



FREE THEME ARTICLE

PSYCHIATRIC REFORM, MOVEMENT AGAINST HOSPICES AND THE PSYCHOSOCIAL REHABILITATION MODEL – TALKING ABOUT FREEDOM AND CITIZENSHIP

REFORMA PSIQUIÁTRICA, MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E O MODELO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL – CONVERSANDO SOBRE LIBERDADE E CIDADANIA

REFORMA PSIQUIÁTRICA, MOVIMIENTO ANTIMANICOMIAL Y EL MODELO DE REHABILITACIÓN PSICOSSOCIAL – CONVERSANDO SOBRE LIBERTAD Y CIUDADANÍA

Jacqueline de Souza¹, Luciane Prado Kantorski², Leandro Barbosa de Pinho³

ABSTRACT

Objective: to articulate the question of deprivation of liberty derived from the mandate given to the social figure of the psychiatric hospital, on behalf of the treatment and cure of the insane. **Method:** for this discussion, some assumptions are articulated in Hannah Arendt, as policy and citizenship concepts, with the trajectory of the Psychiatric Reform, with the Movement of the Fight Antimanicomial and proposals of the Psychosocial Rehabilitation Model. **Results:** it presents some key milestones on the path of movement of Fraud Antimanicomial as well as the impact of these events in the reinvention of knowledge and practice in mental health. **Conclusion:** thus, in reference to practices of care, the Mental Illness and the model of psychosocial rehabilitation are as innovative proposals to support the attention to the phenomenon of madness, through a dialogical and participatory process involving the community, other devices of the territory and its resources. **Descriptors:** psychiatry; mental health; freedom; civil rights.

RESUMO

Objetivo: tratar neste ensaio da questão da privação de liberdade oriunda do mandato social outorgado à figura do hospital psiquiátrico, em nome do tratamento e cura do louco. **Método:** para esta discussão, são articulados alguns pressupostos de Hannah Arendt, como os de política e cidadania, com a trajetória da Reforma Psiquiátrica, destacando o Movimento da Luta Antimanicomial e as propostas do Modelo de Reabilitação Psicossocial. **Resultados:** apresentam-se alguns marcos principais sobre a trajetória do Movimento da Luta Antimanicomial, bem como a repercussão desses eventos na reinvenção dos saberes e das práticas em saúde mental. **Conclusão:** assim, no que se refere às práticas de cuidado, a Reforma Psiquiátrica e o modelo apresentado da Reabilitação Psicossocial surgem como propostas inovadoras para subsidiar a atenção ao fenômeno da loucura, por meio de um processo dialógico e participativo que envolva a comunidade, os demais dispositivos do território e seus recursos. **Descritores:** psiquiatria; saúde mental; liberdade; direitos civis.

RESUMEN

Objetivo: tratar de la cuestión de la privación de libertad oriunda del mandato social otorgado a la figura del hospital psiquiátrico, en nombre del tratamiento y cura del loco. **Método:** para esta discusión, son articulados algunas presuposiciones de Hannah Arendt, como las de política y ciudadanía, con la trayectoria de la Reforma Psiquiátrica, destacando el Movimiento Antimanicomial y las propuestas del Modelo de Rehabilitación Psicossocial. **Resultados:** la discusión presenta algunos marcos principales sobre la trayectoria del Movimiento Antimanicomial, así como la repercusión de esos eventos en los saberes y las prácticas en salud mental. **Conclusión:** así, en lo que se refiere a las prácticas de cuidado, la Reforma Psiquiátrica y el modelo presentado de la Rehabilitación Psicossocial surgen como propuestas innovadoras para subsidiar la atención al fenómeno de la locura, por medio de un proceso participativo y que envuelva diálogo con la comunidad, los demás dispositivos del territorio y sus recursos. **Descriptor:** psiquiatria; salud mental; libertad; derechos civiles.

¹Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil. E-mail: jacquesouza2003@yahoo.com.br; ²Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: kantorski@uol.com.br; ³Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: Lbpinho@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Trata-se neste estudo da questão da privação de liberdade oriunda do mandato social outorgado à figura do hospital psiquiátrico, instituição esta responsável pela execução do poder disciplinar sobre os corpos com o objetivo de repará-los do dano ocasionado pela doença mental nos séculos XVIII e XIX¹. O hospital psiquiátrico, nesse sentido e em nome da chancela da doença, legitimou a execução de um processo que levava gradualmente à expropriação do ser, a segregação dos espaços sociais, a liberdade de ir e vir, enfim, confinando o ser-sujeito e elevando-o ao estatuto de ser-doente.

