

# OS CAMINHOS DA LOUCURA: RECORTES SOBRE O PAPEL DO LOUCO E OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA HISTÓRIA

*The paths of madness: excerpts of the role of the mad and mental health care in history*

Neliane Arthur e Aguiar <sup>1</sup>

Rosane de Albuquerque Costa <sup>2</sup>

---

Artigo encaminhado: 28/10/2020

Artigo aceito para publicação: 09/10/2021

**RESUMO:** A loucura assume, ao longo dos tempos, diferentes formas e significados que acompanham a cena social da época. Este artigo busca revisar a literatura abordando a loucura em sua perspectiva histórica ocidental. O objetivo é compreender os diversos discursos que compõem o trabalho em saúde mental. A pesquisa resultou em recortes sobre o tema desde a Antiguidade até o século XX trazendo uma síntese da vasta e complexa trajetória da loucura na sociedade. Foi possível depreender os diversos elementos que moldam os saberes e vêm sustentando o cuidado em saúde mental. A história da loucura é permeada por transformações profundas e a loucura já esteve, em diferentes momentos, nas mãos da medicina ou subordinada ao campo político ou ao religioso. Olhar para este percurso permite compreender a experiência como permanente construção onde o retorno ao passado justifica-se na medida em que contribui para sua clarificação.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Psiquiatria. Transtornos Mentais.

**ABSTRACT:** Madness takes on, over time, different forms and meanings that accompany the social scenery of the time. This article reviews the literature addressing madness in a western historical perspective. The objective is to

---

<sup>1</sup> Psicóloga. Residente do Programade Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde Mental UERJ. E-mail: [neliane\\_aguiar@hotmail.com](mailto:neliane_aguiar@hotmail.com)

<sup>2</sup> Psicóloga. Mestra em Educação pela Universidade Estácio de Sá. Especialização em prevenção de violência doméstica e abuso sexual (PUC RJ). Professora, Coordenadora do curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e Coordenadora do MBA em Gestão e Administração Hospitalar e Coordenadora do Laboratório de Práticas Sociais da Universidade Estácio de Sá. E-mail: [rosa.ac@terra.com.br](mailto:rosa.ac@terra.com.br)

understand the different discourses that make up the work in mental health. The research resulted in thematic clippings from antiquity to the twentieth century, synthesizing the vast and complex trajectory of madness in society. It was possible to understand the diverse elements that shape knowledge and have been supporting mental health care. The history of madness is permeated by profound changes and has been, at different times, in the hands of medicine or subordinated to political or religious instances. Looking at this path allows us to understand experience as a permanent construction where the return to the past is justified insofar as it contributes to its clarification.

**Keywords:** Mental Health. Psychiatry. Mental Disorders.

## 1 INTRODUÇÃO

A loucura experimenta, ao longo dos tempos, diversas formas de relação com a cultura vigente. Relação esta que atravessa o homem e exige arranjos e rearranjos para lidar com algo que se lhe apresenta, ao mesmo tempo, como estranho e íntimo. Assim sendo, é possível apontar como se dão as construções acerca da figura do louco.

Este estudo versa sobre a percepção da loucura entre a Idade Antiga e o século XX e busca revisar alguns pontos que marcaram essa trajetória. Muitos foram os que contribuíram para essa história, ora por avanços científicos ora por intuição ou empirismo puro. Conhecer essa trajetória permite identificar formas de lidar com a loucura e dispor de elementos que fundamentam reflexões atuais sobre a saúde mental.

## 2 A INTERVENÇÃO DIVINA E O ROMPIMENTO COM O MÍTICO NA ANTIGUIDADE

Na Idade Antiga, a loucura era considerada como algo divino e aparecia retratada nas obras literárias da época. Como afirma Amarante (2007, p. 23), “a loucura e os loucos tinham múltiplos significados – de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade”.

A desrazão como obra do divino intervém diretamente na personalidade humana. O homem, subordinado aos caprichos dos deuses, distanciava-se da responsabilidade e controle de sua condição (PESSOTTI, 1995). Através das

poesias e tragédias da época percebemos a loucura em sua transição, de desígnio religioso para paixões propriamente humanas.

Os filósofos da Grécia antiga deram início a importantes pensamentos acerca da loucura. Sócrates e Platão conduzem a loucura ao lugar sagrado e fazem uso da palavra *manikê* para indicar tanto divinatório quanto delirante ressaltando que, através do delírio, alguns podem alcançar verdades divinas (SILVEIRA; BRAGA, 2005). A loucura, nesse sentido, não é parte do homem. É algo exterior do qual ele não se apodera, porém experimenta.

