


SOCIEDADE DISCIPLINAR, REFORMA PSIQUIÁTRICA E MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL: PROCESSO HISTÓRICO E DESAFIOS NA CONTEMPORANEIDADE

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.33913241012>

Data de aceite: 10/12/2024

Carlos Eduardo Marotta Peters

Doutor em História Social pela UNESP,
Campus de Assis
Docente na Fundação Educacional de
Penápolis

Joiceimar Cristina Cozza

Doutoranda em Educação pela UNESP,
Campus de Marília
Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade
de Medicina da USP de SP
Docente do Centro Universitário Católico
Salesiano *Auxilium* - Araçatuba

A relação das sociedades humanas com as doenças é complexa. É comum problematizar, por exemplo, a peste negra, a gripe espanhola e até mesmo a disseminação do câncer, tendo como escopo a medicina, a biologia ou qualquer outra ciência sancionada academicamente ou socialmente para falar dessas questões. Partimos do princípio de que a doença não pode problematizada apenas como fenômeno circunscrito ao olhar dessas ciências. É necessário compreender as representações produzidas historicamente

sobre as doenças, os saberes, as práticas, as instituições gestadas para sua contenção, os significados religiosos, a produção de bodes expiatórios etc. Ou seja, é necessário entender a doença também no âmbito da cultura, das instituições, da política, da economia etc. Esse novo olhar sobre o fenômeno da doença (e das técnicas de cura) foi influenciado, num primeiro momento, pelo pensamento do filósofo francês Michel Foucault, ainda que diversos historiadores tenham feito análises pouco ortodoxas das doenças no passado.

Foucault tematizou a loucura em sua obra *História da loucura na Idade Clássica* (1995). A loucura foi, nesse contexto, uma das primeiras doenças a ser abordada segundo a nova perspectiva que apontamos anteriormente. O filósofo francês influenciou gerações de historiadores, sociólogos, antropólogos e até mesmo psiquiatras porque buscou analisar como a doença em questão foi subjetivada por aparelhos de conhecimento e práticas institucionais. A loucura e os *desvios* em geral, segundo ele, foram

incorporados a um regime de verdade, transformados em *objetos* para o pensamento. Esse olhar levou sua leitura para novas trilhas. Em termos epistemológicos, Foucault não parte de um objeto para demonstrar suas diversas formas manifestações no tempo. Ele tenta chegar ao objeto de outra forma, partindo da análise das práticas. O importante seria desvendar quando e como o objeto surgiu como tema e como discurso. Segundo ele, objetos históricos e sujeitos históricos nascem como efeito de construções discursivas. Não devem ser, portanto, tomados como ponto de partida para atribuir sentido às práticas sociais. Em sua perspectiva, o trabalho de um analista é desconstruir discursos, fazer ver as redes que naturalizaram e constituíram verdades.

Em suma, a análise de Foucault deu à loucura status de objeto histórico. De acordo com a historiadora Margareth Rago (1995, p. 68), sua leitura foi ousada, pois situou no século XVIII, anteriormente descrito como o tempo da luta pela liberdade, da cidadania, a invenção das modernas técnicas de dominação, como a prisão e o hospício. Tais instituições não representaram, nessa perspectiva, um progresso na humanização das sociedades, mas foi resultado de um refinamento nas formas de violência e dominação. A partir dessa desconstrução, ele sugeriu a análise *microfísica*. Na microfísica foucaultiana, o poder é lido como uma grande teia de relações (muitas vezes positivas), que atravessam o tecido social, produzindo individualidades, adestrando corpos e delineando a ideia de normalidade. A normalidade, no século XIX, foi muitas vezes descrita como aquela que coincidia com a aptidão para o trabalho (no caso dos homens) e para a vida doméstica (no caso das mulheres).

