



Argumentações sobre a Loucura no Brasil, antes de 2010: Uma contribuição histórica

Francisca Silva de Alencar¹; Nicácia Souza Oliveira²; Paulo Tadeu Ferreira Teixeira³

Resumo: Este artigo apresenta um panorama geral dos discursos sobre o tratamento da doença mental, no Brasil, do final do Império até a década 80. A maioria desses discursos foi apresentada pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que era a entidade organizadora dos tratamentos de doentes mentais no Brasil. Os discursos apresentados neste trabalho são recheados de discriminação racial e social. A proposta apresentada pelos higienistas brasileiros foi a de uma arianização da raça. Sendo assim, qualquer pessoa que não se encaixasse dentro do padrão de normalidade deveria ser descartada de alguma forma. Era o que estava acontecendo na Europa e o que os médicos brasileiros tinham o desejo de implantar no Brasil.

Palavras-Chaves: Loucura; Higiene; Doença; Psiquiatria.

¹ Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri - URCA, Mestre em Ciências da Saúde pelo Centro Universitário Saúde ABC - FMABC. Pós-graduada em Saúde da Família e Preceptoria em Saúde. Enfermeira Assistencialista do Hospital Universitário Onofre Lopes - HUOL vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, administrado pela Empresa Brasileira de Serviço Hospitalar-EBSERH. Desempenha também atividades de preceptoria do Processo de Trabalho do Enfermeiro na Rede Hospitalar, do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN. Possui experiência com a docência, atuou como Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA/CE e da Faculdade Vale do Salgado - FVS/CE. E-mail para contato: silvia.rami@hotmail.com;

² Bacharel em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri- URCA. Pós- graduada em Saúde Coletiva, Saúde da Família e Saúde da Pessoa Idosa. Enfermeira Assistencialista da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) do Complexo Hospitalar da UFC- EBSEH e Preceptora da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde. nicaciaoliveira@hotmail.com;

³ Graduado em Psicologia pela FTC/ Itabuna - BA. Pós-graduado em Neuropsicologia Facinter/PR 2010 e Psicologia Hospitalar- FSBA/ SSA/2014. Mestre em Tecnologias Aplicáveis a Bioenergia em 2019.FTC/ SSA. Atualmente atua na Faculdade UNIFTC Itabuna/BA. Contato: paulotteixeira_@hotmail.com.

Arguments about Madness in Brazil, before 2010: A historic contribution

Abstract: This article presents a general overview of the discourses regarding the treatment of mental illness in Brazil, from the end of the Empire until the 80s. The majority of these discourses were presented by the LBHM (Brazilian Mental Hygiene League), which was the institution responsible for the regulation of the treatments for mental patients in Brazil. The discourses presented herein are full of social and racial prejudice. The proposal presented by the Brazilian healthcare professionals was that of “whitening” the population. Thus, any person who did not fit within the standards considered to be normal would be discarded in some way. This situation was occurring in Europe and the Brazilian doctors wanted to implement the same system in Brazil.

Keywords: Mental Illness; Hygiene; Disease; Psychiatry.

Introdução

O propósito deste artigo é fazer um curto panorama da história da Psiquiatria em nosso território. Para se entenderem os discursos psiquiátricos na atualidade, precisamos conhecer um pouco quais eram os discursos produzidos, ou melhor, reproduzidos no Brasil pelos chamados psiquiatras, que na verdade eram médicos gerais. Somente algum tempo depois, a partir de 1881, estes passaram a ter sua especialização em psiquiatria médica reconhecida.

Observar-se-ão de forma breve, neste artigo, os discursos dos mais importantes médicos psiquiatras brasileiros que faziam parte da Liga Brasileira de Higiene Mental, instituição que, na década 1930, tomou a frente dos cuidados dispensados aos doentes mentais no Brasil. Destacar-se-á também o papel do Estado Brasileiro, nas políticas de saúde pública; e, por fim, as novas avaliações da psiquiatria brasileira de conformidade com a Lei Paulo Delgado.

Do Final do Império ao começo da República

Até o final do século XVIII, no Brasil, não se tinha tratamento adequado para os loucos, visto que o tratamento dispensado aos doentes mentais da época era idêntico ao da época medieval, na Europa. Um indivíduo que pertencia a uma família rica, quando

era diagnosticado como louco, a própria se encarregava do seu cuidado. Os indivíduos de famílias pobres, porém, diagnosticados como loucos, eram jogados nos porões das Santas Casas de Misericórdia, existentes desde os séculos XVI e XVII.

A história da loucura no Brasil aparece oficialmente registrada, desde 1848. Mais tarde, no século XIX, esses doentes mentais foram colocados nos hospícios, sem nenhum ou pouquíssimo acompanhamento profissional ou terapêutico. Até o século XVIII não existiam políticas públicas de saúde que possibilitassem o tratamento do doente mental no Brasil. (OLIVEIRA, 2002, p. 29).

O professor Heitor Rezende, em seu artigo “Política de Saúde Pública no Brasil: uma visão histórica”, relata que a doença mental no Brasil foi silenciosa e silenciada: “a doença mental no Brasil parece ter permanecido silenciosa, por muito tempo, suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro.” (apud TUNDIS, 1994, p. 31). O mesmo professor ainda aponta algumas causas pelas quais a loucura aparece na sociedade brasileira e logo é silenciada, dentre as mais comuns estão: mais pessoas migrantes do campo para as cidades e a presença dos negros no meio da população. Com este grande aglomerado de pessoas nas cidades o período foi acompanhado de: deterioração das condições de vida; surgimento de favelas e cortiços sem nenhuma condição de higiene; aumento da mendicância nas ruas e surtos de doenças infecciosas.

A vida social da época aparece assim, fortemente polarizada entre os dois extremos da vida social; de um lado, uma maioria de senhores e proprietários e, de outro a multidão de escravos, entre estes a massa indefinida que não cessa de crescer dos inadaptados, dos indivíduos sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho. (apud TUNDIS, 1994, p. 34).