Empédocles preocupou-se com os mecanismos mentais, Demócrito buscou respostas através da dissecação de animais comparando-os ao corpo humano e Aristóteles dedicou-se a estudar os estados psíquicos enfatizando que não se consegue precisar rigorosamente as diferenças entre o normal e o anormal (SILVA, 1993).

Segundo Silva (1993) Aristóteles afirmava que diversas formas teciam a constituição humana e que alguns indivíduos, dentre estes os artistas, pensadores e poetas, eram capazes de utilizar suas condições mentais exteriorizando-as como potenciais. Hoje, é possível equiparar tal observação com modernos conceitos de funcionamento do aparelho psíquico.

Hipócrates contribuiu para os estudos das doenças mentais sugerindo que estas não possuíam relação com o divino, numa tentativa de libertar a questão do misticismo. A doença resultaria de crise ou desequilíbrio no organismo e assim o médico inaugura a teoria organicista da loucura (PESSOTTI, 1995). Hipócrates foi um dos primeiros a explicar os distúrbios através da fisiologia.

A vida psíquica, nesta época, admite a importância das funções do cérebro, cuja normalidade assegura as funções comportamentais e cujos distúrbios resultam em doença mental. Logo, a loucura seria uma doença orgânica resultante do estado anormal do cérebro, aponta Pessotti (1995). O pensamento médico organicista e a psicopatologia da época de Hipócrates permanecem predominantes por muitos séculos.

Em dissonância com essas ideias, Asclepiades de Bitínia, médico que viveu entre 129 e 40 a. C., chamava de “paixões das sensações” as doenças mentais, acreditando que eram oriundas de distúrbios e concebeu diversos

métodos inovadores como a utilização de música como terapêutica além de condenar o uso de prisões para os loucos (SILVA, 1993).

Areteu da Capadócia, médico do século I d.C., pode ser considerado um alienista. De acordo com Pessotti (1995) deve-se a este o feito de descrever sintomas, caracterizar delírios e distinguir mania e melancolia de maneira minuciosa, além de inaugurar os banhos como terapia para os doentes. Areteu fez importantes observações sobre mania, melancolia e psicose maníaco-depressiva, bem como uma perspicaz descrição da sintomatologia da epilepsia.

Outro pensador, destoante da Escola Dogmática de Hipócrates, é Soranus de Éfeso, cuja terapêutica contemplava práticas como idas ao teatro com diferentes indicações conforme os ânimos dos pacientes, motivação ao discurso ou música e outras habilidades que os doentes eventualmente possuíssem (PESSOTTI, 1995). Soranus, no século I d.C., já considerava importante os recursos pessoais e suporte social para obter êxito no tratamento.

Outro nome surge nos estudos iniciais sobre doença mental. Galeno, nascido por volta de 130 d.C., constituiu a fisiologia experimental. Diante da proibição da época de lidar com cadáveres, Galeno trouxe contribuições nos campos da fisiologia e anatomia através do estudo comparativo com animais (SILVA, 1993).

Assim como Hipócrates, muitos estudiosos atribuíam a insanidade às alterações orgânicas e prescreviam terapias físicas recomendando a purificação dos órgãos para reequilibrar o organismo. Aqueles que se opunham ao modelo essencialmente organicista procuravam aplicar também um conjunto de práticas que, já nessa época, envolvia estímulo às potencialidades e realizações pessoais.

### **3 A CONCEPÇÃO DEMONISTA MEDIEVAL**

A atribuição de influência superior como causa da loucura retorna no século XV. Todavia os comportamentos estranhos já não são desígnios dos deuses, mas do demônio. Essa concepção “é pesadamente fundada sobre os textos de Santo Agostinho e de Tomás de Aquino, e inclui princípios metafísicos, ideias mágicas e uma valoração pessimista dos homens” (PESSOTTI, 2001, p. 31).

Diante disso, os comportamentos desviantes serão reconhecidos como possessão. Logo, a Inquisição levaria à fogueira um considerável número de histéricas e alucinados. Tal ideia apoiava-se em algumas obras que descreviam pensamentos e comportamentos aberrantes atribuídos à influência demoníaca, como o *Malleus Maleficarum*, de 1484, e o *Compendio dell'Arte Essorcistica*, de 1576, explica Pessotti (1995).