Em sua obra sobre a loucura, o filósofo analisou os sentidos nela inscritos e o caminho que levou ao surgimento da psiquiatria. Seu argumento central é que a loucura só tem de fato realidade e é considerada doença no interior de uma cultura que a reconhece dessa forma. A cultura ocidental é que teria atribuído dado à doença o sentido de *desvio* e, conseqüentemente, ao doente uma condição capaz de excluí-lo do mundo produtivo, visto como normal. O desenvolvimento, contudo, da moderna concepção de loucura se deu a partir do final da Idade Média. Na transição para a Idade Moderna, a loucura já estava presente em termos discursivos, mas vivia em *estado de liberdade*. Estava, nesse sentido, inserida no cotidiano, e não era confinada em instituições. Nem sequer havia discurso médico refinado acerca de suas causas (FOUCAULT, 1995, p. 11).

Uma razão dominadora passou a definir os contornos da loucura a partir do século XVI. O louco passou a ser visto como portador de um defeito, um desviante. Por isso, deixou de fazer parte da vida cotidiana. Uma primeira instituição se encarregou de confinamento: o hospital. Em tais casas de internação, que foram disseminadas pela Europa, os loucos ainda não haviam sido individualizados, totalmente definidos. Eram misturados com aqueles que habitavam as *workhouses*. Como exemplo disso, no *Hospital Geral*, fundado em Paris em 1656, estavam confinados indivíduos considerados alienados, pobres, desempregados e outros. O *Hospital Geral* não tinha uma lógica médica.

O século XVIII foi palco de uma grande mudança. Outros sentidos foram gestados para essas casas de internamento. A loucura, em específico, recebeu definitivamente status de doença. O médico, profissional já amplamente sancionado nos países europeu, passou a ter um novo papel: evitar a disseminação da doença pelas cidades. Com esse objetivo, os locais de internação adquiriram nova função, se tornando cada vez mais especializados e isolados. Na segunda metade do século houve outra mudança. O louco foi descrito como vítima dos novos tempos. A avalanche de transformações desencadeadas pela revolução industrial e pela disseminação de novas ideias (iluministas), bem como a mudança nas instituições e nos valores (com o enfraquecimento da religiosidade); tudo isso foi descrito como causa de enlouquecimento individual e coletivo. A loucura seria a contrapartida negativa do progresso (FRAYSE-PEREIRA, 1985, p. 73). Raciocínio semelhante levou Émile Durkheim (2000), posteriormente, que o aumento dos índices de suicídio seria explicável pela perda de referências gerada pela modernidade. .

Em tal contexto, portanto, a loucura virou objeto da medicina. O internamento, por sua vez, passou a ser prática terapêutica. Seu objetivo seria reinserir o louco na instituição familiar. É importante frisar que a família burguesa (nuclear e heteronormativa) foi construída como sendo o modelo natural e, portanto ideal, de família (ENGEL, 1997). O hospício pode ser visto como um espelho de tal modelo. O louco, como avesso da normalidade, assumiu o papel daquele que deve ser educado. Os hospícios permitiram a observação e o registro dos *desvios*. A partir da criação de diversas categorias de loucura, surgiram também as práticas terapêuticas. Tais práticas eram geralmente punitivas e violentas. Seu objetivo seria principalmente homogeneizar as condutas. Nesse âmbito, a relação entre doente e médico foi reestruturada. Os cuidados meramente paliativos do passado se tornaram mais intensos, estabelecendo uma relação de dominação. A autoridade do médico era sancionada pela ordem moral da família burguesa e pelos governos.

No decorrer da racionalização do mundo perpetrada por vários saberes no século XIX, a loucura obteve seu devido espaço, o da exclusão. A medicalização da loucura era fundamentada num núcleo moral. O que realmente era avaliado era a aptidão para o mundo do trabalho e para o matrimônio. As leituras e as práticas da psiquiatria não podem ser entendidas como meramente científicas. Elas facilitaram intervenções políticas, muitas vezes repressivas, num contexto de surgimento projetos de ordenamento social (FRAYSE-PEREIRA, 1985, p. 87).