O período entre 1872 e 1890 foi uma época economicamente desfavorável para o Brasil. No campo, a produção cafeeira tinha caído drasticamente; no comércio, nas indústrias e nos bancos, seguiu-se o ritmo do declínio. Com as coisas indo de mal a pior, no campo, o êxodo rural era a solução para aquelas pessoas que passavam dificuldades. As cidades, como Rio de Janeiro e São Paulo, quase que tiveram sua população dobrada, em menos de vinte anos (1872 – 1890). Além do êxodo rural, o Brasil recebia muitos imigrantes advindos de todos os continentes do mundo (só na década de 1887 a 1897, 1.300.000 estrangeiros chegaram ao Brasil). Se no campo a vida não estava fácil, a concorrência por um emprego na cidade aumentava ainda mais,

com a chegada desses imigrantes. As fábricas tendiam a contratar mão-de-obra barata e encontravam essa condição nos imigrantes que chegavam ao Brasil.

A vadiagem, a miséria, a violência foram algumas ações que caracterizaram as multidões que chegavam às cidades, especialmente nas grandes capitais, onde esses aglomerados urbanos potencializavam o questionamento da ordem social, o desenvolvimento econômico e a saúde da população. Neste contexto, a saúde mental tornava-se um problema para o Estado e seria tratada por especialistas. Qual a solução a ser tomada?

A solução parece simples [...] Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos, ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores.' (REZENDE apud TUNDIS, 1994, p. 35-36).

Como já citado, somente em 1848 surgem os primeiros registros de uma assistência organizada na Psiquiatria Brasileira. Isso só ocorreu depois de muitas pressões por parte da sociedade e dos médicos que já buscavam uma especialização psiquiátrica.

No século XIX, a sociedade e os médicos já não concordavam com a forma de tratamento dispensada aos loucos que, de modo cruelmente desumano, eram jogados nos porões das instituições religiosas e nos asilos; como também não admitiam mais os loucos vivendo a perambular nas ruas das grandes cidades, pois eles causavam grandes perigos à sociedade considerada sadia.

A pressão deu resultados, e com ela houve no Brasil um movimento para a melhoria da assistência pública aos loucos. Este movimento surgiu no Rio de Janeiro, por volta de 1830, formado, em sua maioria, por um grupo de médicos higienistas que tinham em mente grandes propostas e reivindicações, das quais a maior delas era a construção de hospícios para os alienados. (COSTA, 1980).

Em 1841, o próprio imperador D. Pedro II assinou o decreto de construção do hospício que levaria o seu próprio nome. Somente no ano seguinte foi lançada a pedra fundamental, sendo que o hospital foi inaugurado em dezembro de 1852. Segundo Jurandir Freire Costa, “[...] a partir de então, os doentes mentais foram reunidos no Hospício D. Pedro II, cuja direção permaneceu, no entanto, confiada aos religiosos da Santa Casa de Misericórdia.” (1980, p. 22). Até esse momento, qualquer assistência prestada aos doentes mentais estava totalmente nas mãos da Igreja Católica, que dirigia as

Santas Casas de Misericórdia que surgiam no Brasil. De acordo com Cleide Correia de Oliveira (2002), a inauguração do Hospício D. Pedro II foi o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira, com a loucura assumindo um status de doença, tornando-se objeto do saber, e o louco tendo outro tipo de amparo que não era o ofertado pelas instituições religiosas. Segundo a mesma autora, foi a partir do D. Pedro II que várias outras instituições surgiram no Brasil (2002, p. 31- 32). Entre 1841 e 1934, a Psiquiatria Brasileira andou a passos largos para sua organização e desenvolvimento.

Com a criação de espaços para os doentes mentais, a loucura passou a ser objeto do saber médico: em 1881, criou-se nas escolas de medicina a cadeira de doenças nervosas e mentais; o hospício passou a ser um lugar de observação, isolamento, vigilância, regulação do tempo. A Psiquiatria tornou-se então uma especialidade autônoma no ramo médico; entre 1883 e 1920, houve um aumento de instituições psiquiátricas, em todo Brasil, pelos mesmos motivos que se deu a criação do hospital D. Pedro II. (OLIVEIRA, 2002, p. 32).

[...] os alienistas compartilham dos ideais positivistas e republicanos, e aspiram o reconhecimento legal, por parte do Estado, que legitime e autorize uma intervenção mais ativa no campo da doença mental e assistência psiquiátrica. O hospício deve ser medicalizado, isto é, deve ter em sua direção o poder médico, para poder contar com uma organização embasada por princípios técnicos. (AMARANTE, 1983, p. 75).

Houve também a criação de espaços psiquiátricos chamados de colônias, com apoio da Assistência Médico-Legal aos Alienados, instituição com ideais republicanos criada um mês após a inauguração do D. Pedro II. A Assistência Médico-Legal aos Alienados acreditava que o trabalho era a melhor terapia para recuperação de doentes mentais e se opunha a concepção de hospício; daí a opção pela colônia como forma de tratamento. As colônias também serviam para desafogar os hospícios superlotados de doentes mentais. As primeiras colônias foram construídas no Rio de Janeiro: Colônia São Bento e de Conde Mesquita. Em São Paulo, foram criadas a Colônia do Juqueri e a de Vargem Alegre. “A ideia fundamental desse tipo de modelo de colônias é de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho” (AMARANTE, 1983:75).

De 1920 a 1968

Até o ano de 1920, a Psiquiatria Brasileira destaca-se pela construção e ampliação dos espaços dedicados aos loucos. Mesmo com tantos prédios dedicados àqueles que

eram diagnosticados como loucos, Jurandir Freire Costa relata que a Psiquiatria Brasileira teve pelo menos duas crises, antes da década 1920: a primeira, no governo Campos Sales, em 1899, que reduziu drasticamente o orçamento para os tratamentos psiquiátricos no Brasil. A segunda foi um inquérito feito, em 1902, no Governo Rodrigues Alves, quando se constatou que o Hospital Nacional, antigo D. Pedro II, era simplesmente uma casa de detenção para os loucos.