A loucura não se configurava somente como “desrazão”, sendo também aquele comportamento tomado de luxúria ou desrespeito ao sagrado. Além da possessão, o demônio poderia agir nos objetos e no ambiente assim como no corpo, causando alucinações e outros comportamentos que a medicina não explicava como a mudez, paralisias ou cegueiras sem causa aparente (PESSOTTI, 1995). O louco, lançado nesse contexto, passa a ser submetido às medidas para sua remissão.

A loucura associada à possessão afastava o médico de seu papel e chamava de tratamento as particularidades da crença. A terapêutica era a expiação dos pecados, dedicação a preces, peregrinações a lugares santos, suplícios, flagelos, exorcismos e morte na fogueira (DE TILIO, 2007).

No século XVI, Felix Plater e Zacchiasirão trazer importantes contribuições que, apesar de ainda não excluírem o pensamento demonista, admitem e desenvolvem também a ideia de doença, classificadas de demência, delírio e imbecilidade (PESSOTTI, 1995). Significava a possível retomada do estudo mais aprofundado e independente das convicções religiosas.

#### **4 O MODELO ORGANICISTA NA IDADE MODERNA**

No século XV, os insanos passam a ser levados para os leprosários vazios que necessitavam ser ocupados em seu espaço físico e simbólico. Nesse sentido, observa-se que a pretensão renascentista era reprimir o comportamento destoante do indivíduo ao recolhê-lo e considerá-lo alienado. Compartilhavam o mesmo local os insanos, os homossexuais, os blasfemadores, os suicidas, os chamados libertinos, aqueles que se dedicavam à magia ou alquimia ou que se entregavam a algum tipo de profanação (FOUCAULT, 1978).

O tratamento se resumia à mera custódia dos loucos, sem cuidado ou atenção médica nem tratamento específico para as doenças mentais e assim

prosseguiu por muito tempo. Foucault (1975) afirma que o século XVIII marca definitivamente a apreensão do fenômeno da loucura como objeto do saber médico, caracterizando-o como doença mental sendo, inclusive, passível de cura.

A criação de grandes hospitais irá propiciar internação e a observação dos diferentes grupos que ali se encontravam. O propósito da instituição seria, segundo Castel (1978, p. 90), “reinjetar os reclusos no circuito da normalidade, quando as técnicas de disciplinarização são vitoriosas; neutralizá-los, pelo menos, e definitivamente, se necessário, através da segregação”.

Novos métodos aparecem, então, como forma de tratamento. No ano de 1777, Mesmer introduz no campo das doenças mentais o magnetismo tratando de uma jovem histérica (SILVA, 1993). Sua prática não foi bem aceita pela comunidade médica. Apenas posteriormente, Charcot ganharia notoriedade ao se utilizar da hipnose entre as mulheres de Salpêtrière. No entanto, as transformações no âmbito médico dariam início a novos rumos em saúde mental.

## **5 O GRITO DE PINEL E AS CATEGORIZAÇÕES DAS DOENÇAS**

Inicialmente, os primeiros hospitais não recebiam apenas os doentes mentais. Na França, o Hospital Salpêtrière abrigava pessoas do sexo feminino e o Bicêtre do sexo masculino, recolhendo criminosos, mendigos e loucos e lhes aplicava tratamento ainda bastante primitivo, deixando-os acorrentados em celas escuras sem nenhum tipo de cuidado (SILVA, 1993).

Philippe Pinel já era um clínico conhecido quando foi nomeado para a direção do Bicêtre em 1793 e para o Hospital da Salpêtrière dois anos depois. Considerava as doenças mentais como resultantes de tensões sociais e psicológicas excessivas, causas hereditárias ou decorrentes de acidentes físicos, desprezando as crendices comuns ao povo e mesmo aos médicos (BARRETO, 2012).

No hospital, Pinel “liberta os loucos das correntes” e introduz novas técnicas. A liberdade, porém, era restrita aos muros da instituição e suas normas. “O internamento ganha valor terapêutico: torna-se asilo. A loucura torna-se objeto médico: ganha o valor de doença. E a ligação entre o asilo e a

doença forja-se como uma relação necessária”, afirma Frayze-Pereira (1984, p. 83).

O método adotado permitiu que o médico tivesse contato minucioso que favorecia a observação do comportamento dos doentes que se encontravam internados. Silveira e Braga (2005) explicam que para esse modelo hospitalar funcionar, era necessário instaurar medidas disciplinares que garantissem a nova ordem, surgindo então a delimitação do espaço físico, onde princípios de vigilância constante e registro contínuo seriam fundamentais para assegurar o conhecimento em todos os seus detalhes.

