



Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq- GPPFE/UFAM/CNPq  
ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

Vol 18, Núm 3, novembro, 2025, pág. 679-701

**Da exclusão ao cuidado: o contexto histórico do isolamento social e da  
luta antimanicomial.**

**From the exclusion to the mental health care: the historical context of  
social isolation and the anti-institutionalization movement.**

**Nathália Busato Andrião<sup>1</sup>**

**Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira<sup>2</sup>**

## RESUMO

Este artigo discute a história da loucura e do isolamento social como prática de tratamento moral em hospitais psiquiátricos, tece críticas a essa lógica e aborda o processo de reforma psiquiátrica e a construção de práticas substitutivas para operar em contraposição ao isolamento. O percurso teórico-metodológico deste trabalho apoia-se na revisão bibliográfica narrativa e na elaboração de narrativas de situações vivenciadas no estágio na Rede de Saúde Mental de Niterói, durante a formação em Psicologia, evidenciando, assim, a potência analítica da experiência situada. Os conceitos trabalhados neste trabalho foram pautados nas ideias de autores como Paulo Amarante, Michel Foucault e Beatriz Nascimento.

**Palavras-chave:** Luta Antimanicomial; Reforma Psiquiátrica; Isolamento Social; Práticas Antimanicomiais; Saúde Mental.

## ABSTRACT

This article discusses the history of madness and social isolation as a form of “moral treatment” within psychiatric institutions, critically examining this logic and addressing the process of psychiatric reform and the development of community-

<sup>1</sup> Psicóloga (UFF, 2025). E-mail: [nathaliabusato@hotmail.com](mailto:nathaliabusato@hotmail.com) Brasil LATTES: <http://lattes.cnpq.br/0259611903713917> ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0003-8514-6788>

<sup>2</sup> Doutora em Educação (UNISO), Professora Associada Universidade Federal Fluminense Departamento Psicologia (GSI/UFF). E-mail: [adrianacaldeira@id.uff.br](mailto:adrianacaldeira@id.uff.br) Brasil LATTES: <http://lattes.cnpq.br/5839730566259435> ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0280-5921>



**Revista AMazônica, LIPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq- GPPFE/UFAM/CNPq**  
ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

based deinstitutionalizing practices that stand in opposition to isolation. The theoretical–methodological approach is grounded in a narrative literature review and in the construction of narratives based on experiences during a psychology training placement within the Mental Health Network of Niterói, thereby highlighting the analytical potential of situated experience. The concepts explored in this study draw on the ideas of authors such as Paulo Amarante, Michel Foucault, and Beatriz Nascimento.

**Keywords:** Anti-Institutionalization; Psychiatric Reform; Social Isolation; Deinstitutionalizing practices; Mental Health.

## INTRODUÇÃO

A história da loucura está profundamente entrelaçada com a forma como as sociedades lidam com a diferença, com o sofrimento psíquico e com tudo aquilo que escapa às normas de racionalidade e conduta. Ao longo dos séculos, a loucura foi sendo gradualmente separada do convívio social e tratada como algo a ser isolado, medicalizado e controlado. Michel Foucault (1978), em *História da loucura*, analisa esse processo como uma construção histórica que transformou a figura do louco em objeto de exclusão e, mais tarde, de saber e poder. Segundo o autor, o nascimento da psiquiatria está vinculado à lógica de controle institucional que ganhou força nos séculos XVIII e XIX, com o surgimento dos hospitais psiquiátricos como formas de “confinamento moral”. Nesse ponto, observa-se como as bases históricas da exclusão pavimentam o caminho para a emergência do paradigma psiquiátrico moderno.

No Brasil, essa trajetória seguiu caminhos similares, especialmente com a institucionalização da loucura em grandes hospitais psiquiátricos que operavam como verdadeiras instituições totais (GOFFMAN, 1961), marcadas por violências, isolamento e negação da subjetividade dos indivíduos ali internados.



**Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq- GPPFE/UFAM/CNPq**  
ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

Ao longo do século XX, críticas a esse modelo foram se consolidando, especialmente a partir das experiências da psiquiatria democrática italiana, da antipsiquiatria e, no contexto brasileiro, do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Esse movimento propõe uma virada ética e política no cuidado em saúde mental, pautado pelo respeito aos direitos humanos e pela construção de práticas substitutivas ao hospital psiquiátrico. Paulo Amarante (1995) destaca que a reforma não se limita à substituição de instituições, mas exige uma profunda mudança de paradigma: sair de uma lógica manicomial para práticas que reconheçam os sujeitos em sua cidadania e singularidade. No ensaio "De Volta à Cidade, Sr. cidadão", Amarante (2007) propõe pensar a loucura como parte da vida coletiva, defendendo a presença dos usuários nos espaços públicos e comunitários, como condição para a reconstrução do cuidado em liberdade. A partir desta crítica, destaca-se a virada política que redefine o cuidado em saúde mental.

## **METODOLOGIA**

Esse artigo é resultado de um trabalho de conclusão de curso no curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Campus Gragoatá - Niterói. Os capítulos foram escritos utilizando a metodologia de revisão bibliográfica narrativa. Segundo Rother (2007), a revisão bibliográfica narrativa caracteriza-se por adotar uma abordagem ampla e descritiva de um tema, possibilitando a discussão de seu desenvolvimento ou do estado da arte sob uma perspectiva teórica ou conceitual. Trata-se, portanto, de uma estratégia metodológica pertinente para trabalhos que visam aprofundar debates já consolidados ou em construção no campo científico, sem a necessidade de seguir critérios rígidos de sistematização. Assim, para além de revisitar criticamente a produção acadêmica sobre a história da loucura, o isolamento social e a Reforma



Psiquiátrica, esta revisão narrativa se constituiu também como exercício de implicação subjetiva. As fontes bibliográficas foram escolhidas a partir de sua relevância teórica. Com isso, buscou-se tensionar o saber acadêmico com a dimensão situada da prática cotidiana, valorizando autores clássicos e contemporâneos que problematizam o cuidado em saúde mental no Brasil. Desse modo, evidencia-se que o processo metodológico adotado não se limita a um levantamento descritivo de referências, mas se configura como uma construção de sentido atravessada pela vivência e pela reflexão crítica, conforme preconiza a abordagem narrativa (ROTHER, 2007).

## **ANÁLISES E RESULTADOS**

### **1. A história da loucura e o isolamento como enfrentamento do medo.**

Michel Foucault (1978) considerava a loucura herdeira direta da lepra, que durante a idade média foi um mal que carregava, com o medo da doença, a exclusão desses corpos que estavam doentes como uma forma de lidar com o desconhecido. Segundo Foucault, com a doença lentamente deixando de ser um problema emergente nas cidades, um novo mal tomou forma, e as áreas onde antes tinham sido segregados os doentes com lepra agora estavam vazias e à espera desse novo mal. O período do século XIV ao XVII, então, foi marcado pela exclusão da lepra e pela abertura caminho para um novo tipo de segregação social, que daria lugar ao confinamento de outros corpos 'anormais' e 'inumanos', como os considerados loucos. A exclusão, já uma prática recorrente, foi se adaptando e se intensificando à medida que novos medos e novas formas de controle social surgiam.

Esses medos vão ser evidenciados em vários momentos históricos. A exclusão social para Foucault é um fenômeno contínuo na sociedade, mudando apenas quem será a classe excluída e a maneira em que vai ser estruturada



essa exclusão, afirmando a diferenciação de um humano e um inumano que precisa ser salvo ou curado. E essa exclusão vem sempre com uma ideia de salvação para esses indivíduos.

Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. (FOUCAULT, 1978, p 10)

A visão da loucura na idade média era complexa e, segundo Foucault, a loucura era, de certa forma, fascinante na medida em que era entendida como um saber divino que se traduzia na forma como esses indivíduos estavam no mundo.

Apesar dessa visão, os loucos eram marginalizados na Idade Média, ainda que não tivessem sido encarcerados eram condenados a existirem fora das cidades. Foucault diz, utilizando da metáfora da Nau dos Loucos, que a loucura estava à deriva da sociedade e eram propositalmente afastados da civilização com a justificativa de ser um modo de purificação desses indivíduos em busca da cura. Fica nítido, portanto, que o objetivo era de limpeza das cidades com o isolamento desses indivíduos.