O hospício, no Brasil, surgiu como o instrumento básico da psiquiatria no século XIX, que tinha o poder direto sobre o corpo das pessoas. Esse poder era exercido quando a instituição assumia o encargo de suas vidas, gerindo sua existência e impondo normas de conduta a um comportamento desregrado e imoral.¹ O hospital psiquiátrico ficou responsável pela criação de um imaginário social de louco e loucura como problemas sociais, assumindo-os com o signo do “tratamento”, quando, na verdade, estimulou seu afastamento, sua segregação e sua marginalização perante a comunidade.²

A partir dessas premissas, definiu-se o hospício como uma *instituição total*, como um lugar no qual um grande número de pessoas em situações semelhantes leva uma vida separada da sociedade por um considerável período de tempo em reclusão e administradas formalmente. Esse lugar formava barreiras que separavam as três esferas da vida (lazer, sono, trabalho), ou seja, todas as atividades referentes a estas esferas eram realizadas no mesmo lugar. Ao louco, restava a companhia dos seus semelhantes, também obrigados a fazer as mesmas coisas conjuntamente, em horários rigorosamente estabelecidos, para atender à dinâmica da instituição.³

Nesse sentido, uma vez internado, o louco se transforma em “paciente”, visto como um objeto da violência institucional, e qualquer ação contestadora de sua parte é limitada e definida dentro dos limites de sua doença. O espaço manicomial torna-se um lugar de frequentes humilhações e arbitrariedades, no qual o indivíduo se reveste numa couraça de apatia, desinteresse e insensibilidade, como um ato de defesa contra a exclusão e aniquilação que o mundo lhe impõe.⁴

A partir da identificação dos saberes da instituição hospitalar psiquiátrica (controle dos corpos, coação, segregação, sequestro

dos direitos) e suas repercussões (cronificação, alienação, estigmatização), estabelecem-se contestações sobre a funcionalidade terapêutica da psiquiatria, assim como surgem as primeiras propostas de desinstitucionalização. Como uma nova forma de olhar a loucura, tem-se como objetivo prioritário a transformação das relações de poder entre a instituição e sujeitos. Entre essas transformações, destacam-se a eliminação da contenção, o restabelecimento do indivíduo em relação ao próprio corpo, a reconstituição do direito e da capacidade de uso dos objetos pessoais, da capacidade da palavra e da produção de novas relações, tanto com outras pessoas, quanto com outros serviços.⁵

A liberdade do louco perpassa uma complexidade que vai da reflexão, à necessidade de direitos assegurados. Uma liberdade que dá o direito de escolha de caminhos e meios, e não como uma relação concretamente cristalizada, baseada na vinculação compulsória e na dependência com instituições especializadas. Uma liberdade que é co-construída, negociada, “contratualizada”, entre indivíduos em sofrimento, instituições, comunidade e relações sociais. Portanto, parte-se da identificação da *reconstituição da liberdade* dos loucos como eixo prioritário para a consolidação das novas propostas de atenção ao fenômeno da loucura.

Antes de se tornar um atributo do pensamento ou qualidade da vontade, a liberdade é aquilo que capacita o homem a se mover, sair e encontrar-se com outras pessoas, exercer o poder da palavra e da ação. Nesse sentido, um lugar que deixa de constituir-se num espaço para ação e discursos, aniquila o próprio sentido da liberdade do fato, pois ser livre e poder agir, na realidade, são a mesma coisa.⁶

Considerando, portanto, que o paradigma da desinstitucionalização incorpora uma revitalização do sentido do louco e da loucura, entendemos que ele abarca, primordialmente, questões relacionadas à liberdade do ser humano diferente, buscando resgatar, nele, o poder de contratualidade. É necessário inseri-lo, dar-lhe condições para falar e agir no mundo, não somente como uma questão técnica ou conceitual, mas principalmente como questão política, mobilizatória.

Pretende-se, destarte, neste ensaio, articular alguns conceitos de Hannah Arendt, como os de política e cidadania, com a trajetória da Reforma Psiquiátrica, destacando o Movimento da Luta

Antimanicomial e as propostas do Modelo de Reabilitação Psicossocial. Tal articulação tem como foco a cidadania do indivíduo portador de sofrimento psíquico. Assim, a discussão está sistematizada em três temáticas, a saber: I) a questão da “cidadania” do louco na história; II) bases que fundamentam a reforma psiquiátrica como processo de construção da cidadania; III) a saúde mental e a reabilitação psicossocial - cidadania como prática no cotidiano da saúde mental.