A obra *Classificação filosófica das doenças*, de 1798, preconizava que a doença era indivisível em seu estado e possuía um conjunto regular de sintomas característicos (BARRETO, 2012). As mudanças aboliam os tratamentos comuns como sangrias e purgações e introduziam uma terapêutica mais próxima dos pacientes.

O tratamento proposto por Pinel não é isento de críticas sendo apontado como forma de domínio e exclusão. Além disso, o chamado libertador dos loucos era um reformador da moral. O trabalho clínico se encerrava para os pacientes com “maus hábitos” impossíveis de se corrigir, como para aquele com incomum apetite sexual, pois tais inclinações não eram loucura em si, mas favoreciam seu surgimento (PESSOTTI, 1995).

Resgatar a loucura da visão místico-religiosa e trazê-la para o campo da medicina pode ser considerado, apesar dos contrapontos, um ganho. Contudo, há de se refletir a qualquer tempo, nos perigos de pressupor que a psiquiatria e a figura do médico têm o poder de estabelecer a razão e de garantir a norma social respondendo a alguma ordem pública e enquadrando o comportamento do sujeito (PESSOTTI, 1996).

Esquirol, psiquiatra que sucedeu Pinel na Salpêtrière, elaborou estatística dos pacientes a partir de registros das possíveis causas das enfermidades mentais e defendia que as emoções causavam os desajustamentos psicológicos, não sendo estes exclusivamente oriundos de lesões cerebrais (SILVA, 1993).

O médico Guillaume Ferrus se choca, 30 anos após a libertação das correntes por Pinel, com os alienados que ainda se encontravam presos e carentes de trato. Diante disso, resolve selecioná-los de acordo com suas

aptidões e inicia um processo de tratamento que incluía a execução de tarefas, explica SILVA (1993). Tratava-se de um período em que muitos recolhidos se encontravam no ócio e outros tantos na mendicância. Criava-se então uma era na psiquiatria através da terapêutica pelo trabalho. Logo, aqueles que viviam na ociosidade estariam no cerne do problema. Surgia uma tentativa moral de mandá-los ao trabalho e restituir-lhes a capacidade de ser produtivo.

## **6 OUTRAS IMPORTANTES CONTRIBUIÇÕES E IMPASSES**

A característica que marcou o século XVIII constituía-se em conferir à loucura uma especificidade ao concebê-la como doença, buscando transformá-la em objeto de conhecimento e intervenção exclusivos do médico (ENGEL, 2001). Decorridas as mudanças, os manicômios assumem posição que privilegia a observação sistemática dos comportamentos e sintomas e, conseqüentemente, o efeito do tratamento.

O nome de Jean-Martin Charcot, médico francês do século XIX, remete a um conhecido experimento dedicado às pacientes histéricas do Hospital da Salpêtrière. Segundo Silva (1993), Charcot traz não só a prática da hipnose, mas diversas contribuições através de estudos elaborados sobre epilepsia e enfermidades neurológicas.

Emil Kraepelin, psiquiatra alemão também influente na época, publica seu *Compêndio de Psiquiatria* em 1883 com um balanço das doenças, diferenciando-as, a partir da 2ª edição, como curáveis ou incuráveis, incluindo o primeiro grupo mania e depressão e o segundo a demência (SILVA, 1993). Em sua obra, Kraepelin propõe que os hospitais psiquiátricos deixem de ter a conhecida estrutura asilar e que os tratamentos nos moldes da coerção e punição sejam abandonados, propondo como finalidade maior a reabilitação do doente (BARRETO, 2012). Os métodos violentos e abusivos deveriam ser abandonados permitindo, em algum nível, reabilitar os internos. Contudo, Kraepelin seria também alvo de críticas, pois não lhe interessava ouvir o paciente. Segundo Frayze-Pereira (1984, p. 17), Kraepelin dizia que “ignorar a língua do enfermo é, em medicina mental, uma excelente condição de observação”.

Referente aos acontecimentos do século XIX, Foucault (1975) diz que a psiquiatria se limitava a uma descrição puramente negativa da doença, dando



demasiado enfoque à semiologia, descrevendo, enumerando e classificando seus desdobramentos. As técnicas de tratamento eram recursos experimentados nas internações como a hidroterapia, administração excessiva de medicamentos, aplicação de estímulos elétricos ou uso de procedimentos cirúrgicos. No século XX, já se experimentava coma e convulsões induzidas por insulina para tratar a esquizofrenia sendo, posteriormente, desenvolvida a Eletroconvulsoterapia, utilizada na psicose e em alguns casos de depressão maior (LOBO, 2012).