Na Renascença, a loucura, anteriormente misturada com representações religiosas, ganha destaque na literatura e nas imagens visuais. Segundo o autor, com a Renascença, surgem imagens que não são entendidas mais pela razão e pela lógica religiosa de antigamente e que, assim, começaram a ser associadas à loucura. Essa imagem com significados morais mais fortes começou a dar espaço a algo enigmático e sem sentido lógico, dessa forma a loucura aparece como algo insano e sem lógica. Foi nesse contexto, também,



que a loucura começa a ser vista como uma forma de linguagem e de expressão. Essa nova forma de expressão começou a revelar algo sobre o ser humano não pensado antes e a loucura tomou uma função filosófica de refletir sobre si mesmo, sobre sua moral, suas fraquezas, etc.

No entanto, tal perspectiva não se mantém ao passar do tempo, é observado uma tendência de racionalização dos saberes e da linguagem e consequentemente as interpretações mais lúdicas e trágicas da loucura foram sendo rapidamente substituídas por uma busca pela razão e pela normatização dos comportamentos.

Trata-se antes de um privilégio cada vez mais acentuado que a Renascença atribuiu a um dos elementos do sistema: àquele que fazia da loucura uma experiência no campo da linguagem, uma experiência onde o homem era confrontado com sua verdade moral, com as regras próprias à sua natureza e à sua verdade. Em suma, a consciência crítica da loucura viu-se cada vez mais posta sob uma luz mais forte, enquanto 17 penetravam progressivamente na penumbra suas figuras trágicas. Em breve estas serão inteiramente afastadas. (FOUCAULT, 1978, p. 34)

É possível perceber que com a chegada da Renascença e o fortalecimento da razão, a loucura deixou de ser vista como um saber divino e passou a ser associada à irracionalidade e à perda da lógica. Essa mudança no entendimento da loucura reflete o novo papel da razão na sociedade, que, por sua vez, vai legitimar a exclusão dos loucos e o fortalecimento de práticas de isolamento. No século XVI a loucura começa a ser vista como algo separado da condição humana e até mesmo como um perigo para a razão que estava sendo desenvolvida pelos filósofos da época.

Foucault (1978) critica o contexto cartesiano de Descartes onde a loucura é posta como um desvio da razão. Para Descartes a loucura é algo que



prejudica o pensamento, então consequentemente é necessário que o sujeito não seja louco para que ele possa ser pensante. Quadro (2015) fala ainda sobre a ideia de algo maligno nas teorias de Descartes que pode enganar o sujeito e o induzir ao erro, algo muito associado à figura do louco novamente.

A não ser, talvez, que me compare com aqueles insensatos cujo cérebro é de tal maneira perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bÍlis, que asseguram constantemente que são reis quando paupérrimos, que estão vestidos com ouro e púrpura quando estão de todo nus, ou imaginam ser cântaros, ou ter um corpo de vidro. Mas que? São loucos, e eu não seria menos extravagante se me regresse por seus exemplos (DESCARTES, 2011, p. 31)

Dessa forma, o indivíduo louco ameaçaria o saber da verdade, pois a loucura poderia invadir a essência da razão humana. Com essa mentalidade a sociedade passou a tratar a loucura novamente como um problema social a ser resolvido, e a forma de cura se deu com o controle e isolamento desses corpos.

O século XVII, por sua vez, intensifica a lógica de segregação e controle, com a criação das casas de internamento, nas quais os loucos eram retirados da sociedade. Aqui, nasce a institucionalização da loucura, que perdura até os movimentos de Reforma Psiquiátrica no século XX. Foucault (1978) aponta como as autoridades políticas da época prendiam pessoas arbitrariamente nessas novas casas de internamento, ou seja, como uma forma de controle social, era entendido socialmente que a loucura era um mal em comum que deveria ser tratada distante da civilização. Nessas instituições de isolamento podiam ser encontradas, além dos loucos, pobres e trabalhadores forçados (Workhouses da Inglaterra), ou seja, corpos que não se encaixavam eram escondidos da vida social.



**Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq- GPPFE/UFAM/CNPq**  
ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

No Brasil, o modelo manicomial seguiu as tendências europeias de confinamento e segregação, com hospitais psiquiátricos funcionando como espaços de controle e exclusão. No entanto, as críticas a esse modelo, que se iniciaram na Europa com a Psiquiatria Democrática, encontraram ressonância no país, levando à formação do movimento da Reforma Psiquiátrica e à luta antimanicomial.

Na Europa, durante processos de transformações sociais, como o declínio do sistema feudal até a formação dos estados modernos, a crise econômica juntamente com o aumento da urbanização intensificou, também, a pobreza. A quantidade de moradores de rua e pessoas desempregadas foi se intensificando e com isso a necessidade de uma reorganização por parte das classes mais favorecidas, o que levou a retirada dessas pessoas marginalizadas da rua e a entrada das mesmas em instituições asilares. A psiquiatria, na época, não existia como nos dias atuais e seu início se deu nessas instituições asilares pós-revolução francesa com Philippe Pinel (1745-1826).

Segundo Amarante (2018), essas instituições asilares para onde eram encaminhados os loucos começaram a servir como um laboratório de experimentação e observação desses indivíduos que viraram esse novo objeto de conhecimento, dando início ao nascimento da medicina mental e da clínica psiquiátrica, e como os outros discursos de busca da verdade e da ciência (as ciências naturais) dependia do isolamento e da observação hospitalar.

Teixeira (2019), explica que o alienismo surge em meio da crença do poder da ciência como criadora de civilidade, e prometia recuperar os alienados mentais através de uma intervenção médica especializada. O Alienismo, então, vem como uma primeira tentativa de compreensão da loucura pelo viés científico e como uma proposta de tratamento, mas, também, carregava esse viés positivista da busca pela verdade onde o objeto da pesquisa é a loucura e a





forma de se obter esse conhecimento e por via da observação desse objeto de forma isolada.

O isolamento terapêutico ganha, nesse sentido, uma justificativa científica como uma estratégia que visa retirar o louco do convívio social como proteção do indivíduo e da sociedade, além de ser entendido como um método de pesquisa da doença nessa nova clínica da medicina mental ou alienismo. É possível perceber novamente a lógica do afastar para se encontrar a cura, assim como visto com a metáfora da Naus dos Loucos apontada por Foucault.

O isolamento como um princípio científico diz respeito a tirar os objetos de investigação de seus meios caóticos e tirar as interferências do ambiente natural, transportando-os ao ambiente asséptico do laboratório, o que coloca um problema epistêmico fundamental, qual seja: a concepção de estudar a doença mental isolando o louco, pelo esquadramento do hospital. (AMARANTE, 2018, p. 5)

Dessa forma o isolamento se dá com uma influência da botânica com métodos classificatórios e diagnósticos de forma que se possa ver e falar sobre a loucura pelo discurso médico (Foucault, 1978), com os ideais de isolar para conhecer e isolar para tratar. É nítido, então, a captura da loucura pelo discurso médico. A loucura antes discutida e vista por diversas óticas é afunilada por meio de classificações práticas produzindo uma nova experiência da loucura a colocando como algo errado e ausente de razão e de juízo moral, que necessariamente não permite que o louco esteja em sociedade (AMARANTE, 2018).

Amarante (2018) aponta como os manicômios se tornam um lugar para o processo de um tratamento moral, a partir da visão de que o louco possui um distúrbio das paixões, com a intenção de curar e de recuperar a razão e só assim



conquistar o direito de voltar à vida em sociedade. Assim, o isolamento social se torna a regra e a condição de cura da alienação mental.

O Isolamento Social se apresenta como um princípio científico de ser retirado todo e qualquer influência natural do objeto de pesquisa para se observar adequadamente de acordo com as ciências naturais. Amarante (2018) argumenta, portanto, que esse isolamento tem como consequência um problema epistemológico que é, essencialmente, como a loucura está sendo e foi estudada historicamente. O que acaba sendo estudado é o efeito do enclausuramento da loucura e não o sofrimento psíquico em si.