Esse novo personagem, o louco, foi definido e atormentou as leituras dominantes acerca da harmonia social. O louco incomodava por ser polissêmico e obscuro, uma criatura de reações inesperadas, às vezes violentas. Mas, sobretudo, por não ser capaz de dar sua contribuição para a construção do progresso, pois seria inábil para o trabalho e para o cuidado doméstico, bem como incapaz de exercer a tão propalada liberdade, gerada pela razão. Além da mente, a modernidade também concebera o corpo-máquina, unidade produtiva esquadrihada por múltiplos saberes científicos. A nova lógica civilizacional exigia o máximo das capacidades físicas e mentais. O corpo disforme, assim como a mente desvairada, também foi estigmatizado.

Na segunda metade do século XIX, houve outra transformação. O pensamento psiquiátrico mudou para se adequar a um ambiente novo, gerado pelo crescimento das cidades, pelo surgimento das multidões, pela presença de pobres, ociosos, criminosos e outros *perturbadores da ordem*. O conceito de loucura foi ampliado. Segundo Maria Clementina Pereira Cunha (1986, p. 25), o louco deixou de ser apenas furioso e visível, tornando-se insidioso, invisível e difícil de ser percebido por leigos. Um novo discurso foi criado, tendo como base a teoria da degenerescência de Bénédict Morel. Segundo a nova leitura, a degeneração seria transmitida hereditariamente. A loucura seria uma doença mais complexa do que simplesmente *desvio da razão*. Surgiu então a preocupação com o *degenerado*. Esse novo louco pareceria normal, dando a ele invisibilidade. Daí sua periculosidade ser maior.

A cidade moderna, com seus espaços mapeados, segregados e sanitarizados, virou palco para manifestações da degenerescência. O avesso da ordem possui, desde então, várias caras: vagabundagem, jogo, vício, prostituição e crime. Mas a multidão e a pobreza urbana também foram considerados responsáveis pela loucura. A cidade seria local de atração de degenerados e viabilizaria a doença por causa de seus espaços insalubres. Isso gerou mudanças institucionais importantes. Não bastaria mais confinar o louco. A guerra contra a enfermidade deveria ser travada nos seus focos geradores. O papel dos agentes da repressão foi repaginado e foram intensificadas as ações para gerir e higienizar as famílias (CUNHA, 1986, p. 25-6).

As instituições responsáveis pela grande internação reinaram soberanas na virada para o século XX e mantiveram, durante o século, sua centralidade no combate à loucura. Foram, contudo, muito questionadas na segunda metade desse século. Relatos sobre seu *modus operandi* violento, sobre sua higiene precária, suas instalações ruins, somada à constatação de que os controles externos eram falhos; tudo isso gerou discussões acerca da validade e eficácia de suas práticas, bem como da cientificidade do discurso de seus defensores. Por outro lado, a instrumentalização da psiquiatria por regimes autoritários e democráticos ajudou a demolir sua suposta neutralidade científica.

A implantação da psiquiatria em países como o Brasil foi um pouco tardia. Ainda que o discurso psiquiátrico já disputasse espaço com noções leigas e religiosas sobre a loucura desde meados do século XIX, a grande era de internações no país coincide com a modernização do Rio de Janeiro e, mais adiante, de São Paulo. Tais cidades receberam milhares de imigrantes na virada do século. Seu crescimento acelerado gerou debates e demandou na ótica dos grupos dirigentes, medidas inspiradas no modelo desenvolvido na Europa.

Foi colocado em prática, com o apoio de médicos sanitaristas, juristas e formadores de opinião, um amplo processo de reeducação da população e de repressão às práticas populares de medicina. A imposição de uma medicina social objetivava, também, expropriar da memória popular os conhecimentos a respeito da saúde e da doença, impondo um modelo baseado na medicina dita *científica*.