No Brasil, a loucura ganha destaque após a chegada da Família Real no início do século XIX, quando se exige maior controle social, levando a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro a retirar das ruas essa população, pontua Scaramussa et al. (2009). A partir da demanda de recolhimento e limpeza das áreas urbanas é que se instaura a criação de locais próprios para essas pessoas.

O primeiro hospício, Pedro II, foi inaugurado no Rio de Janeiro em 1852 e foi, desde a sua criação até a Proclamação da República, alvo de críticas do meio científico por estar sob liderança da igreja católica (SCARAMUSSA et al, 2009). As técnicas e métodos empregados eram, em sua maioria, os mesmos que corriam o mundo na época e abrangiam uma política hospitalocêntrica, de exclusão, com uso de força e abandono.

A introdução efetiva dos primeiros psicofármacos com finalidade específica para transtornos psiquiátricos surge a partir de 1940 (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999). Desde então, é possível perceber que a gama de medicamentos, bem como a prescrição e uso em diferentes transtornos, vêm aumentando consideravelmente.

Sobre a medicalização, Castel (1978) afirma que não significa apenas a interdição da loucura pelo olhar médico, mas principalmente uma definição constituída através da medicina que transforma o louco em alienado nos âmbitos jurídico, civil e social. Assim, o alienado tem sua existência, de certa maneira, transferida para outro, não sendo exatamente responsável por ela.

Frente a essas transformações no campo das doenças mentais, surgem questionamentos sobre as instituições enquanto locais que ainda promovem a segregação do sujeito. Adicionalmente, Goffman (1974) afirma que a existência dos hospitais psiquiátricos se daria por exigência da sociedade a fim de

atender às suas necessidades. Tal afirmação nos convoca a refletir sobre o papel dos diversos atores sociais na estigmatização.

## **7 A EUGENIA, A ANTIPSIQUIATRIA E AS REFORMAS**

A Eugenia, construto baseado em uma ciência da raça e da sua regeneração, nasce a partir da união entre medicina, educação e direito, esclarece Barreto (2012). Esse discurso acompanha o processo de transformação política e econômica de diversas partes do mundo e expressa o pensamento de muitos sobre a extinção da pobreza e da doença. Essa teoria reuniu as esferas social, científica e política para tratar sobre temas que se tornariam prioritários como saneamento, educação pública, educação física, cirurgia plástica, proteção à infância, combate ao alcoolismo, sífilis e outras doenças endêmicas (BARRETO, 2012). Tornou-se a ciência que norteava princípios de entidades que visavam o desenvolvimento e fortalecimento das nações.

No fim do século XIX e início do século XX, a esterilização dos chamados degenerados teria grande impacto no meio médico ocidental, sendo defendida por muitos (ENGEL, 2001). Para os higienistas, a intenção era justificada pela busca do aperfeiçoamento físico e mental dos homens.

Entendia-se que a desorganização social e o funcionamento ineficaz de uma sociedade causavam as doenças, portanto, cabia à medicina pensar em seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais para então agir sobre aquilo que promoveria a desordem (MANSANERA; SILVA, 2000). Novamente, a medicina assume papel de agente responsável por uma ordem idealizadora da moral na sociedade.

Em 1908 organizava-se a Sociedade de Higiene Mental de Connecticut, cujo objetivo maior era a prevenção das doenças mentais. No ano seguinte surge, nos EUA, o Comitê Nacional de Higiene Mental e em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental. O próprio idealizador desse movimento, Clifford Beers, já havia sido internado em algumas instituições para alienados (SILVA, 1993). A ideia de Eugenia foi apropriada pela Liga de Higiene Mental. A proposta de uma prevenção possível serviria de orientação para as medidas apresentadas.

Renato Kehl, médico eugenista brasileiro, foi adepto das referidas concepções e sustentava a necessidade de se extinguir os “homens de mal”,

através das práticas de esterilização compulsória dos degenerados aplicadas em vasta escala, inclusive em indivíduos “superficialmente normais” (ENGEL, 2001). A concepção de limpeza da sociedade surge como ameaça à subjetividade.