Ainda no Governo Rodrigues Alves, houve uma reformulação da assistência psiquiátrica, com a nomeação de Juliano Moreira como diretor do Hospital Nacional. A psiquiatria tomou novos rumos, com Juliano Moreira, e, em 22 de dezembro de 1903, foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, Lei Nº 1.132. Surgiram em 1905, os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins; em 1907, constituiu-se a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal. Juliano Moreira reorganizou a assistência aos alienados (COSTA, 1980). A permanência dele durou 27 anos, dirigindo a Assistência Médico-Legal aos Alienados, sendo retirado do posto em 1930, pelo governo Getúlio Vargas. Também em 1930, o Serviço Social aos doentes mentais do Distrito Federal, criado em 1927, pelo Governo Washington Luís, foi incorporado ao Ministério de Educação e Saúde assumindo toda responsabilidade pelos serviços psiquiátricos do Brasil. O ano 1934 marcou a promulgação da segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, decreto Nº 25.559 de 3 de julho. Neste decreto estão inclusas: “a prophylaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psychiatricos.” (COSTA, 1980).

De 1841 até a década 1950 basicamente a maioria dos Estados do Brasil possuía um hospício ou uma colônia para doentes mentais. Nesse período, destacou-se também o antagonismo entre a psiquiatria empírica e a psiquiatria científica. A prática da psiquiatria empírica, segundo Heitor Rezende, estava nas mãos de leigos e religiosos que ocupavam a maioria dos cargos, nos hospitais psiquiátricos.

Não só a nosologia psiquiátrica estava ausente das instituições (os alienados eram classificados e dispostos nos diversos setores e enfermarias segundo critérios classificatórios essencialmente leigos; alienados comuns, perigosos, criminosos, condenados, etc.), como também leigos eram os critérios de seleção da clientela, a juízo da autoridade pública em geral, o saber médico não sendo chamado nem mesmo para referendar esses processos. (REZENDE apud TUNDIS, 1994, p. 38).

Já a prática da psiquiatria científica entra na história da psiquiatria do Brasil, depois de muitos protestos e alaridos feitos pelos médicos da época. Heitor Rezende, em artigo sobre o tema, cita um dos famosos médicos da época, Lopes Rodrigues, que critica a psiquiatria de Teixeira Brandão e as instituições ligadas a ele:

[...] o pensamento universal deste ramo do saber patejava neste estuário levadiço das degenerações e Morel, e em Morgan, continuava a se estagnar a denominada psiquiatria francesa e todo o pensamento psiquiátrico nacional e não se arejava fora das cercanias da 'idiotia adquirida' da 'melancolia' e do 'delírio crônico de evolução sistemática'. Quase 90% dos diagnósticos dessa época caíram na categoria da generalidade onomástica de 'degenerado atípico' [...] há uma psiquiatria científica, base e síntese do conhecimento médico, em cuja complexidade se universaliza todo o edifício das ciências e dos ramos da medicina; objetiva, concreta, palpável à clínica, ao laboratório, ao microscópio, à cirurgia: semioticamente, quimicamente, anatomicamente, histologicamente, fisiologicamente compulsável pela propedêutica orgânica [...] (REZENDE Citando LOPES RODRIGUES apud TUNDIS 1994, p. 43-44).

Este era o tom do discurso em favor de uma psiquiatria científica, a qual veio na mala de Juliano Moreira depois de uma das suas viagens à Europa. Como disse acima, a partir de 1903 a Psiquiatria Brasileira tomou novos rumos. Moreira assumiu a direção da Assistência aos Alienados, como também do Hospital Nacional. Os tempos mudaram, e com ele a perspectiva da cientificidade da Psiquiatria Brasileira.

A vinculação da psiquiatria brasileira à corrente alemã tem um importante significado quanto à discussão etiológica das doenças mentais. O biologicismo, tendência predominante da tradição alemã, passa a explicar não só a origem das doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais. (AMARANTE, 1994, p. 77-78).

O biologicismo passou a explicar todos os fenômenos psíquicos e culturais no nosso país, como também justificar a intervenção médica em todas as camadas sociais e em todas as relações sociais, do convívio do trabalho ao da família. Esses espaços e relações deveriam ser explicados e regidos pela tese da Psiquiatria organicista alemã. (COS-TA, 1983:24).

O contexto econômico e político do Brasil proporcionou à Psiquiatria Brasileira a criação de uma instituição chamada Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada no Rio de Janeiro, em 1923, tendo à sua frente e comoseu fundador o psiquiatra Gustavo Riedel. Uma instituição de utilidade pública, mantida por meio de filantropia e que se utilizava do pensamento eugênico com base na Biologia, ou como disse Jurandir Freire Costa: um "biologicismo eugênico". Esse tipo de pensamento (biologicismo

eugênico) acabou virando um tipo de dogma na Psiquiatria Brasileira da época. E no que consistia o biologismo eugênico?

A explicação começa no contexto social da época. Como foi dito, as grandes capitais estavam com uma grande população de pessoas que viviam na mendicância, na vadiagem e na violência. A formação desse quadro social era o resultado da falta de empregos nos campos, nas fábricas e nos comércios. Para piorar a situação, havia também muitos estrangeiros. O conjunto desses fatores sociais proporcionava a chamada desordem social. Os indivíduos que se achavam dentro desse conjunto foram o alvo da psiquiatria eugênica, que tinha como um dos seus propósitos melhorar a raça brasileira, purificando-a de uma mestiçagem e restringindo a entrada de outras raças no Brasil. Para os psiquiatras que seguiram o pensamento eugênico-biológico, os indivíduos que estavam proporcionando a desordem social, que também incluía uma desordem moral, pertenciam a uma raça inferior, que precisava ser melhorada, ou, para alguns, até exterminada.

Juliano Moreira, socorrendo-se de sua ciência, em seus aspectos heredobiológicos, e partindo do argumento de que a terra era boa e o índio sadio (antes da chegada dos colonizadores) concluiu que a Europa nos mandava a sua escumalha, e propôs-se a bater as portas dos consulados estrangeiros pedindo a repatriação do material defeituoso que nos enviavam. [...] Era preciso reverter ao normal a tradicional moleza do brasileiro, atitude, já se viu, histórica e sociologicamente determinada, mas elevada pelos alienistas à categoria de característica da índole de certos grupos sociais e éticos. (REZENDE apud TUNDIS, 1994, p. 46-47).