Autores como Roberto Machado (1978) situaram a origem de uma medicina social higienista (ou sua institucionalização) no Brasil na primeira metade do século XIX, com a fundação, em 1829, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ), entidade que foi transformada na Academia Imperial de Medicina (AIM) em 1835. Os efeitos dessa institucionalização, contudo, foram lentos. A medicina higienista, ou simplesmente higienismo, era derivada do neo-hipocratismo, leitura ambientalista do saber médico que via uma relação entre a doença, o ambiente e a sociedade. A consolidação das práticas higienistas aconteceu na transição para a Primeira República, em função das epidemias de cólera (1855) e febre amarela (1850) no Rio de Janeiro. O discurso médico higienista se radicalizou após tais epidemias, demandando uma ação enérgica no universo da saúde pública. O fruto de tais pressões foi a grande ação sanitária da última década do século XIX e primeira década do século XX, marcada pela derrubada de cortiços, pelas campanhas de vacinação e pela sofisticação e ampliação da ação dos agentes de saúde (CHALHOUN, 1996).

De acordo com Beatriz Teixeira Weber (1999, p. 85), o processo de legitimação do saber médico foi lento e marcado por embates. As práticas médicas não eram homogêneas e também geraram desconfiança em parte da população. Mas a penetração da medicina nas outras instituições aconteceu. A loucura foi quase totalmente monopolizada pelo saber psiquiátrico, ainda que existissem diversas instituições asilares leigas (geralmente religiosas) na primeira metade do século em regiões distantes dos grandes centros (PETERS, 2000). Segundo Anne Marie Moulin (1985), no avançar do século XX, se tornou quase impossível formar família, praticar esportes ou mesmo encontrar trabalho sem passar pela análise de um médico.

O modelo hospitalocêntrico de saúde mental, que historicamente tem sido dominante na abordagem e tratamento de questões relacionadas à saúde mental, enfatiza a internação em instituições psiquiátricas como principal forma de tratamento, negligenciando outras abordagens e recursos comunitários. Enquanto instrumento de docilização de corpos, tornou-se importante ferramenta da medicina e do estado para legitimar as práticas excludentes durante os últimos dois séculos.

O modelo hospitalocêntrico tem suas origens históricas no século XIX, quando os hospitais psiquiátricos foram estabelecidos como instituições para o tratamento de doenças mentais e a loucura passou a ser entendida cientificamente como um mal da alma. Esse modelo enfatiza a internação de longo prazo, isola o os pacientes do mundo social com uma abordagem e tratamentos predominantemente médicos e farmacológicos. No entanto, desde o século passado, tem havido um movimento crescente em direção a abordagens mais integrativas e centradas na comunidade e nos territórios. Passa-se então a uma busca de ações nos âmbitos sociais, políticos e de resistência que, superando o modelo hospitalocêntrico, possa colocar a doença em suspensão e olhar para o humano que emerge, apesar da e com a doença.

A Reforma Psiquiátrica tem seus primeiros avanços no século XX, como um movimento que busca superar o modelo asilar e promover uma abordagem mais humanizada e inclusiva no cuidado de pessoas com transtornos mentais (BOARINI, 2020). Ao longo das últimas décadas, essa reforma tem ganhado força em diversos países, impulsionada por evidências científicas, direitos humanos e demandas da sociedade. Busca a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, enfatizando a inclusão social, a autonomia e o respeito aos direitos humanos. Seus principais objetivos incluem a redução do número de leitos psiquiátricos, a implementação de serviços comunitários de saúde mental, a valorização da participação dos usuários e familiares no processo de cuidado e a promoção da integralidade no atendimento.

Porém, ao longo dos anos, vários foram os enfrentamentos e os desafios, como resistência de profissionais e instituições, estigma associado aos transtornos mentais e falta de recursos adequados. Segundo Basaglia (1979), desinstitucionalizar não é somente modificar as formas de atenção à loucura, mas produzir modificações na cultura, na sociedade excludente das diferenças, portanto, produzir modificações na racionalidade social sobre este fenômeno. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica não pode deixar de lado as questões epistemológicas que a geraram.

A loucura, enquanto fenômeno psicossocial, acompanha o homem em sua trajetória histórica. Em quase todas as sociedades há indícios da existência de pessoas que perderam o controle de suas emoções e alteraram o seu comportamento a ponto de causar estranheza em seus semelhantes. Como afirma Jaspers (1959), a loucura é um fenômeno tipicamente humano, pois é somente quando afetado em seu devir que o sujeito põe em questão seu ser, constituindo a psicopatologia.