Em comunhão com esse pensamento, os seguidores sustentavam que havia no mundo excesso de gente e que esse excesso era formado por pessoas de baixa categoria física, psíquica, intelectual, improdutivas e perturbadoras do equilíbrio social (MANSANERA; SILVA, 2000). Aqueles que se enquadrassem nesses aspectos não representariam significativa perda para a sociedade. Nessa perspectiva, não se pensava em sujeito e sim no homem como coletivo e no que se entendia como o bem para esse coletivo. O movimento representava o controle tanto na prevenção como na extinção do mal já existente.

A escola era importante aliada na educação para a higiene social defendendo a ideia de uma nação mental e fisicamente equilibrada e questionando os custos na formação daqueles considerados débeis ou desequilibrados (MANSANERA; SILVA, 2000). Aqueles considerados intelectualmente inferiores ou fisicamente deficientes estariam, portanto, excluídos em seus direitos na educação e na saúde.

Esse cenário provocou diversos movimentos críticos pelo mundo que buscavam extinguir ou reescrever antigas práticas sobre a doença mental. O movimento conhecido como Contracultura, na década de 1960, fez surgir em diversas partes do mundo pessoas engajadas na busca de direitos e igualdade. Nesse contexto, afirma Oliveira (2011), alguns psiquiatras começam a questionar a psiquiatria negando as formas de tratamento tradicional da loucura, bem como sua construção e as relações de poder implicadas.

O Movimento chamado Antipsiquiatria, pautado no respeito ao sofrimento psíquico do doente, traz em seu bojo o compromisso de defesa daqueles que outrora foram vítimas de concepções, diagnósticos e trato equivocados. De acordo com Oliveira (2011, p. 149), “a antipsiquiatria configurou-se numa corrente cuja característica principal, além de negar a psiquiatria tradicional, era promover formas alternativas de tratamento do sofrimento psíquico”. Para tanto, deveriam ser pensadas as ações que serviriam para validar a ideologia. “A Antipsiquiatria, portanto, pregava o

fechamento dos estabelecimentos médicos psiquiátricos alegando que as práticas de assistência ao doente mental, naquele contexto, pautavam-se pela violência constante e desumana” (OLIVEIRA, 2011, p. 149). O novo ideal buscava anular os conceitos da loucura e todo o conjunto de técnicas para tratá-la. “A Antipsiquiatria visou extinguir os manicômios e eliminar a própria ideia de doença mental” apontaram Roudinesco e Plon (1998, p. 26).

A influência das relações e trocas sociais era considerada como possível facilitadora dos sintomas na loucura. Os comportamentos doentios de um indivíduo deveriam ser entendidos a partir das suas relações com os outros e os sintomas da doença mental representariam uma tentativa deste de evitar o desprazer que advém dessas relações (OLIVEIRA, 2011).

A desordem mental dos indivíduos evidenciaria a desordem no nível social e rejeitar essa pressuposição dificultaria a reparação dessas relações e seus desalinhos. Ainda de acordo com Oliveira (2011, p. 150), “vivemos em constantes relações, caracterizadas pelo exercício permanente de poder no qual são forjados significados e definidos valores, na tentativa de estabelecer e manter uma certa ordem”.

O movimento da antipsiquiatria tentava deslocar a loucura, que vinha sendo combatida como comportamento desviante para um lugar de normalidade e modo de vida. “A antipsiquiatria acredita que a loucura é fabricada por razões e mecanismos políticos e propõe soluções coerentes e possíveis, porém ameaçadoras à ordem estabelecida” (DUARTE JÚNIOR 1983, p. 3).

Por sua vez, Roudinesco e Plon (1998) assinalam que apesar dessa corrente ter sido impactante, teve duração breve por se tratar de uma revolta e querer considerar, de maneira utópica, a loucura como um estilo de vida. Entretanto, essa ideologia conseguiu mobilizar o saber predominante permitindo reformular questões no campo da doença e abrir caminho para reflexões sobre saúde.

Novos pensamentos nascem tendo em vista a interrupção dos abusos e violência perpetrados contra os doentes. E nesse questionamento do paradigma social, a experiência de Franco Basaglia e seus colaboradores inspira mudanças de caráter revolucionário (PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013).

O Italiano Franco Basaglia foi o psiquiatra precursor do movimento conhecido como Psiquiatria Democrática, que nasce entre o final da década de 1960 e início da década de 1970. Não se tratava de negar a doença, mas de reformular as políticas existentes. Comovido com a situação dos manicômios e incentivado pela política das comunidades terapêuticas e psicoterapia institucional, Basaglia buscou, sem sucesso, aplicá-las em Gorizia, explica AMARANTE (2010).

