical ao saber e às instituições psiquiátricas tradicionais.

Suponho que se possa afirmar, e seja factível, que a condução dos loucos nas entrelinhas da História foi uma exteriorização dos sentidos atribuídos pela sociedade àqueles indivíduos. Rememoro, nesta altura, a *Stultifera Navis*: “a água e a navegação têm realmente esse papel” (Foucault, 2008, p. 12) ... contudo, qual papel? “Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo” (Foucault,

2008, p. 12, grifo nosso). O hospício e o manicômio valeram-se como semblante e fisionomia dos juízos intangíveis, impulsor que encerrava o outro louco nas construções tangíveis da cura. O postulado hostil erigido é, primordialmente, um constructo social, pleno de atributos espelhados de diversas sociedades em diversas conjunturas sociopolíticas e culturais do decurso da História. A unidade conceitual à qual consiste a loucura não a qualificou imperiosamente em caráter de doença mental; em alguns cenários a loucura encontrava-se longinquamente à noção de periculosidade, entretanto, sob nenhum instante situava-se contígua à razão – à medida que, como supracitado, o desatino é a desrazão. Não obstante, a loucura ininterruptamente possuiu uma linguagem intrínseca e comunicou-se baseando-se nela: em um contexto proferia as revelações etéreas ou articulava o sacro mistério e todos os não loucos se faziam ouvir; adiante, os loucos proferiam desvarios, veiculavam a degradação da mente e as incongruências da lucidez e da psique, pois "o insensato não é sábio, o estulto não é esperto" (Kant, 1993, p. 87). O que precede à humanização do tratamento é um período pleno de destituição da condição humana do louco – o louco é o aquém do indivíduo racional.

Nota sobre a pesquisa

Este artigo constitui parte dos resultados da Iniciação Científica *Caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica brasileira*, financiada pela FAPESP (processo nº 2023/13482-5). Uma versão preliminar e parcial de algumas discussões aqui presentes, com ênfase na experiência etnográfica, foi publicada na Revista Zabelê (2025) sob o título: *Os caminhos e descaminhos de um encontro etnográfico com a loucura*. O presente artigo amplia e aprofunda a dimensão histórica da investigação, constituindo contribuição distinta e complementar.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ARRUDA, E. **Resumo Histórico da Psiquiatria Brasileira**. Rio de Janeiro: JC/UFRJ, 1985.

DE-SIMONI, Luiz Vicente. Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. **Revista**

Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 142-159, mar. 2004.

ERIBON, D. **Michel Foucault: uma biografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - ALAGOAS**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos I: problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

_____, Michel. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973 – 1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____, Michel. **História da loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

_____, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2019.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura?** São Paulo: Brasiliense, 2018.

KANT, Emmanuel. **Observações sobre o sentimento do belo e do sublime: ensaio sobre as doenças mentais**. Campinas: Papirus, 1993.

LAPLANTINE, François. **Aprender Etnopsiquiatria**. São Paulo: Brasiliense: 1994.

LIMA, Jorgina Tomaceli De Sousa. O início da assistência à loucura no Brasil. *Revista Em Debate - Fascículo nº8*. PUC-Rio de Janeiro.19/10/ 2009.

NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de; OTTONI, Vitória; MORAES NETO, Valfrido; SANTANA, Mônica. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 188-196, jan. 2008.

NUNES, Mônica de Oliveira; TORRENTÉ, Maurice de. Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 18, n. 10, p. 2859-2868, out. 2013.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a

história da psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 128-141, mar. 2004.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 241-258, ago. 2004.

PORTOCARRERO, Vera. A teoria psiquiátrica no Brasil: nova configuração nas primeiras décadas do século xx. in **Arquivos da Loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria, [S.L.], p. 33-39, 2002. Editora Fiocruz.

SANDER, Jardel. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 382-387, ago. 2010.

SIDRIM, Maria Ifigênia Costa. **As Representações Sociais da Reabilitação Psicossocial: um estudo sobre o CAPS**. Curitiba: Juruá, 2010.

SIGAUD, José Francisco Xavier. Reflexões sobre o trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 559-562, set. 2005.

SILVA, Gabriel Bertassoni da; HOLANDA, Adriano Furtado. (2014). Primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1841-1930). **Memorandum**, 27, 127-142.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 591-595, ago. 2005.

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma Psiquiátrica Brasileira**: perspectivas humanistas e existenciais. Petrópolis: Vozes, 2007.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no brasil. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2001.

Anna Beatriz da Silva Viotto

É graduada em Ciências Sociais em Licenciatura e Bacharelado pela Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade

Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", FFC/Marília, com ênfase na área de Sociologia. Foi bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, na modalidade Iniciação Científica. Possui interesse na área de Sociologia da Saúde, com enfoque em Saúde Coletiva e Saúde Mental, e desenvolveu o projeto "Caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica brasileira: uma etnografia da prática cotidiana dos sujeitos em um Centro de Atenção Psicossocial situado no interior paulista".

Luís Antônio Francisco de Souza

Sou Graduado (1987) e licenciado (1994) em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre (1992) e Doutor (1998) em Sociologia pela Universidade de São Paulo (USP), sob orientação competente de Maria Helena Oliva Augusto. Fiz estágio Sanduíche com bolsa do CNPq na Universidade de Toronto, Canadá (1995-1996), sob a supervisão do saudoso Robert W. Shirley. Sou Livre-Docente (2011) e Titular (2022) pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp), Campus de Marília. Comecei minha carreira docente no ensino médio em 1986 e no ensino superior em 1997. Ingressei na Unesp em 2003 e desde então atuo no curso de Graduação em Ciências Sociais.