● **A questão da cidadania do louco na história**

A saúde mental no Brasil tem suas especificidades, mas que não impedem que seu nascimento não tenha sido contraditório e conflituoso, dando origem a distintos campos de saberes e práticas, além do que se estabelecendo pouco pelas suas linearidades e muito pelas suas digressões. Digressões estas que, permeadas pela estrutura incentivadora da acumulação do capital e pouco centralizada no estabelecimento de relações, nortearam a exclusão do louco e de seus direitos civis e sociais.

Enquanto a Legislação brasileira (entre os anos de 1822 e 1888) abarcava questões como os direitos políticos dos grandes proprietários de produção, direitos sociais aos servidores públicos e militares e a abolição do trabalho escravo, surgia a primeira legislação sobre o doente mental e o primeiro hospital público (Dom Pedro II - Rio de Janeiro), no entanto, com o único interesse de manter esse grupo afastado do convívio social.^{7,8}

Esse interesse em manter o louco afastado de seus direitos tem uma gênese histórica. Nesse período, o marco teórico da psiquiatria era, inicialmente, a Teoria da Degenerescência de Morel, que orientava o tratamento moral. Posteriormente, com o desenvolvimento do conceito de anormalidade de Kraepelin e a importação ao Brasil por Juliano Moreira, o louco estava fadado ao confinamento, à clausura, para tratamento, já que sofria de uma anormalidade orgânica que o desviava do mundo, devendo ser reparada, funcionalmente. A psiquiatria, com isso, começa a invadir os espaços sociais, entendendo como uma “anormalidade” tudo aquilo que pudesse ir contra às normas e regras sociais (alcoolistas, drogaditos, sífilíticos, criminosos e leprosos). Também vale lembrar que essa visão tinha interesses políticos, sendo um deles, talvez o mais importante, a segregação do desviante para o saneamento dos espaços sociais, já que ele, desprovido de qualquer sinal de saúde, poderia prejudicar a agroexportação cafeeira e o processo de acumulação de riquezas no

país.⁹

Os reflexos dessa condição de isolamento e perda de direitos tiveram repercussões legais na Legislação Brasileira. Em 1919, por exemplo, foram acrescentados a ela os seguintes artigos⁷:

Artigo 5º: doentes mentais considerados como absolutamente incapazes do exercício pessoal de atos da vida civil (os loucos de todo gênero)

Artigo 12: interdição dos loucos, surdos-mudos e pródigos mediante registro público

Artigo 84: doentes mentais serão representados pelos pais, tutores

Artigo 142: doentes mentais não podem ser testemunhas

Artigo 145: anulação de qualquer ato jurídico do doente mental

Artigo 147: “os loucos que tiverem comportamentos inconvenientes poderão ser recolhidos a estabelecimentos especiais”

Compreende-se que as condições de isolamento e mitificação da loucura não são de todo incorporações dos complexos movimentos jurídicos. Essa privação de liberdade e da condição cidadã era um circuito, onde o foco principal residia não na doença, mas no comportamento anormal do doente que desencadeava a doença. Interessante contradição, porque a psiquiatria se estruturava organicista, mas dificilmente explicava a loucura por meio de seu próprio organicismo. Resguardando-se as particularidades desse momento, ainda a psiquiatria estava centrada na conduta racional do saber, tendo como pano de fundo o modelo econômico, que punia pessoas com comportamento improdutivo e limitava a destinação de bens e direitos sociais ou políticos a elas.