Para Rotelli, segundo Amarante (2010), é justamente o atraso na aplicação das reformas em território italiano que possibilitará futuras reflexões. O novo olhar para a doença resultará em novas produções acerca do tratamento e do papel dos profissionais envolvidos no cuidado.

O que Basaglia pretendia inicialmente era transformar o manicômio em hospital de cura, introduzindo inovações no âmbito intra-hospitalar além de constituir uma base humana envolvendo médicos, pacientes e também os outros que ali trabalhavam (AMARANTE, 2010). A experiência traz novas ponderações. O modelo clássico da psiquiatria vai perdendo espaço para um novo modelo que propõe a desinstitucionalização como principal objetivo.

Basaglia propôs a negação da instituição psiquiátrica e do rótulo de doente impulsionando um novo modo de prestar assistência no qual os trabalhadores pudessem deixar de atuar como vigilantes da suposta normalidade na instituição (PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013). A desconstrução desse antigo modelo culminará na criação de uma rede de recursos e serviços substitutivos. A revolução não se destina a novas categorizações de doenças, mas principalmente a um modo de pensar e agir em sua totalidade. Exige a transformação do saber.

A crítica à antiga psiquiatria inclui o mal-estar pelo estigma social. O manicômio não é o causador da doença em si, mas sim o lugar estabelecido para a sociedade lidar com esta. Sobre isso, nos orienta Amarante (2010, p. 75) que “para transformar essa realidade, é necessário sair do território exclusivamente psiquiátrico e construir na sociedade as condições para que ela, como espaço real da vida humana, participe da solução. “Essa desconstrução do saber psiquiátrico é forte componente da mudança, assim como a destituição do médico do já conhecido papel de regulador e sentinela da ordem moral. É preciso reconhecer que “o psiquiatra parece, de fato, e

apenas hoje, descobrir que o primeiro passo em busca da cura do doente é o retorno à liberdade da qual ele mesmo o havia privado” (BASAGLIA, 1985, p. 249).

A reforma psiquiátrica brasileira se fundamenta nas principais concepções das reformas que aconteciam no mundo e resolve adotar a visão Italiana como principal influente, assinalam Silveira e Braga (2005). Esse conflito no campo da saúde mental irrompe em meio ao período da ditadura militar e mudanças no quadro político e econômico.

A circunstância de crise, inclusive na previdência social, contribui para a entrada de diferentes atores e suas reivindicações, favorecendo as manifestações dos trabalhadores de saúde mental e de representantes de outros grupos trazendo críticas e denúncias (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Nesse contexto, novos personagens se apropriam, em conjunto, de um lugar que era predominantemente médico.

A Reforma Sanitária, movimento pela transformação das condições de saúde da população, resultou na criação de novas políticas de saúde como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e assegurado pela Constituição Federal de 1988. No âmbito da saúde mental, surge a exigência de providências frente aos maus tratos denunciados na I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 (SCARAMUSSA et al, 2009). Eis aqui importantes marcos na história da saúde no Brasil.

As demais Conferências Nacionais de Saúde Mental aconteceram em 1992, 2001 e 2010 e permitiram traçar objetivos para a reforma psiquiátrica e propor os serviços substitutivos ao modelo asilar. Entre os propósitos defendidos estão o respeito à cidadania e a ênfase na atenção integral compreendendo o processo saúde/doença como parte integrante da qualidade de vida (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

As reformas brasileiras constituem considerável progresso, mas ainda encontram desafios em um complexo processo político e social. A Reforma Psiquiátrica percorreu um árduo caminho desde a humanização do tratamento da loucura até a inauguração do primeiro serviço substitutivo à internação. O trabalho dos atores e instituições ainda avança e atravessa impasses na construção de novas políticas e serviços em saúde mental. Sobre a

contribuição de Basaglia, Amarante (2010) diz que o princípio de se colocar a doença entre parênteses se refere à individuação da pessoa doente, trata-se de se ocupar do entorno da doença e não de seu conceito.

Entre conquistas e desacertos, a história da loucura já esteve marcada pela violência, indiferença, amparo e acolhimento. A experiência aproxima daquilo que talvez já não pareça tão estranho. Sobre essa convivência, pontua Kehl:

Tolerar o estranho não significa apenas permitir que ele exista em algum lugar, longe de nós. Não significa apenas suportar que ele ocupe a periferia de um mundo no qual nós, modernos civilizados, supomos ocupar o centro. Abrigar e tolerar o estranho é permitir que ele nos desestabilize permanentemente, deslocando nossas certezas, borrando as fronteiras de nossa suposta identidade, oferecendo traços identificatórios que frustram o outro projeto moderno, de unicidade, e individualidade. Tolerar o estranho é tolerar também a incerteza que ele traz (KEHL, 2004, p.102).