O que coloca em questão o naturalismo do olhar médico e nos leva a uma profunda crítica do que a psiquiatria concebe como efeitos da “cronicidade” da natureza da doença mental, na medida em que são efeitos largamente produzidos pela institucionalização. (AMARANTE, 2018, p. 5)

## 2. Luta antimanicomial e Desinstitucionalização

Segundo Hirdes (2009), “o termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território.” (p.299). Então, se o isolamento terapêutico é a principal metodologia utilizada nos manicômios a desinstitucionalização desses corpos precisa ser necessariamente em sociedade, no território. Juntamente com isso, vem a necessidade de pensar a loucura de forma crítica e questionando o conceito de doença de uma forma que não reduza o sofrimento mental a uma forma terapêutica que busca a cura.

As primeiras críticas ao Alienismo se dão em função da superlotação dos manicômios e da contradição entre o tratamento moral e isolamento social dos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade da revolução francesa. O contexto



das guerras mundiais também colocou uma nova analogia em pauta, que era o quanto as internações se aproximavam dos campos de concentrações.

Diante a todo esse contexto político e de evidências das violências contra esses corpos que eram considerados não dignos de estar em sociedade, trabalhadores e usuários se juntam em busca de direitos e condições de tratamento mais dignas que buscavam superar o modelo manicomial e começam a se configurar as primeiras experiências de reformas psiquiátricas.

Amarante (2011) divide as experiências de reformas em “dois grupos mais um” explicando a ideia desses grupos de como deveria ser o cuidado da loucura a partir dessas críticas ao alienismo e aos manicômios.

No primeiro grupo Amarante coloca a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, que acreditavam que com mudanças na gestão dos hospitais seria a solução para os maus tratos. O segundo grupo composto pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva já não acreditavam mais no modelo hospitalar e que os hospitais deveriam ser desmontados aos poucos com a criação de outros serviços assistenciais e trabalhos territoriais.

Em contrapartida de ambos grupos se encontram a Antipsiquiatria de base inglesa e a Psiquiatria Democrática Italiana que consideravam que a questão estava no próprio modelo científico da psiquiatria e que esse modelo precisava ser repensado. São movimentos que criticam a adoção do modelo das ciências naturais para o tratamento da loucura e que colocam o hospital como um local que perpetua as mesmas formas de opressões das organizações sociais.

Um dos pioneiros da Luta Antimanicomial Mundial, foi Franco Basaglia (1924-1980), um psiquiatra italiano, e protagonista do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana. Em A Instituição Negada, Basaglia (1987) critica o hospital psiquiátrico como um dispositivo de tratamento e cura e afirma que os manicômios são na verdade um local de opressão e isolamento social.



**Revista AMazônica, LAFESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq- GPPFE/UFAM/CNPq**  
ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

Não se pode transformar uma realidade dramática e opressora sem violência polêmica, nos confrontos com aquilo que se quer negar, incluindo na crítica os valores que possibilitam e perpetuam a existência de uma tal realidade. (BASAGLIA, 1987, p. 9)

A luta pela reforma do cuidado psiquiátrico no Brasil teve forte inspiração nas experiências internacionais, como a Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia. A partir do desmonte do hospital de Gorizia e da criação da lei 180 conhecida como a Lei Basaglia que decretou a extinção dos manicômios em todo território italiano, as ideias do psiquiatra italiano chegam com muita força ao Brasil.

A partir da década de 1970, com o crescimento do movimento de saúde mental e das reivindicações dos trabalhadores, o Brasil se integrou ao movimento mundial pela desinstitucionalização, que culminou na Lei 10.216/2001 e na criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Contudo, esse movimento não ocorreu sem resistência, e é necessário analisar como, apesar dos avanços, práticas manicomiais ainda persistem em algumas instituições brasileiras.

Em 1978 um documento muito importante foi construído na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A Declaração de Alma-Ata se configura como um importante marco para saúde pública e consequentemente para a política de saúde mental brasileira uma vez que passa reconhecer a saúde como “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” além de enfatizar o acesso a saúde como um direito universal. Essa perspectiva influenciou diretamente os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e serviu como base para os ideais da reforma psiquiátrica brasileira.



