

## “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”

A medicalização da loucura e a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira

## “FOR A SOCIETY WITHOUT ASYLUMS”

The medicalization of madness and the trajectory of brazilian psychiatric reform

GABRIELY KÉSIA DE OLIVEIRA LOA<sup>1</sup>

EMANOEL LUCAS DOS SANTOS SILVA<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo problematizar, por meio de uma análise historiográfica, a construção dos espaços destinados ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, com foco inicial nos hospitais psiquiátricos. Para isso utilizaremos como suporte literário as obras do pensador contemporâneo Paulo Amarante, especialmente, “Saúde Mental e Atenção Psicossocial” (2007), que traça a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira e suas contribuições para o campo da saúde mental. Além disso, o processo de luta manicomial foi caracterizado por um tensionamento entre os movimentos que defendiam um atendimento humanizado e aqueles que se opunham ao fechamento dos hospitais psiquiátricos e às práticas tradicionais realizadas nesses espaços, que também se configuraram como locais de poder. Em seguida, propomos refletir sobre o contexto que levou a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo Brasil, a partir da Lei 10.116 proposta pelo Deputado Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais. Com base nessa legislação, diversas cidades brasileiras começaram a implementar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, considerando as demandas específicas de cada localidade.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Luta antimanicomial. CAPS.

### ABSTRACT

The present work aims to problematize, through a historiographical analysis,

<sup>1</sup> Mestranda em História pelo Programa de Pós-Graduação em História do Ceres (PPGHC/UFRN). E-mail: gabriely.kesia.loa.071@ufrn.edu.br

<sup>2</sup> Mestrando em História pelo Programa de Pós-Graduação em História, Culturas e Espacialidades (PPGHCE/UECE). E-mail: emanuel.lucas@aluno.uece.br

the construction of spaces dedicated to the care of individuals in psychological distress, initially focusing on psychiatric hospitals. To this end, we will use the literary works of contemporary thinker Paulo Amarante as a support, especially "Mental Health and Psychosocial Care" (2007), which outlines the trajectory of the Brazilian psychiatric reform and its contributions to the field of mental health. Furthermore, the anti-asylum struggle was characterized by a tension between movements advocating for humanized care and those opposing the closure of psychiatric hospitals and the traditional practices carried out in these spaces, which also function as sites of power. Next, we propose to reflect on the context that led to the creation of Psychosocial Care Centers (CAPS) throughout Brazil, based on Law 10.106, proposed by a deputy from the Workers' Party (PT) of Minas Gerais. Based on this legislation, several Brazilian cities began to implement Psychosocial Care Centers (CAPS) in their different modalities, considering the specific demands of each locality

**Keywords:** Psychiatric Reform. Anti-Asylum Movement. CAPS.

## **INTRODUÇÃO**

A institucionalização da loucura é o termo usado para se referir ao processo que culminou na criação dos hospitais psiquiátricos, comumente conhecidos como manicômios ou “lugares de guardar doidos”. Esse fenômeno foi lento e gradual, sendo fortemente influenciado pelas transformações políticas, econômicas e sociais que surgiam em cada época.

É importante salientar que, à medida que essas mudanças ocorriam, o entendimento acerca do louco e da loucura também evoluía. Michel Foucault, filósofo francês considerado pioneiro no estudo da loucura e de seu processo de institucionalização, explora em *A História da Loucura na Idade Clássica* (1978) as diferentes experiências e percepções que foram sendo gradativamente construídas pelas sociedades em relação à loucura. Em essência, Foucault analisa as transformações que o conceito de loucura sofreu ao longo da história.

As modificações no entendimento da loucura não se restringiam ao conceito em si, mas também impactavam as noções acerca dos espaços que os “degenerados” passariam a ocupar no corpo coletivo. Isso nos leva à necessidade de analisar historicamente o contexto que levou à criação dos manicômios e hospitais psiquiátricos, conhecidos por Foucault como parte do processo de medicalização da loucura.