Jurandir Freire Costa expõe claramente o que a eugenia;

A questão do cuidado eugênico da “raça brasileira” foi introduzida no Brasil no início pelos intelectuais e só em seguida pelos médicos. Os historiadores, sociólogos, antropólogos, literatos etc. foram os primeiros a difundir na cultura brasileira as ideias de eugenia, originárias dos meios intelectuais europeus no começo do século XX.

Eugenia é um termo inventado pelo fisiologista inglês Galton para designar ‘o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente. (1980, p. 30).

Era a elite da Psiquiatria Brasileira entrando em ação com suas concepções de prevenção que, no início, se portava somente no interior das instituições psiquiátricas entre 1923 e 1925, com os doentes mentais, mas que, pouco depois, já em 1926, se estendeu as pessoas “normais”, ensinando ao indivíduo como prevenir e manter a sua saúde mental.

O ideal eugênico sempre fez parte do estatuto da LBHM desde sua fundação (1923), tornando-se seu objetivo principal, a partir de 1934. Com a crise econômica

instaurada nas duas primeiras décadas do século XX, o ideal eugênico era um instrumento teórico das elites brancas, para explicar as dificuldades econômicas por que a República passava naquele momento.

O Brasil estava sacudido por revoltas e crises econômicas, não por questões históricas ou políticas, mas – segundo eles – por causa do clima tropical e da constituição étnica do povo. O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmônico do país, por- que o calor e a mistura com as ‘raças inferiores’ tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente. (COSTA, 1980, p. 31).

No caso do clima brasileiro, era muito difícil os intelectuais da LBHM causarem uma mudança significativa, mas na cultura foi marcante o prejuízo causado por esses intelectuais. O racismo foi amplamente divulgado, com o discurso não só higiênico como também político. Segundo a LBHM a democracia brasileira correria sérios riscos, se houvesse miscigenação entre pessoas de cor com os brancos brasileiros, pois os responsáveis pela desordem social e o bem-estar da população eram os imigrantes de cor e os negros, “pessoas” que tinham uma inteligência inferior. Estes eram verdadeiramente os causadores de grandes prejuízos à República. Jurandir Freire Costa aborda a existência de um princípio de arianização no Brasil: “O princípio de arianização lançava as bases científicas do preconceito racial e legitimava as desigualdades sociais, em nome da democracia.” (COSTA, 1980, p. 32). De 1923 a aproximadamente 1934, a Psiquiatria Brasileira estava preocupada com embranquecer e não deixar escurecer o povo brasileiro. Essa preocupação foi abandonada com a evolução da psiquiatria alemã e a revolta de 1930.

Foram várias as formas de prevenção que a LBHM propôs em seu programa, para uma higienização em terras tupiniquins. Sempre com o ideal eugênico em mente, os intelectuais da LBHM propunham uma “higiene psíquica individual”. Isto ocorria com a prevenção das doenças mentais, através da progeneritura. Com o propósito de melhorar a raça e preservar as gerações futuras, os intelectuais da medicina psiquiátrica começaram a estudar os indivíduos brancos, negros, amarelos e mestiços que passaram pelos hospícios. Neste estudo, constataram um grande índice de alcoolismo, delinquência, vagabundagem e outros tantos tipos de vícios. Vejamos os discursos de alguns de médicos eugenistas da época registrados nos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, nas décadas 1920 e 1930, e trazidos à tona na obra do professor Jurandir Freire Costa –

Renato Kehl criticando as instituições que cuidavam de doentes mentais, assim se expressou:

Não se pode escapar à observação dos estudiosos a situação cada vez mais grave de miséria *physica* e moral reinante no seio das populações do globo, sejam ellas de países civilizados ou não. Evidencia-se por toda parte a preocupação dos governos de encontrar solução para abrigar e alimentar a elevadíssima percentagem de incapazes, de mendigos, de criminosos, de anormais de todo gênero que dificultam e oneram, pesadamente, a parte sã e produtiva da sociedade. Para agravar, ainda mais, a calamitosa situação, a hygiene social de um lado, a medicina e a *philantropia* de outro, salvam a vida de milhões de infra-seres (que a seleção natural devia eliminar), aumentando, assim, o peso morto e as contribuições para conservá-los nos estabelecimentos adequados. [...] Em toda parte são criadas e prosperam as associações destinadas à conservação destes *resíduos* humanos. Onde existem, porém [...] sociedades para protegerem alentar os elementos mais úteis à humanidade? [...] São estes reflexos que impellem os eugenistas do mundo inteiro a uma campanha intensiva em prol da parte sã dos nossos semelhantes, propondo leis de prevenção *racial* e se esforçando para o estabelecimento de medidas que atenuem os efeitos das práticas humanitárias [...], feitas pelas administrações públicas e pelas associações *philantrópicas* em favor dos que, sob a lei natural, teriam de desaparecer (1984, p. 41-42).

O psiquiatra Júlio Porto Carrero, tratando do cuidado com a união de raças, através do casamento:

O símile do apuramento das raças feito pelos procriadores de animais, como porcos de Leicester, os bois de Durham, os cavalos de corrida etc., nos levam a desejar que se pudesse obter na espécie humana um controle das conjunções reprodutoras. Urgia, pois, que, o Estado-providência assumisse o encargo de prover o bom resultado das uniões reprodutoras da espécie humana, tal como faz a respeito dos animais de corte. (CARRERO apud COSTA 1984, p. 42-43).