Além disso, a Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Bauru em 1987, foi o primeiro grande encontro nacional dos trabalhadores da saúde, usuários, familiares e acadêmicos da área da saúde para a discussão de um novo modelo de cuidado para a saúde mental. Foi uma manifestação muito importante na história da reforma brasileira e consolidou em um manifesto que defende o fim do modelo de internação psiquiátrica e reivindica um sistema de cuidados substitutivos que se voltem para o território, para a cidadania e pela inclusão social.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (MANIFESTO DE BAURU, 1978, s.p.)

Outro encontro importante para a reforma brasileira é a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Onde foi criado o documento com nome “Declaração de Caracas” onde os países da América Latina pactuaram a reestruturação do cuidado psiquiátrico e a rever o papel dos Manicômios no cuidado da saúde mental.

Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais. (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990, s.p.)



Em 2005 a reunião entre os mesmos países foi retomada para discutir os efeitos da última conferência, onde os organizadores observaram e aprovaram os avanços do cuidado e reafirmaram os princípios da Declaração. A partir de todos esses marcos históricos e políticos foi pensado e criado novos locais de cuidados que iriam substituir e descentralizar os manicômios do cuidado da saúde mental e constituíram a rede de atenção psicossocial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, residências terapêuticas, entre outros lugares dependendo da necessidade de cada região e localidade.

Amarante (2018) aposta na cidade para criação dessa nova forma de “reabilitação” que foca na autonomia do indivíduo e nas relações sociais e é claro acesso a políticas públicas. “Isto é, promover o direito ao lazer e ao trabalho, o direito à cultura, os espaços de militância, o direito à saúde, educação, moradia, alimentação, mobilidade social, e a uma cidade sustentável e com mais equidade para os sujeitos em sua diversidade” (AMARANTE, 2018, p.6). Ou seja, a desinstitucionalização precisa superar o ideal positivista da ciência moderna e criar um novo conceito de loucura que caminhe junto com a individualidade de cada pessoa. Essa lógica caminha justamente com a visão de loucura estudada por Foucault (1978). Gonzaga (2013) aponta como a análise de Foucault mostra como a loucura é caracterizada pela visão que a sociedade tem sobre ela. Sendo assim, para Amarante (2018), a desinstitucionalização é a desnaturalização do modelo manicomial que deve ser alcançado pelo questionamento do que é ser louco e da estrutura de como o louco foi tratado até então.

## **DISCUSSÃO**

A desinstitucionalização no Brasil não se limitou ao fechamento dos manicômios, mas ao deslocamento do cuidado para espaços comunitários,



como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses dispositivos buscam garantir o direito dos indivíduos ao cuidado em liberdade, inseridos na comunidade, longe dos espaços de exclusão que historicamente marcaram a psiquiatria. A luta antimanicomial propôs que o cuidado não fosse um processo de ‘cura’, mas de reintegração social e respeito aos direitos humanos.

É necessário então, que os dispositivos criados para a “substituição” dos manicômios, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Ambulatórios de Saúde Mental, se atente à importância da sociabilidade e do território para esses usuários, pois a descentralização desse cuidado é apenas um dos passos para a desinstitucionalização.

É importante apontar que os Ambulatórios de Saúde Mental não estão oficialmente incluídos nas diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de acordo com a portaria 3.088 (Brasil, 2011). Apesar da não inclusão, se faz importante pensar nos Ambulatórios, uma vez que ainda estão presentes na lógica do cuidado em saúde mental em muitas cidades.

A Ambulatorização do sistema psiquiátrico se deu por uma série de denúncias das condições de tratamento das pessoas internadas em hospitais e tinha como proposta atuar de forma complementar aos hospitais. Historicamente os ambulatórios acabaram sendo uma porta de entrada para os manicômios, e a partir dos anos 1980, com as primeiras ideias de mudanças para o cuidado em Saúde Mental, o lugar dos Ambulatórios de Saúde Mental começa a ser repensado (Santos, 2009).

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica o ambulatório começa a ter uma outra lógica que se afasta da lógica tradicional da ambulatorização (Tenório, 2001 apud Santos, 2009). Um exemplo é a experiência dos ambulatórios na cidade de Niterói, que os inclui dentro da lógica do cuidado em Saúde Mental, e vem tentando transformar a clínica tradicional encontrada historicamente nos



ambulatórios, apostando em uma clínica que visa a Reforma Psiquiátrica (Cardozo, 2020).