Durante a Idade Média, foram construídos leprosários em quase toda a Europa, sob a tutela da Igreja Católica. A lepra era frequentemente vista como um castigo divino, levando aqueles que a contraíam à exclusão do convívio social (Foucault, 1978, p. 24). Com o declínio dessa patologia, esses espaços começaram a ser gradativamente ocupados por indivíduos afetados por doenças venéreas.

As mudanças introduzidas pelo capitalismo e pela industrialização de muitos países transformaram esses locais em depósitos para aqueles cuja presença era considerada um obstáculo ao progresso econômico e social das cidades. Assim, os primeiros hospitais ou “hospedagens”, como eram chamados, passaram a acolher mendigos, pessoas com deficiências e os chamados loucos (Amarante, 2007, p. 22). Nesse contexto, as atividades realizadas anteriormente pela Igreja Católica foram transferidas para a esfera da medicina.

Com o tempo, os manicômios se tornaram mais comuns, especialmente após a Revolução Francesa, com os estudos do médico francês Philippe Pinel, que introduziu uma nova área de atuação nas ciências médicas, inicialmente chamada de alienismo, voltada para o tratamento de indivíduos já afastados do convívio social no Hospital Geral da França. As concepções de Pinel, que defendiam o isolamento de pessoas em sofrimento psíquico, influenciaram a prática médica de muitos psiquiatras e instituições manicomiais.

No Brasil, durante o Segundo Reinado, em 1852, foi inaugurado o primeiro hospício do país, o Hospital Pedro II, que recebeu os pacientes das Santas Casas de Misericórdia e logo se tornou referência no tratamento da loucura (Gonçalves, 2013, p. 63). Somente em meados do século XX, após a Segunda Guerra Mundial (1939–1945), o modelo hospitalocêntrico começou a ser questionado, levando gradativamente ao que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica. No Brasil, essa reforma teve início na década de 1970, impulsionada por diversos movimentos sociais, e consolidou-se em 2002 com a promulgação da Lei Paulo Delgado, que reivindicava o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

## **1. A CONSTRUÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA**

A ausência da razão, o domínio das paixões e os desvios de conduta são considerados características que auxiliam na definição do que se entendia como loucura. O conceito de loucura passou por muitas interpretações ao longo do tempo. Sabe-se que, durante a Idade Média, muitos indivíduos foram afastados do convívio social, a exemplo dos leprosos, que ficavam excluídos e exilados nos arredores das cidades, pois eram vistos como aqueles que foram acometidos por um castigo divino - fato que os colocava na condição de impuros<sup>3</sup>.

No final da Alta Idade Média, marcada pelo fim das Cruzadas, o número de leprosos reduziu-se drasticamente. Contudo, em toda a Europa havia inúmeros leprosários, a exemplo de Saint-Lazare, localizado na periferia de Paris. Em virtude do desaparecimento da lepra, a administração real do Antigo Regime passou a utilizar esses espaços e seus “jogos de exclusão” para abrigar aqueles afetados por doenças venéreas, que, inicialmente, substituíram a lepra.

Eles logo se tornaram tão numerosos que é necessário pensar na construção de outros edifícios “em certos lugares espaçoso de nossa cidade e arredores, sem vizinhança.” Nasceu uma nova lepra que toma o lugar da primeira. Aliás não sem dificuldades, ou sem conflitos. Pois, os próprios leprosos sentem medo. (Foucault, p.11, 1978)

Por volta do século XVI, espalhou-se na Europa a concepção de que as doenças venéreas deviam ser tratadas, especialmente por meio do isolamento, o que levou ao distanciamento das práticas médicas e à aproximação com a loucura, reforçada pela condenação moral e pela exclusão. Segundo Foucault (1978), a loucura seria a verdadeira herança da lepra, caracterizada por um sistema complexo que a medicina levou tempo para dominar.