O psiquiatra *Xavier de Oliveira*, em seu discurso contra os imigrantes especialmente os asiáticos e os orientais:

Vale, entretanto, dizer algo de incisivo sobre esse lamentável descuido em que sempre tem estado essa questão em nosso país, e, sem alludir à inferioridade patente dos elementos de formação *ethnica* da nossa antiga Colônia, lastime-se, todavia, a incuria de 110 anos de governo independente de uma nação imigratória que, ainda hoje, permite sejam incorporados ao seu patrimônio – o homem – até os rebutalhos de raças, mais ou menos, degeneradas, como algumas da Ásia Oriental, além de outras, quiçá tão indesejáveis, como todas as do Oriente próximo (Ásia Menor), aquelas e estas, boas ou más, sãs ou doentes, inferiores ou superiores, mas, todas, para a nossa formação eugênica, só comparáveis aos insanos incuráveis de outros povos, que também recebemos, tratamos e mantemos em hospitais, sempre superlotados. Não é possível continuarmos a receber asiáticos e outros indesejáveis, inclusive *psychopatas* de todas as partes do mundo [...]. [...] o oriental nos é indesejável. Ainda bem, porque não é possível um povo forte, se constituído de homens fracos, nem tão pouco, fazer uma grande nação com uma raça inferior. (OLIVEIRA apud COSTA, 1984, p. 44-45).

Com esse estudo em mãos, os psiquiatras da LBHM chegaram à conclusão de que essas raças e indivíduos deveriam desaparecer, pois eram raças inferiores.

[...] para os eugenistas o indivíduo doente ou sadio era referido, preferencialmente, à sua matriz biológica e não à sua matriz psíquica ou cultural. A pessoa humana, na ética eugênica, devia ser considerada exclusivamente, como uma entidade zoológica que nasce, cresce, multiplica-se e morre. O homem era um animal e por isso mesmo não deveria beneficiar-se de nenhuma medida que o ajudasse a escapar das leis naturais de sua espécie. Seu valor era dado única e exclusivamente em função de sua atuação biológica. Os mais fortes deveriam sobreviver; os mais fracos, desaparecer. A tarefa primordial do eugenista consistia em evitar os desvios desta evolução natural da espécie, provocados pelas ações culturais de certos indivíduos ou grupos sociais. (COSTA, 1980, p. 41).

O que se pode concluir dessas ideias é que os eugenistas brasileiros, segundo muitos historiadores e psiquiatras, nada mais fizeram do que plagiar as ideias alemãs de pureza racial. Esses eugenistas apresentavam-se como salvadores da pátria, com a pretensão de formar um novo indivíduo biologicamente normal e com padrões culturais bem definidos. Percebe-se que o racismo não era somente com as pessoas de cor ou estrangeiras, mas também com as pessoas que não eram sadias psiquicamente; a noção de uma raça melhor não estava mais na cor, e sim num conjunto de indivíduos normais, mesmo que eles não tivessem uma cor branca.

Uma disparidade a ser constatada era quanto à discriminação de certos tipos de doenças, como o alcoolismo, em relação à situação social. Se uma pessoa pobre era diagnosticada como alcoólatra, os ideais eugênicos eram aplicados, mas a um indivíduo rico, alcoólatra, os mesmos ideais não o eram, pois para a LBHM existiam dois tipos de alcoolismo: o aceitável (para os ricos) e o inaceitável (para os pobres). (COSTA, 1980, p. 70-71).

Mas houve quem não aceitasse essa nova prática eugênica, movimentos religiosos e sociais tais como: a própria Igreja Católica, a Frente Negra, movimento de apoio ao negro que ainda sofria discriminação racial, mesmo após a sua libertação da escravidão. Essas entidades denunciavam a falsa e perigosa profilaxia que não melhoraria em nada a raça brasileira; que a LBHM estava interessada em uma profilaxia social e não mental. As maiores preocupações da LBHM estavam relacionadas com a moralidade, o racismo e a xenofobia.

A propagação dos ideais da LBHM dava-se por meio de congressos internacionais, realizados no Brasil, a partir de 1931, com largo apoio do governo de 1930. As campanhas foram outro meio eficiente de propaganda da eugenia no Brasil. Uma grande campanha realizada pela LBHM foi contra o alcoolismo, considerado um grande mal na sociedade brasileira.

Na verdade, o que a LBHM procurava combater não era a doença mental, mas as qualidades morais dos indivíduos doentes mentais. As campanhas de higiene mental, em particular as campanhas antialcoólicas, eram em última instância cruzadas moralizadoras que visavam extirpar os vícios e a devassidão, que os psiquiatras supunham existir na sociedade brasileira. (COSTA, 1980, p. 67).

Como eram tratados os doentes mentais nas instituições criadas e apoiadas pela LBHM? Acima foi mencionado o embate entre a psiquiatria empírica e a científica, cujos defensores argumentavam fortemente contra o tratamento dado aos doentes mentais, nas Santas Casas de Misericórdia e nos Hospícios, que era deficiente e sem critério científico. Como solução foi apontado o poder dado aos médicos. Destaca-se, nesse momento, o testemunho de Lopes Rodrigues, datado de 1929, quando este chegara ao Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte, depoimento citado no artigo do professor Heitor Rezende:

Da maioria dos quartos, funcionando como prisões, partiam os gritos dos insanos, trancados, atados e imobilizados. Os esgares ecoavam pelos corredores, em cujos lajedos outros tantos pacientes jaziam com os punhos amarrados [...], cordas, correias, tiras, manchões, argolas, lonas e coleiras formavam o arsenal patético [...] Os loucos, com os pés e mãos atados... eram castigados por um calabrote de couro, com uma argola de ferro na ponta, o relho mestre, vibrando por braços de guardas habituados a tratá-los por meio de todo aquele instrumental de servícias. (TUNDIS, 1994, p. 53).

Em 1941, um discípulo de Juliano Moreira assume o então recém-criado Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). Nessa época, os hospitais públicos, psiquiátricos, no Brasil, eram a grande maioria, com 87% dos leitos públicos. Esses hospitais exerciam o papel da assistência psiquiátrica, tornando estável uma política estabelecida de macro hospitais públicos como principal meio de intervenção sobre a doença mental.

Adauto Botelho, o então discípulo de Juliano Moreira, ficou à frente do SNDM, durante 13 anos, e seu principal feito foi a expansão da rede pública de hospitais, certamente com o apoio da Federação, visto que a Lei Nº 8.550, de 3 janeiro de 1946, autorizava convênios com os governos estaduais para juntos, Federação e Estados ampliarem e construir hospitais, em quase todos os Estados do Brasil. Em 13 anos, 16 mil leitos psiquiátricos foram criados; mesmo assim a situação era caótica.