Entretanto, ainda existem dispositivos que trabalham e se apoiam em teorias e práticas manicomiais. Um exemplo é mostrado na pesquisa de Rizinni (2008), onde aponta como abrigos para crianças e adolescentes tendem a dificultar a saída desses indivíduos da instituição com a justificativa de proteção ou controle.

Por que as crianças abrigadas ficaram, por longo tempo, invisíveis ao vigoroso Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que visou à superação dos processos asilares como forma de cuidado? Se ainda não é possível formular uma resposta mais esclarecedora para esta questão, importa destacar a responsabilidade colocada por este problema para a atual política de saúde mental e toda sua rede assistencial (RIZINNI, 2008, p. 9)

Portanto, enquanto o Brasil avançou significativamente no movimento de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, o desafio permanece em superar as práticas manicomiais e garantir que os novos dispositivos de cuidado sejam realmente inclusivos, respeitando a diversidade e a autonomia dos sujeitos, especialmente frente às novas formas de exclusão social que ainda persistem.

Apesar de todos os esforços da luta antimanicomial, outras formas de isolamento ainda persistem na sociedade. A experiência no CAPSi de Niterói muito mostra o medo de crianças e adolescentes de serem separados dos pais e irmãos e também a rigidez de algumas formas de cuidado dos abrigos onde algumas crianças são submetidas, mostrando que a lógica manicomial que isola e desapropria o indivíduo das próprias questões ainda existe e precisa ser constantemente apontado e pensado.

O processo de reforma psiquiátrica produz novos desafios para a luta antimanicomial, sejam eles políticos (na esfera das políticas públicas), nas práticas cotidianas e até mesmo no campo teórico na construção do lugar social





da loucura. A reforma psiquiátrica brasileira coloca em pauta e propõe novas formas de tratamento que priorizam a liberdade e autonomia dos indivíduos, mas a superação do modelo manicomial continua sendo até os dias atuais uma luta, onde ainda se é necessário observar as práticas utilizadas nos espaços de cuidado e tratamento.

Segundo Nicácio (2004), o processo da desinstitucionalização propõe uma nova visão ética, política e teórica para entender a loucura e as relações da loucura na sociedade. Apenas a criação e substituição dos hospitais psiquiátricos para os os novos serviços criados pela reforma (A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS) não são suficientes, é necessário uma mudança significativa da relação entre as pessoas e essas instituições de cuidado em saúde mental.

Rotelli (1990) diz que a construção de um novo modelo de cuidado em saúde mental requer, necessariamente, a participação coletiva de todos os envolvidos. Ou seja, é essencial o diálogo e o trabalho em equipe para a construção de práticas terapêuticas direcionadas aos usuários e suas necessidades em busca de promover a participação desses nas práticas ofertadas e nas trocas sociais. Essas práticas, que propõem a centralidade do usuário no processo de cuidado, refletem um movimento de resistência à lógica de desumanização e controle social presente nos antigos manicômios.

Essa prática exigia, por um lado, o exercício cotidiano de ruptura com as formas de pensar e agir pautadas na doença como codificação abstrata, de confronto com as leituras reducionistas e de busca de modos diversos de interagir com a complexidade da experiência das pessoas. (NICÁCIO, 2004, p. 77)

Essas novas abordagens de cuidado, que buscam a integração dos usuários à sociedade, exigem práticas que rompam com o modelo anterior de segregação e institucionalização. Nesse sentido, a proposta de



desinstitucionalização vai além da simples criação de novos serviços, exigindo uma mudança na relação entre os usuários e as instituições de saúde mental.

Com isso, é necessário pensar em quais práticas são interessantes de serem utilizadas nesse novo espaço de cuidado de forma a garantir o que é proposto como um cuidado antimanicomial nas reformas psiquiátricas.

É fundamental, entretanto, que as práticas antimanicomiais sejam constantemente pensadas, repensadas e criticamente avaliadas, evitando cair no risco de se tornarem rotinas com ausência de reflexão e de forma que reproduza modelos tradicionais automáticos, reproduzindo, assim, a lógica manicomial.