---

<sup>3</sup> Matias, Kamila Dantas. *A Loucura Na Idade Média Ensaio Sobre Algumas Representações*.2015. Dissertação (Mestrado) Departamento de História, estudos europeus, arquivologia e Artes da faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2015.

Antes do processo revolucionário, a responsabilidade pela interdição ou sequestro dos alienados estava dividida entre o Poder Executivo (representado pelo rei) e o Poder Judiciário (magistrados), com eventual participação da família, que poderia ser a solicitante do processo de sequestro — seja por meio da “Ordem Real” ou por meio de sentença proferida por um magistrado. Dessa forma, a disparidade no que diz respeito às decisões gerava conflitos quanto à competência dessas interdições.

O hospital por mais estranho que isso possa parecer não era uma instituição médica. Foi criado inicialmente na Idade Média como instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo e alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. Por isso para dominar tais instituições religiosas, utilizou-se a expressão “hospital”, quem em latim significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade. (Amarante, 2007, p.2)

Em decorrência das transformações políticas, econômicas e sociais que perpassavam a sociedade no século XVIII, sobretudo com o advento da Revolução Francesa, que pôs fim ao regime absolutista e proclamou ideias de igualdade, liberdade e fraternidade, as antigas instituições que representavam a repressão monárquica e religiosa deveriam ser democratizadas.

Nesse contexto, a presença dos médicos nos hospitais, que antes era esporádica, passou a ser cada vez mais frequente no processo lento e gradual denominado “medicalização dos hospitais”.

a partir do momento que o hospital é concebido como instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser a principal responsável pela assistência hospitalar. A ele se pergunta como se deve construí-lo e organizá-lo e é por este motivo que Tenon faz o seu inquérito. A partir de então, a forma do claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o hospital, é banida em proveito de um espaço que deve ser medicalizado (Foucault, 1978, p.46).

Embocado no caráter de modernidade, o qual se acreditava e defendia na crença no poder da ciência médica como meio de cura para tais enfermidades, Phílippe Pinel, médico francês considerado o “pai da psiquiatria”, que participou

ativamente dos processos da Revolução Francesa, desenvolveu, em meados do século XVIII, um novo campo de atuação médica que, inicialmente, teria surgido como uma disciplina chamada alienismo, voltada para tratar aqueles que já se encontravam afastados do convívio social dentro das mediações do Hospital Geral<sup>4</sup>.

Assim, Pinel trazia ao campo da medicina novos discursos e também novos objetos: o alienismo, o alienado e o alienista. “Isso significou um tratamento possível para as pessoas que, até então, eram vistas como incuráveis, por serem privadas do precioso atributo da razão e cujo destino invariável seria a errância, o abandono em asilos ou o recebimento de caridade religiosa.” (Teixeira, 2019, p. 544).

Dessa maneira, a tarefa que antes era realizada pelas ordens religiosas agora estaria a cargo da figura do médico, uma vez que a medicina almejava mostrar-se mais eficaz em sua missão de “curar” do que a religião. Na sequência, os médicos especialistas no tratamento da loucura foram ganhando cada vez mais espaço na administração das instituições manicomiais.

No Brasil, em 1841, foi aprovado o projeto que visava à construção do primeiro hospício, também chamado de “palácio dos loucos”. Em 1852, o Hospital Pedro II começou a receber os pacientes da Santa Casa de Misericórdia. A instituição, que era centro de referência no tratamento da loucura e recebia pacientes de toda a província, tinha um corpo médico-administrativo influenciado pelas concepções pinelianas, as quais defendiam o isolamento como meio de tratamento, por presumir que “o manicômio, por si só, era um lugar de cura.” (Teixeira, 2019, p. 555).