Essa problemática aconteceu na Era Vargas, ou período denominado Segunda República (entre 1930 e 1936). Neste período, era considerado cidadão o indivíduo cuja ocupação fosse regulamentada, aquele que tivesse registro de trabalho na carteira profissional; os doentes mentais, portanto, não se enquadravam neste parâmetro. Em 1931 ocorreu a 4ª Conferência de Educação que efetivou reivindicações de um “ensino público, gratuito, leigo, igual para homens e mulheres e toda a população”. No ano de 1934 destacam-se a Constituição de 1934 que estabeleceu uma política educacional, o incentivo à industrialização - numa tentativa do Estado de iniciar uma regulamentação entre o capital e o trabalho), a Legislação Sindical, Previdenciária e o extensão do direito de voto às mulheres. De acordo com a

Constituição de 1934 o Estado deveria prover assistência e proteção à pessoa e aos bens do “psicopata”, incluindo os “toxicômanos” e “alcoólatras”.⁷

O período Pós-Guerra, no âmbito da atenção aos doentes mentais, começou a questionar o marco teórico da psiquiatria e a impotência terapêutica de suas práticas. Tal fato se deve principalmente pelos altos índices de cronificação e incapacitação social, gerando críticas à estrutura manicomial e propostas de reformas no hospício (Psicoterapia institucional - França; Comunidade terapêutica - Inglaterra e EUA) e além do espaço asilar (Psiquiatria de setor - França; Psiquiatria comunitária e preventiva (EUA)).⁸

No Brasil, o período correspondente à Nova República, mais especificamente a década de 50, aumentou a possibilidade de desenvolvimento dos direitos sociais e o país desenvolveu-se significativamente no tocante à assistência à saúde. Mais especificamente com relação à saúde mental, em 1940 foi instituído um decreto lei e artigo 22 do código penal definindo: “irresponsabilidade do autor de delito e as questões de redução da pena” exceto os “casos de embriaguez fortuita”.⁷ Além disso, os Artigos 77 e 78 incorporaram o conceito de periculosidade e recomendaram o recolhimento ao manicômio, casas de custódia, colônias agrícolas, dos indivíduos considerados perigosos. Tudo isso em prol da acumulação de lucro para o setor privado, que tornava o doente mental improdutivo e recebia, para exercer o confinamento, recursos públicos.⁸

A realidade assistencial ao doente mental, já naturalmente privada de direitos humanos e sustentada demasiadamente de deveres sociais, impôs ao indivíduo um estatuto excludente, reconhecido pela limitação funcional, produtiva e comportamental. Infelizmente, tudo isso ainda acontece no nosso meio, no qual ainda encontram-se muitas concepções e práticas equivocadas sobre o louco e a loucura. No entanto, é a partir da materialização do movimento de Reforma Psiquiátrica que se inicia um novo marco teórico, prático e cultural, destinado à re-inclusão e revitalização dos direitos do louco e de sua dimensão social como premissa básica para a construção da cidadania que é discutido a seguir.

• **Bases que fundamentam a reforma psiquiátrica como processo de construção da cidadania**

A política, considerada como um artifício da razão se configura num modo de encontro com o diferente, num mundo de interesses

desiguais, através da apropriação da palavra (a fala/palavra constrói o mundo do humano). A demanda do que é direito é fundada pela política da palavra que se faz no conflito, na discussão, no dissenso, na participação.¹⁰

O movimento antimanicomial, tanto na Itália quanto no Brasil, inaugurou-se por iniciativa de alguns trabalhadores da saúde mental que, a partir da reflexão de suas práticas, passaram a questionar e discutir o poder da psiquiatria sobre a vida das pessoas e a ineficiência das ações terapêuticas baseadas no modelo asilar; efetivando, portanto tal problemática numa luta política em prol de transformações - “ação política”.

Considerando que o Movimento Antimanicomial realiza, desde sua formação, reivindicações para o alcance da cidadania dos indivíduos portadores de sofrimento psíquico, depreende-se que tais reivindicações refletem o cotidiano, os conflitos, as trocas e experiência de vida dos membros do grupo que são elaboradas de forma mais estruturada em discursos que se dão no espaço público.¹¹

As “revoluções” são afirmações de um começo, rupturas inaugurais. Por conseguinte, a idéia de participação consiste na capacidade de fazer as rupturas iniciais e o acontecimento é a própria política, a revolta, a espontaneidade. O *ato fundacional*, por sua vez, é empregado no sentido de fundar algo novo quando o estado de um lugar está extremamente doloroso. E a invenção de algo novo para a sociedade só pode surgir a partir do compromisso com a liberdade de agir para o mundo - decorrente da política participativa.¹²

Assim, a luta antimanicomial é entendida como um ato fundacional e relacional para a ruptura com o modelo manicomial que não prima pela liberdade, para a inauguração de uma mudança na sociedade contemporânea com relação à concepção e tratamento do diferente. Percebe-se que o movimento antimanicomial, em sua dialeticidade, teve, em sua essência, a multidimensionalidade de incentivar a referida transformação. Urge, assim, a descoberta, no cotidiano assistencial, de formas não menos distantes de mobilização, estudo, conflito, diálogo e interação, para garantir, ao indivíduo diferente, a liberdade da escuta, da fala, da ação, do momento, da relação, enfim, do cuidado em si.