Cada época histórica vai tratar deste fenômeno de um modo característico, marcado pelo horizonte racional, cultural, social, político predominante no momento.

O conhecimento sobre a historicidade dos fenômenos sociais evidencia as contradições e determinações presentes na trajetória da humanidade. A loucura como doença e como especificidade médico-psiquiátrica existe há aproximadamente 200 anos. É no século XVIII que se inscreve uma nova maneira de se perceber e vivenciar a condição humana (Bezerra B. Jr, 1995). A loucura e seus lugares de exclusão, como templos, domicílios e instituições sempre existiram, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVIII (Foucault, M., 1975).

A reforma psiquiátrica, constituiu-se como movimento histórico de caráter político, social e a epistemologia da reforma psiquiátrica traz em seu bojo a construção de ações, instrumentos e práticas técnicas que fazem emergir a necessidade de desinstitucionalização e desconstrução do manicômio. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade com o advento dos movimentos antimanicomiais que surgiram ao longo do século XX, principalmente a partir da vertente basagliana e suas lutas (Gonçalves, 2008).

No Brasil, no decorrer do século XX, vários profissionais de diferentes campos do saber denunciaram a morte de milhares de pessoas sequestradas pela exclusão, torturadas e mortas durante décadas em hospitais psiquiátricos. Essa insurgência marcou um estado embrionário da luta antimanicomial em resistência à hegemonia do tratamento psiquiátrico vigente, alavancadas em consonância com uma série de eventos nacionais, internacionais e, especialmente pautada nas experiências de desinstitucionalização da psiquiatria desenvolvidas em Gorizia e em Trieste, na Itália, por Franco Basaglia (1924-1980) no período de pós II Grande Guerra Mundial.

Como característica de muitos movimentos sociais brasileiros, a luta antimanicomial emerge do contexto de abertura do regime militar, com manifestações de resistência na saúde, sobretudo na construção do Centro Brasileiro de estudos de Saúde, em 1976, bem como o Movimento de Renovação Médica no mesmo ano.

Alavancado por esses movimentos, surge o Movimento dos Trabalhadores de saúde mental, cujo papel impactante foram as denúncias sobre o governo militar e as violências perpetradas pelo sistema de assistência psiquiátrica: tortura, fraudes, corrupção, barbárie. Este movimento originou uma greve de oito meses em 1978, alcançando importante repercussão na imprensa.

Porém, é a partir da realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, que se iniciaram as discussões políticas acerca da, então, díade política nacional - saúde mental. Neste momento de efervescente resistência, a vinda de grandes pensadores ao Brasil (Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman) para participação do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro somado à ocorrência, em 1979, do I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo, emergiram ferramentas para a busca de uma práxis que flertava com as propostas de um estreitamento mais articulado com outros movimentos sociais. Na mesma época, em Belo Horizonte, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria articulado com o MTSM (AMARANTE, 1995), surgem propostas alternativas à assistência psiquiátrica.

Em 1987, dois eventos fundantes envolvem família, comunidade, associações de usuários integrando-se às discussões: I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM11 (em Bauru/SP), passando-se a construção de um movimento mais amplo, na medida em que atores sociais se incorporam à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas (AMARANTE, 1995). Com a criação do Manifesto de Bauru que, segundo Silva (2003), se estabelece a criação do documento de fundação do movimento antimanicomial que marca a afirmação do laço social entre os profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento, o que possibilitou a abertura de um espaço publicizado de debate que propicia a ruptura crescente da perspectiva tecnicista sobre a loucura. A Luta Antimanicomial, cujo lema é “Por uma Sociedade sem Manicômios” e tem o dia 18 de maio como data de comemoração no calendário nacional brasileiro diferenciava-se pela ampla participação de usuários e familiares, o que traz um novo horizonte para as discussões e proposições que, até então, aconteciam a portas fechadas, sob a égide da ciência, da política e dos profissionais da área da saúde.