Nas décadas 1940 e 1950, o problema a ser resolvido fora outro, a questão da superlotação dos hospícios públicos. Na tentativa de desafogá-los, foram criados, além das colônias, os ambulatórios para dar uma assistência abrangente ao doente mental, porém o problema persistia. “Ao fim da década 1950, a situação era caótica: o Juqueri abrigava 14 a 15 mil doentes.” (REZENDE apud TUNDIS, 1994, p. 54). A

situação era quase a mesma de cem anos atrás, com mais um agravamento: a corrupção que se alastrava dentro das administrações dos hospícios.

Foi também na década 1950 que a Psiquiatria Brasileira entrou no conjunto de práticas previdenciárias; antes dessa década nenhum trabalhador brasileiro dispunha de benefícios para as doenças mentais. Heitor Rezende apresenta os motivos para essa tardia incorporação previdenciária:

Antes de tudo, fazia-se necessário, a fim de aspirar à condição de poder ombrear-se às outras disciplinas médicas, que a psiquiatria desse provas de sua eficiência, e lamentável situação, [...] dos hospitais públicos da década de 1950, incapazes de abrigar decentemente seus pacientes e muito menos curá-los, não autorizava qualquer prognóstico otimista. (REZENDE apud TUNDIS, 1994, p. 58).

Rezende faz referência a um acontecimento, na década 1950 que modificou, em parte, o tratamento dado aos pacientes, dentro dos asilos, e à sua reputação na sociedade, pois, o tratamento, na década 1930, da doença mental era através de choques: choque insulínico,² choque cardiazólico,³ eletroconvulsoterapia⁴ e lobotomias⁵.

Diga-se, ainda, em socorro da instituição psiquiátrica daquele período, que as drogas antipsicóticas, responsáveis, pelo menos em parte, por grandes transformações na atmosfera dos asilos, só apareceriam no mercado em 1955. (REZENDE apud TUNDIS, 1994, p. 58)

Desde 1860, o Brasil já possuía instituições psiquiátricas particulares, como é o caso da Casa de Saúde Dr. Eiras (Francisco Eiras foi o fundador), na cidade do Rio de Janeiro, e do Sanatório Recife (Ulisses Pernambuco foi o fundador), criado em 1936. Com o passar do tempo, mais instituições foram sendo criadas; mas, apesar disso, em 1961, o Brasil possuía apenas 135 hospitais psiquiátricos, sendo que 81 eram privados e 54 públicos, todos com o mesmo propósito dos hospitais públicos: isolar o doente da sociedade, resguardando-a do perigo de se ter um doente mental perambulando pelas ruas. “A psiquiatria só será chamada a dar sua contribuição efetiva e adquirirá o status de prática assistencial de massa após 1964.” (REZENDE apud TUNDIS, 1994, p. 59).

² Tratamento feito com um coquetel de injeções de insulina que acalma o paciente em estado de esquizofrenia por 15 a 60 minutos. O criador dessa terapia foi o psiquiatra Manfred Sakel.

³ Na década 1920 do século passado, Ladislau Von Meduna (1896-1964), julgando que a esquizofrenia e a epilepsia eram incompatíveis (baseado em estudos glicêmicos), criou a terapêutica do “choque cardiazólico”, ou seja, provocava convulsões para atingir a cura e abrir um novo campo terapêutico.

⁴ A eletroconvulsoterapia consiste na aplicação de eletrodos na região fronto-temporal com passagem de corrente elétrica de baixa amperagem (70 e 120 volts), provocando uma convulsão tônico-clônica generalizada.

⁵ Corte cirúrgico das fibras nervosas que ligam o lobo frontal às restantes partes do cérebro. O neurologista português, Egas-Muniz, criou a lobotomia pré-frontal e a utilizou em pacientes que não respondiam a outras medidas terapêuticas, bem como em obsessivos e melancólicos. A primeira lobotomia foi realizada em 1935.

É em 1964, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), instituição criada a partir de uma junção dos fundos de pensões e aposentadorias, que aumentam as internações em hospitais psiquiátricos privados. Surge o movimento privatista. Vale ressaltar que 1964 é o ano do golpe militar. Os militares implantam no Brasil a concepção capitalista-monopolista, rompendo com o modelo desenvolvimentista-populista que tinha apoio de setores organizados, tais como: sindicatos e associações classistas. O movimento militar faz aliança com os setores dominantes do capitalismo, tanto nacional como internacional, suprimindo assim o movimento desenvolvimentista e excluindo a classe de trabalhadores, como elemento de sustentação política. Mas para legitimar o seu poder junto aos excluídos, o movimento militar investe na ampliação da cobertura previdenciária para aqueles que não a possuíam.

[...] o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender à demanda. (REZENDE apud TUNDIS, 1994, p. 61-62).

Amarante denuncia o movimento privatista dizendo:

O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor da saúde pressões sociais como interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. [...] Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar. (AMARANTE, 1994, p. 79).

Com grande facilidade de instalação, a rede privada de hospitais para doentes mentais atrai grandes empresários do setor privado que se apoiam no discurso da competência; vale à pena fazer o investimento, pois se tem retorno garantido e rápido. Vejamos por quê. No triênio 1965/1968, há um aumento de 20% da população hospitalar (60% na rede particular); 51% de primeiras admissões (84% na particular); 48% no total de readmissões (98% na rede particular); e um crescimento de 45% no total de leitos-chão (1.040% na rede particular) (CERQUEIRA, 1984).

De 1970 a 1980

Na década 1970, a Psiquiatria Brasileira é intensamente influenciada pelas ideias da psiquiatria comunitária, vindas da Europa e dos Estados Unidos. Os conceitos deste novo tratamento psiquiátrico foram fundamentados e formulados pelo professor Gerald Caplan; seu objeto de ação seria a saúde mental, momento em que se adentrou na era da psiquiatria preventivista.

As ideias de Caplan tornaram-se um referencial na psiquiatria mundial e brasileira, e foi durante um congresso organizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria que este referencial ficou evidente, com o lançamento da Declaração de Princípios de Saúde Mental, que, em cinco dos seus dez pontos, tratou da prevenção e de cuidados que a sociedade deveria tomar consigo mesma e com os indivíduos doentes mentais.