Nesse sentido, se fazem necessárias novas formas de reflexão e prática quanto ao relacionamento com o desconhecido, diferente, baseadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, pois:

*consideramos que a Reforma implica em transformar saberes e práticas em relação à loucura, perceber a complexidade do objeto, re-compreender o sofrimento psíquico, e efetivamente destruir manicômios externos e internos que têm permitido a constituição de determinadas formas de pensar e agir e, fundamentalmente, re-inventar modos de se lidar com a realidade.*⁸

Nesse sentido, acredita-se na Reforma Psiquiátrica como um processo alternativo de construção da realidade cidadã do louco, considerando que o diferente deve estar inserido no convívio social e deve ter o direito de voz ativa. Ressalta-se que tal processo é oriundo de conflitos e diálogo em prol de um mundo que comporte o diferente como uma ação de valorização da pluralidade.⁸

Vale lembrar que o fato de transformar o nosso olhar sobre o fenômeno da loucura tem, em seu conjunto, um arsenal de dispositivos que redimensionam o próprio contexto teórico-assistencial da saúde mental. Um deles, diz respeito à Reabilitação Psicossocial, referencial teórico-metodológico que possibilita incluir, na prática, a cidadania, a contratualidade, a troca e o recurso como instrumentos de cuidado em saúde mental.

• ***A saúde mental e a reabilitação psicossocial – reflexões da cidadania como prática***

O termo saúde mental é um conceito que aborda saber e ação, ou seja, é uma condição desejada de bem-estar dos indivíduos, mais as ações necessárias para determinar neles essa condição, considerando as dimensões psicológicas e sociais e os fatores psicossociais que determinam saúde e doença.¹³ Dessa forma, a noção de saúde mental implica numa complexa rede de ações e pessoas, pois abarca dimensões legislativas, sociais, econômicas, culturais e políticas.

O processo de reabilitação psicossocial¹³ consiste num conjunto de estratégias que visam aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos:

*... a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes.*¹³

Este modelo requer, por conseguinte, uma ação crítica sobre as exigências, expectativas e contexto - sua organização e valores. Enfim, uma transformação concreta na sociedade através da demolição dos muros do

manicômio. Manicômio este não apenas na localização estrutural, mas também aquele que se situa no interior do ser humano, isto é, o mental¹⁴ no qual ainda confina-se a loucura complexa reduzindo-a à condição de doença mental.

A Reabilitação Psicossocial é pensada a partir dessa nova composição epistemológica. Ela entende a cidadania do indivíduo portador de sofrimento psíquico, incluindo a restituição de seus direitos formais e a construção de seus direitos substanciais (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva). Portanto este modelo de atenção conta com a escuta, a solidariedade, afetividade, modificação do contexto material da vida cotidiana e contexto familiar como instrumentos úteis oriundos do trabalho interdisciplinar, com seus respectivos núcleos de competência trabalhando com o paciente em/sobre seu contexto de vida tendo como finalidade favorecer trocas afetivas entre o portador de sofrimento psíquico e outros.¹³

O referencial da Reabilitação Psicossocial requer a consideração de instituições formais e informais da comunidade (paróquia, sindicato, associações esportivas, movimentos sociais, rede de lugares e recursos e articulações individuais) como recursos potenciais dos serviços de atenção (capazes de produzir sentido, contratualidade e bem-estar).

Nesse sentido, a Reabilitação Psicossocial¹³ compreende a cidadania como prática, considerando projetos de vida para os pacientes através da priorização de espaços de troca, garantia de direito de acesso ao exercício de relações, ter assegurado os direitos civis (moradia, liberdade, política, lazer, saúde), manter espaços de discussão com livre exercício do poder de voz (assembléias, conselhos de Saúde, associações). No entanto, uma rede complexa, que somente a saúde mental não contempla. Por isso se torna importante a existência de uma interlocução entre as diversas instituições sociais, pois se entende que a sociedade se faz no cotidiano de vida, nas trocas, nos envolvimento, nas negociações, nos pensamentos e nas relações entre os sujeitos.