em outras palavras, o princípio do isolamento estaria associado

---

<sup>4</sup> O Hospital Geral da França exercia inicialmente uma função de caráter assistencial cujo objetivo era recolher os ditos errantes. (Mendigos, idosos, crianças, deficientes, epiléticos, portadores de doenças venéreas entre outros). Dessa forma, à medida que eram admitidos tornavam-se residentes do hospital, realizavam atividades laborais com intuito de assegurar o próprio sustento. Convém ressaltar que administração do hospital estava a cargo das ordens religiosas o que fazia com o que a presença de médicos fosse algo muito raro. Todavia, de acordo com Michel Foucault em 1654 a monarquia francesa redige e publica um decreto real que ordena a criação do Hospital Geral associando a outras instituições existentes como Saint-Lazare e Salpetrière consolidando a ação punitiva e repressiva da monarquia associada ao ideário religioso. Vale ressaltar que, essa medida não se limitou apenas a França, mas espalhou-se pela Europa por países como Espanha, Alemanha e Inglaterra.

à própria produção do conhecimento no campo do alienismo, pois o hospital pineliano, agora transformado em instituição médica se tornava o próprio laboratório onde as pessoas seriam observadas e estudadas, seus comportamentos descritos, comparados, analisados e classificados. Na medida em que a alienação mental seria um distúrbio no equilíbrio das paixões, e que o hospital de alienados poderia representar como afirmava Pinel, um estabelecimento onde seria possível submeter o alienado “as regras invariáveis, de polícia interior”, o hospital, seria ele próprio, uma instituição terapêutica (Amarante, 2007, p.12).

Foi constatado que, por volta de 1869, cerca de 46% das internações do Hospício Pedro II eram realizadas por intermédio da polícia, visto que eram os policiais que levavam a maioria dos pacientes, os quais eram recolhidos nas ruas para serem avaliados e possivelmente internados. Nesse momento, sob a ótica social, a loucura e a criminalidade estavam no mesmo parâmetro e se entrelaçavam ainda mais quando estas se encontravam dentro das instituições manicomiais<sup>5</sup>.

“A loucura não diz tanto respeito à verdade e ao mundo quanto ao homem e a si mesmo que ele acredita distinguir. Ela desemboca, portanto, num universo inteiramente moral. O mal não é o castigo ou o fim dos tempos, mas apenas erro e defeito.” (Foucault, 1978, p. 30). Logo após a inauguração do Hospital Pedro II, inúmeras cidades brasileiras inauguraram os seus hospícios, os seus lugares de “guardar doidos”, que eram utilizados como verdadeiros depósitos daqueles que estavam à margem da sociedade.

À priori, a maioria dos hospícios criados nessa época estava correlacionada com as Santas Casas de Misericórdia, fato que só veio a ser alterado por volta de 1890, devido a uma jurisdição homologada pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores, a qual desvinculava as Santas Casas de Misericórdia da administração dos hospitais de alienados e repassava essa tarefa para o Governo Federal.

A partir daí, médicos especialistas no tratamento da loucura ganharam espaço na administração das instituições manicomiais brasileiras. Nomes como

---

<sup>5</sup> GONÇALVES, Monique Siqueira de; EDLER, F. C. Os Caminhos da Loucura na Corte no Imperial: Um Embate Historiográfico Acerca do Funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. *Rev. Latinoam. Psicotat.* V.12 p. 393-409.

Juliano Moreira e Franco da Rocha (dois dos primeiros médicos brasileiros a se especializarem em psiquiatria) foram convocados para administrar grandes instituições psiquiátricas, a exemplo da Colônia Agrícola do Juquery, inaugurada em São Paulo no ano de 1898.

Devido à grande demanda de pacientes, os hospícios apresentaram rapidamente um quadro de superlotação. Essa superlotação também estava associada às péssimas condições sanitárias, causadas pelos repasses insuficientes realizados pelo poder público, fato que corroborou o surgimento de uma série de denúncias ligadas às condições desumanas em que se encontravam os internos. Assim, “as reformas posteriores à reforma de Pinel procuraram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico surgidos após a Segunda Guerra, quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial” (Amarante, 1995, p. 31).