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A loucura assume diferentes significados que acompanham a cena social das diferentes épocas. A construção histórica da loucura no ocidente é permeada por transformações profundas que seguiam, em cada momento, os ensejos da sociedade.

Diante de vastas configurações, de acordo com as diferentes épocas, foi possível depreender os diversos elementos que moldam os saberes e vêm sustentando o cuidado em saúde mental. Considera-se como produto de tantos esforços a multiplicidade de contribuições dos personagens que se empenharam em compreender e tratar o sofrimento psíquico.

A loucura já esteve tanto nas mãos da medicina quanto subordinada ao campo político ou religioso. As instituições promoveram, por muito tempo, a anulação da pessoa em sofrimento mental. Apesar das pontuais tentativas de promover cuidado e inclusão, a violência e o abandono estiveram presentes em grande parte dessa trajetória. O estigma e a depreciação do sujeito em sofrimento fizeram surgir questionamentos que culminariam em novas mudanças. A aposta atual é marcada justamente nas relações desse sujeito com os outros, pois é nessa relação que se construiriam as próprias referências.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- \_\_\_\_\_. **O Homem e a Serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- BARRETO, L. A. **Loucos de todos os gêneros**. Aracaju: Editora Diário Oficial, 2012.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- DE TILIO, R. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paideia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 37, p. 195-206, ago. 2007.
- DUARTE JÚNIOR, J. F. **A política da loucura (a antipsiquiatria)**. Campinas: Papirus, 1983.
- ENGEL, M.G. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura?** São Paulo: Brasiliense, 1984.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- \_\_\_\_\_. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. **Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 64-73, mar. 1999.
- KEHL, M.R. **Civilização partida**. In NOVAES, A. *Civilização e barbárie*. São Paulo, Companhia das Letras, 2004, p. 101-124.
- LOBO, A. M. C. **Do Eletrochoque ao Prozac: a trajetória da biologização da depressão no discurso psiquiátrico brasileiro (1942-1989)**. In: *Anais do 13º*



Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia- SBHC, São Paulo, 2012, v. 1, p. 1-13. Disponível em: [http://www.13snhct.sbhc.org.br/resources/anais/10/1356022559\\_ARQUIVO\\_TextoCompleto\\_AndreaLobo\\_13SeminarioNacionaldeHistoriadaCienciaeTeconologia\\_V2.pdf](http://www.13snhct.sbhc.org.br/resources/anais/10/1356022559_ARQUIVO_TextoCompleto_AndreaLobo_13SeminarioNacionaldeHistoriadaCienciaeTeconologia_V2.pdf). Acesso em: 20 ago. 2016.

MANSANERA, A. R; SILVA, L. C. da. **A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil.** *Psicologia em Estudo*, Maringá , v. 5, n. 1, p. 115-137, mar. 2000.

OLIVEIRA, W.V. de. **A fabricação da loucura:** contracultura e antipsiquiatria. *história, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-154, mar. 2011.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

\_\_\_\_\_. **O século dos manicômios.** São Paulo: Editora 34, 1996.

\_\_\_\_\_. **Os nomes da loucura.** São Paulo: Editora 34, 2001.

PIRES, R. R.; XIMENES, V. M.; NEPOMUCENO, B. B. **Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil:** Análise a Partir do Conceito de Cidadania. *Avances em Psicología Latinoamericana*, Bogotá, v. 31, n. 3, dez. 2013.

ROUDINESCO, E.; PLON M. **Dicionário de psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SCARAMUSSA, R. et al. **Saúde mental e produção de subjetividade:** o discurso de profissionais do sus sobre a loucura. In: *Anais do XV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Maceió, 2009. Disponível em: [http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=343&Itemid=96](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?option=com_content&task=view&id=343&Itemid=96). Acesso em: 20 ago. 2016.

SILVA, V. A. **A história da loucura: em busca da saúde mental.** Rio de Janeiro: Ediouro, 1993.

SILVEIRA L. C.; BRAGA V. A. B. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental.** *Revista Latino-americana de Enfermagem*. V. 13, n. 4, p. 591-595, jul-ago 2005.