Reafirma-se, portanto, que as práticas manicomiais estão pautadas em técnicas de controle e são executadas automaticamente seguindo a rigidez organizativa, modelo de administração este que ignora particularidades e não assume o “objeto humano” como cerne da lógica do trabalho em saúde mental. A reabilitação psicossocial, nesse sentido, revitaliza a vida, assumindo,

como projeto de trabalho, os projetos de vida individual, resgatando singularidades, necessidades, valores, costumes e demandas humanas, condições estas que satisfazem o conceito de cuidado em saúde como o entendemos, ou seja, como um processo que se estabelece nas relações e usa como instrumento o “dialógico”.

Acredita-se que o poder contratual - e não o poder disciplinar, este típico das instituições manicomiais - precisa ser *pari passu* resgatado no interior de cada ser humano. Tal fato se deve à premissa de que a técnica, enquanto prática que muitas vezes despolitiza o saber precisa ser o tempo todo problematizada, para que não se fade à coisificação do sujeito. Nesse sentido, é importante resgatar, sempre, as especificidades das relações humanas no trabalho em saúde, embora seja um grande desafio, ainda mais quando falamos em campos de conhecimento tão complexos e dialéticos, como a saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em saúde, por ter como foco da ação o ser humano e como prática cotidiana uma ação reflexiva, abarca uma responsabilidade política distinta, considerando que o fluxo das práticas de cuidado devem se efetivar de cidadãos para cidadãos. Assim, considerando as dificuldades contemporâneas no que se referem à garantia dos direitos civis, políticos e sociais, principalmente de grupos “fragilizados”, algumas questões requerem mobilizações específicas.

Com relação à saúde mental, levando em conta toda a trajetória de danos que a hegemonia psiquiátrica no tratamento e nas concepções da loucura tem propiciado, destaca-se a proposta da Reforma Psiquiátrica como um instrumento político de “inauguração” de um novo olhar, de novas práticas e novos saberes sobre a loucura e o cuidado do diferente.

Estas asserções foram abordadas à luz de alguns pressupostos brilhantes desenvolvidos por Hannah Arendt que, (embora exijam um aprofundamento incansável e cada vez mais surpreendente) de fato harmonizaram a contextualização da temática proposta.

Assim, no que se refere às práticas de cuidado, a Reforma Psiquiátrica e o modelo apresentado da Reabilitação Psicossocial surgem como propostas inovadoras para subsidiar a atenção ao fenômeno da loucura, por meio de um processo dialógico e participativo que envolva a comunidade, os demais dispositivos do território e seus

recursos. Isso para poder experienciar o caráter enriquecedor (embora desafiador) dos diferentes interesses e conflitos envolvidos nas relações humanas.

REFERÊNCIAS

1. Machado R, Loureiro A, Luz R, Muricy K. Danação da Norma - medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
2. Foucault M. Microfísica do poder. 19ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2004.
3. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 3ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 1990.
4. Basaglia F. As instituições da violência. In: Basaglia F, editor. A instituição negada. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001. p. 99-131.
5. Rotelli F, Leonardi O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Rotelli F, Leonardi O, Mauri D, editores. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-59.
6. Arendt H. Que é liberdade. In: Arendt H. Entre o Passado e o Futuro. São Paulo: Editora Perspectiva; 1979. p. 189-220.
7. Marsiglia RG. Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo. In: Marsiglia RG, Dallari DA, Costa JF, Moura Neto FDM, Kinoshita RT, Lancetti A, editores. Saúde Mental e Cidadania. 2ª ed. São Paulo: Mandacaru - Plenária de Trabalhadores em Saúde Mental; 1987. p.13-28.
8. Kantorski LP, Silva GB. Ensino de enfermagem e Reforma Psiquiátrica. Pelotas: Editora UFPel; 2001.
9. Portocarrero V. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.
10. Arendt H. Responsabilidade e Julgamento. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
11. Luchmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007 mar/abr; 12(2):399-407.
12. Arendt, H. A Condição Humana. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.
13. Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá Editora; 1999.
14. Pelbart PP. Manicômio mental - a outra face da clausura. In: Lancetti A, editor. SaudeLoucura 2. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 132-140.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/02/09

Last received: 2009/06/10

Accepted: 2009/06/11

Publishing: 2009/07/01

Corresponding Address

Leandro Barbosa de Pinho

Rua General Osório, 631, Ap. 703

CEP: 96020-000 – Pelotas (RS), Brazil