## **2. A LUTA ANTIMANICOMIAL**

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), o número de soldados internados nos hospitais psiquiátricos, em decorrência dos traumas físicos e psicológicos causados pela Guerra, era alarmante. Esse cenário levou o mundo a questionar o modelo adotado pelas instituições asilares para o tratamento dos transtornos psíquicos, além da própria psiquiatria. Muitos começaram a perceber que os manicômios se assemelhavam aos campos de concentração utilizados para promover os extermínios durante a Guerra<sup>6</sup>, tornando-se locais de exclusão e opressão.

Nesse contexto, gradativamente, países como Inglaterra, França e Estados Unidos passaram a vivenciar, cada um à sua maneira, as experiências de "reformas psiquiátricas". No entanto, uma das mais conhecidas e estudadas até hoje é a Reforma Psiquiátrica italiana. O movimento da luta antimanicomial, também conhecido como antipsiquiatria, ganhou força por volta da década de 1960, com Franco Basaglia<sup>7</sup> como principal figura. Porém, logo se somaram ao

---

<sup>6</sup> GOULART, Maria Stella Brandão. As raízes italianas do movimento antimanicomial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

<sup>7</sup> Franco Basaglia nasceu em Veneza em 1924, era descendente de uma família rica a qual

movimento outros profissionais da área da saúde, além de advogados, sociólogos, partidos políticos (como o Partido Comunista), ex-usuários das instituições psiquiátricas, entre outros.

A principal reivindicação dos envolvidos nesse movimento era garantir os direitos humanos daqueles que estavam internados nos hospitais psiquiátricos, além de promover um atendimento mais humanizado para as pessoas em sofrimento psíquico. Também defendiam o fechamento gradual dos manicômios. Como afirma Goulart (2007), “suas reivindicações apontam para o estado e suas políticas sociais, assim como para a cultura e para o cotidiano, procurando modos de sociabilidade mais solidários e democráticos, com afirmação das diferenças” (Goulart, 2007, p. 24).

Diante disso, foi promulgada na Itália a Lei 180 que recebia o nome de um dos principais líderes do movimento conhecida popularmente como a “Lei Basaglia” cujo objetivo seria:

a Lei 180, conhecida como lei Basaglia de 1978, proibiu a construção de hospitais psiquiátricos na Itália, regulamentou as arbitrariedades, recolocou o portador de transtornos mentais no centro do processo do tratamento, resgatando a necessidade de consentimento e o caráter voluntário do processo, garantiu ao usuário o direito à comunicação e à informação e reorientou a assistência nos serviços extra-hospitalares (Goulart, 2004 *apud* Goulart, 2007, p.23).

Como resultado das lutas promovidas pelo movimento antimanicomial ou antinstitucional na Itália, foi possível consolidar uma reforma nas bases da psiquiatria, com impacto direto nos tratamentos oferecidos àqueles que se encontravam nas instituições manicomiais, em decorrência de transtornos que causavam sofrimento psíquico. Segundo Basaglia (1977; 1981; 1982, *apud* Goulart, 2007, p. 25), “o movimento antimanicomial italiano fundou um novo modo de ver e de interpretar, ao revelar que o status dos internos dos

---

reconhecia o estado fascista da Itália. Con quanto, ao entrar na faculdade de medicina em 1943 adentrou em grupos opositores do regime fascista fato que corroborou para que o mesmo fosse preso. Porém, após a prisão em 1949 concluiu o curso de medicina e dedicou-se ao estudo da psiquiatria e da filosofia. Participou de inúmeras conferências e congressos assim como liderou o movimento chamado de antipsiquiatria o qual impulsionou a consolidação da Reforma Psiquiátrica italiana.

manicômios era o de prisioneiros”.