Dessas vozes inquietas das nas primeiras décadas do século XX ou na década de 1970 e, posteriormente, quando se gritava pela redemocratização, pelo fim da ditadura militar e a barbárie instalada em anos de arbitrariedades, nos hospitais psiquiátricos, surgiam as resistências pela mudança de paradigmas tecnicistas e organicistas e pela extinção dos manicômios.

Nas décadas que se seguiram, com a Constituição de 1988 e a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), ações práticas de cuidado em liberdade sob o lema “por uma sociedade sem manicômios” foram iniciadas no Brasil, tais como a regionalização do atendimento psicossocial, buscando as bases comunitárias e fazendo emergir a necessidade de se olhar para o território como o lugar da ação em educação e prevenção.

Nos anos 80, houve a formulação – e posterior aprovação – da Lei nº 10.216, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica” e, em 6 de abril de 2001, a Lei estabeleceu novas diretrizes para políticas de saúde mental, ao prever a substituição progressiva dos manicômios no país por uma rede complexa de serviços que compreendem o cuidado em liberdade como elemento fundamentalmente terapêutico, o que estabeleceu garantias importantes para a pessoa com transtorno mental, quais sejam: que a pessoa com transtorno mental, “sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno (...)”, deve ser “tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade [art. 2º, § II]”.

A reforma psiquiátrica se constrói no sentido de empurrar e sustentar que os poderes executivos invistam nos processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência – grande parte delas sem qualquer vínculo remanescente com a sociedade. Discursos, saberes e práticas psiquiátricas seculares que, no passado e até hoje, sustentam o estigma da loucura pelo diagnóstico da “doença mental” tem sido alvo de resistência por uma sociedade sem a defesa da internação hospitalar, sem o absenteísmo e a segregação social como princípios básicos de tratamento em saúde mental (PEREIRA, M. R., 2021).

Hoje, o Movimento Antimanicomial é reconhecido internacionalmente como uma referência na luta pelos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e tem inspirado ações semelhantes em outros países. É importante ressaltar, no entanto, que apesar dos avanços alcançados, ainda há muito a ser conquistado para garantir o acesso universal aos cuidados em saúde mental e para combater o estigma e a discriminação, ainda que velados, no que tange às diversas experiências existenciais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.). **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

BASAGLIA F. (1979). **Conferenze brasiliane**. A cura di F. Ongaro Basaglia & M.G. Giannichedda. Milano: Raffaello Cortina, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília: 1988.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: DF. Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm.

BOARINI, M. L. A luta antimanicomial: um mosaico de vozes insurgentes. *Rev. psicol. polít.* [online]. 2020, vol.20, n.47, pp. 21-35. ISSN 2175-1390.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

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

DURKHEIM, E. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ENGEL, Magali. *Psiquiatria e feminilidade*. DEL PRIORI, Mary. (org.). **História das mulheres no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1997.

FRAYSE-PEREIRA, João Augusto. **O que é loucura**. São Paulo: Abril Cultural; Brasiliense, 1985.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. 4. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

Gonçalves A. M. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Belo Horizonte: 2008.

Jaspers, K. (1997). *General Psychopathology*. Baltimore (EUA): Johns Hopkins University Press. (Trabalho original publicado em 1913. Última edição em 1959).

Machado, Roberto et al. **Danação da Norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

PETERS, Carlos Eduardo Marotta. **Asilo Espírita “Discípulos de Jesus” de Penápolis**: a loucura no cotidiano de uma instituição disciplinar (1935-1945). 143 p. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Estadual Paulista, Assis-SP, 2000.

RAGO, Margareth. O efeito-Foucault na historiografia brasileira. **Tempo Social - Revista de Sociologia da USP**. São Paulo, 7 (1-2), out. 1995.

SILVA M. V. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. *Loucura, ética e política: escritos militantes* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar**: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928). Santa Maria: Ediora da UFSM, Bauru: EDUSC, 1999.