05- Prevenção: Os serviços de saúde mental devem promover a proteção e a assistência ao homem, desde o nascimento, e serem orientados no sentido preventivo.

06- Conscientização: A educação do público, seja através da escola, seja através dos veículos de comunicação, devem ser mantidos para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais.

07- Formação de Pessoal: Programas de recrutamento, formação e treinamento de pessoal técnico devem ser mantidos para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais.

08- Hospital Comunitário: Os hospitais devem ser reestruturados no sentido de promover a pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo-lhe serviços diversificados e um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização.

09- Serviços extra hospitalares: As técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar.

10- Pesquisa: As pesquisas básicas e, sobretudo, as aplicadas fundamentalmente para o contínuo aperfeiçoamento da técnica, devem ser estimuladas para todos os meios. (GIORDANO Jr., 1989, p. 141-142).

Percebe-se que a proposta preventivista pôs-se claramente contrária aos propósitos privatistas que levavam a Previdência Social cada vez mais a um rombo financeiro, ano após ano, como também foi contrária a proposta eugenista da LBHM das décadas de 1930 a 1950.

De 1968 a 1971, foi feita uma pesquisa pretendendo-se saber qual era a situação da Psiquiatria Brasileira. O quadro revelou-se com níveis alarmantes: mais de 7 mil internados sem cama, hospitais sem psiquiatras, tempo médio de permanência de sete meses, auto índice de mortalidade. (CERQUEIRA, 1984).

Os resultados dessa pesquisa foram apresentados por um grupo de médicos psiquiatras em 1971, ao INPS. De 1971 a 1973, foram estudadas as reformulações da assistência psiquiátrica no Brasil, e com base nesses estudos surgiu o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica Médica do INPS, em junho de 1973. As propostas que mais repercutiram desse manual foram: utilização de recursos extra-hospitalares pela comunidade; recuperar e devolver o mais rápido possível o paciente para o convívio social e familiar; a internação do paciente deveria ser o mais próximo possível da sua residência; evitar a internação hospitalar nos hospitais com mais de 500 leitos. O programa do manual ainda ampliava-se para os níveis de atendimento e profissionalização das equipes multifuncionais e serviços extra-hospitalares.

O manual causou um tremendo impasse entre os “empresários da loucura”, que eram donos dos grandes hospitais psiquiátricos do Brasil. Estes viam um grande prejuízo econômico nas propostas elaboradas no manual de 1973. Cerqueira denuncia que o manual nunca saiu das suas boas intenções e diz por que:

[...] elaborado oficialmente e aprovado formalmente em 19/7/1973, foi sabotado desde o seu primeiro dia e continua letra morta, só para não diminuir os lucros da empresa de saúde nem demonstrar a fragilidade do modelo médico tradicional exclusivo, definido por outros tantos psiquiatras reacionários encarapitados nas cátedras, nas cúpulas administrativas e nos ricos consultórios privados. (CERQUEIRA, 1984, p. 224).

Entre 1974 e 1980, a Psiquiatria Brasileira foi perdendo seu fôlego principalmente pela via financeira. Vivia-se um período de escassez financeira, o milagre tinha desaparecido. A crise veio com o então Governo Ernesto Geisel, e a Psiquiatria Brasileira perderia sua importância. Os investimentos eram cada vez menores. Em 1971, a previdência investiu 8,4% das suas despesas; em 1974, caiu para 5,73%; em 1980, baixou ainda mais para 4,25% (REZENDE apud TUNDIS, 1994). Nessa época, a Previdência Social decidiu investir muito mais no mecanismo de recuperação e manutenção da força de trabalho.

No início da década 1990, já era consenso que a assistência prestada no Brasil ao portador de distúrbios mentais era de má qualidade. Infelizmente, para alguns, o consenso permanece até hoje. Esta hegemonia de consenso viria pelas segundas denúncias de violação dos direitos humanos e da cidadania, veiculadas pela imprensa e pelas visitas de supervisão aos hospitais psiquiátricos.

Isto ocorria por várias razões, mas principalmente pela lógica do modelo assistencial oferecido, baseado no internamento hospitalar. Este modelo começou a ser questionado no final da década 1970, quando se constituiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), mais tarde transformado em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial que, desde essa época, vinha travando batalhas pelo fim dos manicômios. O Ministério da Saúde já redefiniu, inúmeras vezes, o conceito de atendimento à saúde mental, e dois Estados da Federação já aprovaram leis propondo um novo modelo de atendimento: o Ceará e o Rio Grande do Sul são os únicos Estados a definir um novo modelo de atendimento. Mas, somente após 11 anos de tramitação, em 2001, (desde 1989, a lei tramitava no Congresso Nacional) o Projeto de Lei do deputado federal de Minas Gerais, Paulo Delgado, foi aprovado pelo Congresso.⁶ A nova lei coloca o Brasil numa posição de vanguarda no mundo e consolida um processo que, vem mudando o cenário da assistência à saúde mental no País: o movimento da Reforma Psiquiátrica. Não se trata de uma mera reorganização da assistência. A Reforma propõe uma profunda transformação da resposta social à loucura, abordando-a como uma questão não apenas médica, mas cultural, social e política. Essa Reforma tem em seus princípios a desconstrução de alguns saberes, na construção de outras estratégias e na revisão de questões que envolvem os processos de apropriação da doença mental. Nas palavras de Amarante e Giovanella, é “a negação da psiquiatria enquanto ideologia:”

Não neste sentido, a estratégia da negação refere-se à superação do paradigma psiquiátrico, isto é, ao procedimento de inversão da operação realizada pela psiquiatria, que tem sido a de colocar entre parênteses o doente para, assim, conhecer a doença mental. A inversão, portanto, é o princípio de colocar entre parênteses, não o doente, mas a doença, com o qual se abre a possibilidade de fazerem emergir os sofrimentos e desejos do sujeito concreto em sua experiência-sofrimento em relação com o corpo social. (GIOVANELL, AMARANTE apud AMARANTE, 1994, p. 138).