Dessa forma, o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos italianos não só promoveu uma mudança no modelo de tratamento, mas também abriu espaço para uma nova visão sobre a loucura e o “louco”. Era necessário democratizar as formas de atendimento e tratamento, libertando os usuários do isolamento e promovendo sua reintegração ao convívio social. O processo de desinstitucionalização das instituições psiquiátricas italianas teve grande influência no Brasil, especialmente na década de 1980, durante a abertura política do regime militar e a ascensão de inúmeros movimentos sociais que se opunham ao regime.

### **3. A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

A reforma psiquiátrica brasileira tem suas raízes em um movimento internacional que se consolidou, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, com a crescente crítica ao modelo hospitalocêntrico e manicomiais. Inspirados pela luta antimanicomial na Itália, os primeiros debates no Brasil sobre a desinstitucionalização e os direitos dos pacientes psiquiátricos começaram a ganhar corpo nas décadas de 1960 e 1970. A partir da década de 1980, em meio a um cenário de abertura política e fortalecimento de movimentos sociais, a reforma psiquiátrica brasileira passou a ser pautada por questões de direitos humanos, buscando transformar o tratamento da loucura e as práticas em instituições manicomiais, até então baseadas em exclusão e repressão.

No Brasil, o movimento de luta antimanicomial teve como um de seus impulsionadores a crise enfrentada pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). O órgão encontrava-se com um quadro de funcionários defasado, o que resultou na contratação de bolsistas para suprir as demandas. Esses profissionais, muitas vezes, eram graduados na área ou, em alguns casos, ainda estavam em processo de formação em cursos relacionados à saúde. Esse cenário agravava a situação, pois a qualidade do atendimento era comprometida pela falta de pessoal qualificado, o que contribuiu para a pressão por mudanças nas práticas de cuidado psiquiátrico e nas condições dos hospitais psiquiátricos.

a crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPPII, ao registrarem no livro de ocorrências de um plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital (Amarante, 1998, p. 74.).

As denúncias ganharam repercussão e receberam apoio de instituições de grande influência nacional, como a REME (Movimento de Renovação Médica), a CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), entre outras organizações ligadas não apenas à área da saúde, mas também aos sindicatos de diversas categorias e outras entidades da sociedade civil. Além disso, em menos de um ano de existência, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MSTM) conseguiu conquistar visibilidade na imprensa nacional.

o MSTM caracteriza-se por seu perfil não cristalizado institucionalmente sem a existência de estruturas institucionalizadas solidificadas. A não institucionalização faz parte de uma estratégia proposital: é a resistência à institucionalização. Costuma-se ocorrer nos movimentos populares em saúde, na medida em que a institucionalização é associada à perda da autonomia, à burocratização ao encastelamento das lideranças e da instrumentalização utilitarista do movimento por parte dos poderes políticos locais ou da tecnocracia (Gershman, 1991 *apud* Amarante, 1998).

Com o intuito de fortalecer o movimento, entre 1978 e 1987, foram realizados diversos eventos, como o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que teve Franco Basaglia como um dos mentores. Basaglia, no entanto, fez críticas ao evento, apontando seu caráter elitista. Também ocorreram o I e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, sendo o último realizado em Bauru, São Paulo, com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios<sup>8</sup>”. Essa intervenção, com repercussão nacional, demonstrou de forma inequívoca a viabilidade da construção de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico (Brasil, 2005, p.7).

---

<sup>8</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. A Reforma Psiquiátrica e Política em Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reformas dos Serviços: 15 anos depois de Caracas, Brasília, novembro, 2005.

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (Brasil, 2005, p.7)

“Em muitos desses eventos, sustentou-se a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos como um reduto de marginalizados” (Amarante, 1998, p. 80). Também se destacou a defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, por meio dos “porta-vozes ou grupos defensores dos direitos humanos, cuja atuação, como princípio, deveria perpassar todas as instituições psiquiátricas” (Amarante, 1998, p. 81).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macros hospitais. (Brasil, 2005, p.10)

Assim, ao analisar o processo de desinstitucionalização da loucura no Brasil, é necessário historicizar as particularidades locais que possibilitaram a implementação dos hospitais psiquiátricos em cada estado, assim como a propagação das diretrizes que atravessam a Reforma Psiquiátrica brasileira. Isso porque o processo de desinstitucionalização está vinculado às transformações políticas, econômicas e culturais de cada localidade.

Nesse contexto histórico, caracterizado pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira após 20 anos de governos ditoriais, em 1987, é inaugurado no Brasil o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no estado de São Paulo. No ano seguinte, em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos promove uma intervenção em um hospital psiquiátrico conhecido por manter os pacientes em situação de maus-tratos. Esse episódio repercute nacionalmente, e, de acordo com o relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, a intervenção em Santos demonstrou de forma clara a

necessidade de consolidar um atendimento mais humanizado, por meio da construção de uma rede de cuidados substitutiva aos hospitais psiquiátricos.

Ainda em 1989, foi apresentado ao Congresso Nacional o projeto de lei elaborado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MT), que propunha a extinção gradual dos manicômios espalhados pelo Brasil, além da regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno psiquiátrico. Contudo, o projeto não estabeleceu uma linha clara quanto à substituição dos hospitais psiquiátricos pelos Centros de Atenção Psicossocial. Não obstante, é inegável a contribuição desse projeto para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, sobretudo no campo legislativo.

Apesar de inspirar a criação de inúmeros CAPS de forma descontinuada por todo o país, a lei só foi sancionada em 2001, após o texto original ser submetido a algumas alterações. A Lei 10.216 ficou nacionalmente conhecida como "a lei da Reforma Psiquiátrica". "A presente lei reorganiza de forma mais objetiva as ações voltadas à assistência em saúde mental, os tratamentos oferecidos de base comunitária, assim como os direitos e a proteção das pessoas portadoras de sofrimento psíquico" (Brasil, 2005).

Diante disso, é importante salientar que o processo de desinstitucionalização ocorre de maneira lenta e gradual. Além disso, cada local enfrenta desafios específicos, de acordo com suas particularidades. Nesse contexto, o processo de desinstitucionalização ganhou impulso a partir de 2002, com a publicação de uma série de regulamentações pelo Ministério da Saúde, que estabeleceram meios mais claros e seguros para a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos<sup>9</sup>.

A Portaria GM/MS, nº 3.088, de 23/12/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), amplia a concepção de cuidado, não centrando em apenas uma unidade, mas expandindo as ofertas de atenção ao apontar novos serviços, distribuídos em (07) sete componentes: Atenção Básica,

---

<sup>9</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. A Reforma Psiquiátrica e Política em Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reformas dos Serviços: 15 anos depois de Caracas, Brasília, novembro, 2005.

Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Estes componentes são constituídos por um elenco de pontos de atenção, dentre os quais se destacam os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) em todas as suas modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad e CAPS ad III. (Governo da Bahia, Secretaria de Saúde)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são organizados por modalidades específicas para atender diferentes públicos, principalmente aqueles em intenso sofrimento psíquico e com dificuldades de estabelecer vínculos sociais. A implantação de um CAPS em uma determinada região está sujeita a uma série de regras, entre elas, a quantidade mínima de habitantes exigida para cada modalidade, o que varia conforme o tamanho do município.

Além disso, com o objetivo de superar o modelo hospitalocêntrico, o Sistema Único de Saúde (SUS) implementou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), também conhecidos como residências terapêuticas. Estes serviços devem ser localizados em áreas urbanas e atender, no máximo, 8 (oito) moradores. O objetivo das residências terapêuticas é garantir o direito à moradia para os sujeitos que foram egressos dos hospitais psiquiátricos.