Estima-se que a demanda para o atendimento à saúde mental no nosso país gire em torno de 20% a 30% da população, e poucas são as alternativas de atendimento oferecidas, que não o velho modelo de manicômio.

⁶ Para ver a Lei Paulo Delgado na íntegra acessar: http://www.crefito5.com.br/web/sus/12_Lei%2010216.pdf

Para compreender e aplicar a lei, deve-se rever o conceito de saúde/doença em saúde mental e ter clara a diferença entre desinstitucionalização⁷ e desospitalização.⁸ Desinstitucionalização não é desospitalização, como vem sendo entendido e pregado por senhores que dominam o atendimento médico-psiquiátrico em nosso país. A desinstitucionalização é um complexo processo social que envolve muitos atores e altera as relações de poder entre os pacientes, os profissionais e as instituições, com origem no questionamento do modelo de atendimento autoritário e segregador, tendo o hospital como núcleo (modelo hospitalocêntrico). O psiquiatra Pedro Gabriel Godinho Delgado comenta sobre o que é a desinstitucionalização com as seguintes palavras:

[...] o inexorável deslocamento do centro de gravidade das práticas psiquiátricas, do hospital para aquilo que se denomina, nos Estados Unidos, comunidade, na França, setor; na Itália, território, etc. [...] a questão crucial da desinstitucionalização não é de caráter técnico-administrativo; trata-se do que poderíamos designar como a progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos. (DELGADO apud TUNDIS, 1994, p. 183-184).

A Lei Paulo Delgado propõe um modelo de atendimento centrado na cidadania, e para isso tem-se que institucionalizar o cidadão e sua família, oferecendo serviços hospitalares somente na fase aguda e, posteriormente, atendimento em Centros de Atenção Psicossocial, ambulatorial, Casas Abrigo, Hospital Dia, etc. Isto implica o Ministério da Saúde elaborar uma política específica de atenção e auxílio a familiares

⁷ Denise Dias Barros também nos explica que a desinstitucionalização é um movimento que nasceu na América do Norte e na Europa, após as duas Guerras Mundiais. “Nas políticas de saúde mental, europeia e americana, a disputa era travada entre o modelo clássico da internação e segregação e a proposta territorial, pela qual o doente mental poderia ser tratado mais eficazmente em serviços comunitários. O movimento de desinstitucionalização revelou o manicômio como ‘locus’ de uma psiquiatria que é a administração das figuras da miséria, periculosidade social, marginalidade e improdutividade. A desinstitucionalização deveria, assim, concretizar-se na desconstrução do manicômio. A desinstitucionalização é desconstrução do manicômio, quando é capaz de decompor o agir institucional, isto é, quando compõe um feixe de estratégias que desmontam, desconstroem as soluções para compreender os problemas, usan-do os mesmos espaços, os mesmos recursos, e decompondo os sistemas de ação, de interação e de justificação no qual cada elemento se insere”. A desinstitucionalização não fica somente no campo cuidado do doente mental ou da doença mental, mas parte para o campo do saber, e Barros nos diz: “Um passo importante para a desinstitucionalização foi o reconhecimento da incapacidade da psiquiatria em fornecer conhecimento satisfatório para o problema concreto da internação e da loucura. A psiquiatria, mesmo reformada, continua a se ocupar com resíduos que a sociedade produz e segrega e, no plano da teoria, permanece desconectada da realidade concreta das pessoas ‘doentes’.” (BARROS apud AMARANTE, 1994, p. 171, 176, 191).

⁸ O movimento de desospitalização já é parte do processo de desinstitucionalização. É a racionalização de recursos para criação de novas redes de serviços de pequenas dimensões na comunidade, segundo uma proposta de hierarquização. Nos EUA, ocorreu um processo de altas administrativas com transferências de doentes que estavam em grandes hospitais psiquiátricos públicos para comunidades (centros assistenciais) e instituições menores.

de doentes mentais, comprovadamente carentes, repassando às famílias parte do percentual que o Ministério gasta com o pagamento das diárias hospitalares. Uma solução que, se cumprida, pode trazer um significativo papel social.

Conclusões

Em todas as sociedades, a loucura é um tema problemático e complexo, porque, independentemente do sentido atribuído a ela nesta ou naquela cultura, ela diz respeito à manifestação radical de uma diferença, e geralmente se expressa numa experiência dilacerante e refratária aos laços sociais. A Reforma visa à desconstrução da cultura manicomial ainda hegemônica (criada em torno do asilo e suas práticas de exclusão e da redução da loucura à doença mental) e à criação de um novo campo de atenção psicossocial. Para isto é preciso reformular o horizonte das práticas terapêuticas e criar leis, mudar a imagem da loucura do imaginário social.

Referências

AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BARROS, Denise Dias In AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil**. Um Corte Ideológico. 3. ed. Revisada. Rio de Janeiro: Editora Campos LTDA, 1980.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O Espelho do Mundo: Juquery, A História de Um Asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____. **Ordem Média e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

DELGADO, Pedro Gabriel Goldinho In TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

GIORDANO Jr., Silvio. **A persistência da higiene e a doença mental: contribuições à história das 1989 políticas de saúde mental no estado de São Paulo**. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo. (Mimeo.)

GIOVANELLA, Lgia e AMARANTE, Paulo in AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura**. 7. ed., São Paulo: Editora Perspectiva, 2004.

OLIVEIRA, Cleide Correia. **Delírios da Razão: Da Liberdade à Exclusão Social**. Crato: URCA, 2002. 124 p.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil**: as contradições dos anos 70. História, Ciências, Saúde — Manguinhos. São Paulo, v. 11, n.2, p. 241-58, maio/ago, 2004.

REZENDE, Heitor in TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

ALENCAR, Francisca Silva de; OLIVEIRA, Nicácia Souza; TEIXEIRA, Paulo Tadeu Ferreira. Argumentações sobre a Loucura no Brasil, antes de 2010: Uma contribuição histórica. **Id on Line Rev. Psic.**, Fevereiro/2022, vol.16, n.59, p. 285-304, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 18/01/2021;

Aceito 22/02/2022;

Publicado em: 28/02/2022.