Apesar dos avanços conquistados durante o processo da reforma psiquiátrica, como a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos e a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial, bem como das Residências Terapêuticas, o processo de desinstitucionalização é contínuo. Isso se deve ao fato de que os quadros de aversão ao sofrimento psíquico ainda persistem no Brasil. A verdadeira mudança só ocorrerá quando as questões relacionadas ao sofrimento psíquico forem plenamente integradas à produção acadêmica, promovendo um gradual processo de desconstrução e inclusão das pessoas em sofrimento psíquico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é marcado pela luta incansável de movimentos sociais, como o Movimento dos Trabalhadores em

Saúde Mental, que desempenhou papel fundamental nesse contexto. Além disso, é importante ressaltar que as experiências de reformas psiquiátricas devem ser compreendidas dentro das especificidades de cada contexto local. Este trabalho analisou o processo gradual e contínuo da reforma psiquiátrica brasileira, levando em consideração também as influências de outras reformas internacionais, como a vivenciada na Itália, que serviu como uma referência significativa.

Ademais, a relevância historiográfica dessa discussão reside na necessidade de resgatar e inserir no centro da produção histórica temas e eventos que, muitas vezes, foram marginalizados ou esquecidos pela historiografia tradicional. Abordar a reforma psiquiátrica brasileira permite analisar as relações de poder que permeiam esse processo e compreender como ele se articula com questões sociais mais amplas. Através dessa abordagem histórica, é possível entender as dinâmicas que levaram à criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que surgiram como alternativas substantivas aos antigos hospitais psiquiátricos.

O processo de reforma psiquiátrica esteve profundamente entrelaçado com o contexto político, econômico e social de cada localidade. Nesse sentido, ao estudar essa reforma, o historiador precisa considerar as particularidades de cada região, uma vez que a reforma não foi um fenômeno isolado, mas sim um processo gradual, com diversas experiências e tensões que culminaram na desinstitucionalização da loucura, expressa na abertura dos CAPS em suas várias modalidades.

É importante destacar que tanto os CAPS quanto as Residências Terapêuticas estão sujeitos às normativas do Sistema Único de Saúde (SUS), o que implica em regras claras para sua implementação e funcionamento. Além disso, o aprofundamento nos estudos sobre essa temática é crucial para ampliar o conhecimento da sociedade sobre a reforma psiquiátrica, contribuindo, assim, para a desconstrução de preconceitos ainda presentes em relação aos usuários desses serviços e para a construção de uma sociedade mais inclusiva.

## **REFERÊNCIAS**

AMARANTE, Paulo Uma Instituição de Loucos, Doentes e Sãos *in* Amarante, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**, Rio de Janeiro, 2007, Fiocruz, p.21-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Reforma Psiquiátrica e Política em Saúde Mental no Brasil. **Conferência Regional de Reformas dos Serviços**: 15 anos depois de Caracas, Brasília, novembro, 2005.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo, 1978. v. 4, 2<sup>a</sup> edição, 1991.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**, São Paulo: editora, perspectiva, 1978.

GONÇALVES, Monique Siqueira de; EDLER, F. C. Os Caminhos da Loucura na Corte no Imperial: Um Embate Historiográfico Acerca do Funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. *Rev. Latinoam. Psicotat.* V.12 p. 393-409.

GOULART, Maria Stella Brandão. As raízes italianas do movimento antimanicomial. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2007.

**GOVERNO DA BAHIA, Secretaria de Saude. A Rede de Atenção Psicossocial.**  
Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/rede-de-atencao-psicossocial/> acesso em: 28 de julho de 2024.

LÔA, Gabriely Késia de Oliveira. **A loucura e o feminino:** uma análise do perfil das usuárias-dia do centro de atenção psicossocial (CAPS III) “Tozinho Gadelha” de Sousa-Pb. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, 2023.

MATIAS, Kamila Dantas. **A Loucura Na Idade Média:** Ensaio Sobre Algumas Representações. 2015. Dissertação (Mestrado)-Departamento de História, estudos europeus, arquivologia e Artes da faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2015.

Recebido em 21/08/2024.

Aprovado para publicação em 28/03/2025.