Nascimento (1990) coloca em pauta essa ideia de que qualquer atividade teria propriedades terapêuticas intrínsecas, sem que fossem consideradas em que contexto elas estão sendo oferecidas e as relações de poder que se estabelecem nos vínculos das instituições. Com isso, é necessário sempre uma avaliação clínica das propostas de cuidado para cada usuário e estar atento a possíveis mudanças dessas propostas seguindo sempre as necessidades dos indivíduos.

## **CONCLUSÕES**

Esse trabalho teve como objetivo retomar a história da loucura a partir do tratamento em isolamento e pensar no cuidado em contrapartida desse modelo manicomial. É possível perceber o percurso da loucura na sociedade, como esse medo do diferente leva a tentativa de normatização e moralização desses corpos para que pudessem estar na vida.

Mesmo com os avanços significativos do Brasil na Reforma Psiquiátrica e na Luta antimanicomial e apesar da existência de ferramentas e práticas antimanicomiais, que são pautadas em posicionamentos éticos e políticos, o modelo excludente e manicomial está ainda muito presente na sociedade. Agir



de maneira antimanicomial exige constante crítica e reflexão, não é algo dado e óbvio e sim uma postura a se alcançar uma forma de estar no mundo.

Este desafio, acredita-se, é o da construção de algo que não é dado, o que requer uma certa abertura no enfrentamento de incertezas e conflitos, além da necessidade de envolvimento de diferentes atores sociais. (AMARANTE, 2001, P. 30)

É necessário então pensar ferramentas que possam ser utilizadas para romper com a lógica do tratamento pelo isolamento e que sejam usadas para a inserção dos indivíduos no social e na vida. Sempre deixando claro que essas práticas ou ações por si só não garantem um dispositivo antimanicomial.

Dessa forma, fica claro que esse é um exercício a ser feito cotidianamente e que a luta antimanicomial ainda é uma luta muito atual e necessária. A intenção desse trabalho é colocar essa necessidade em pauta de forma a perceber que a luta antimanicomial não é algo a se cessar ou algo que terá uma linha de chegada em algum momento e sim uma constante batalha contra as práticas manicomiais do cuidado.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P. D. C., & Torre, E. H. G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58), 26–34.  
Recuperado de: <https://pt.scribd.com/document/736086571/A-CONSTITUICAO-DE-NOVAS-PRATICASNO-CAMPO-DA-ATENCAO-PSICOSSOCIAL>
- Amarante, P. (1995) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007) *De volta à cidade: a reinvenção da vida e a reconstrução da cidadania em saúde mental*. In: \_\_\_\_\_. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.



**Revista AMazônica, LIPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq- GPPFE/UFAM/CNPq**  
ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

Amarante, P. (2011) Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista De Administração Pública*, 52(6), 1090–1107. Recuperado de <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/77389>

Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (H. Jahn, Trad.). Rio de Janeiro: Graal.

Brasil. Ministério da Saúde (2011). Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral de Saúde Mental. (2005, novembro). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental – 15 anos depois de Caracas*. OPAS.

Cardozo, B. T. (2020) *Da Psiquiatria Tradicional à Reforma Psiquiátrica: O Ambulatório de Saúde*

Descartes, R. (2011). *Discurso do método*. Editora Saraiva.

Foucault, M. (1978) *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.  
[gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

Goffman, E. (2001). *Manicômios, prisões e conventos* (M. A. Veras, Trad.). São Paulo: Editora Perspectiva. (Obra original publicada em 1961)

Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297–305.

Cardozo, T. B; Monteiro, R. A. P ( 2020) **Da psiquiatria tradicional à reforma psiquiátrica: o ambulatório de saúde mental como serviço de tratamento**. *Rev.*



**Revista AMazônica, LPPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq- GPPFE/UFAM/CNPq**  
ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

*Psicol. Saúde* [online]. Vol.12, n.2, pp.31-44. ISSN 2177-093X. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.768>.

Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. (1987, dezembro). Manifesto de Bauru. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>

Nascimento, B. A. do. (1990). O mito da atividade terapêutica. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 1(1), 17–21

Nicácio F, Campos GW de S. (2004) A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental . *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* (Online).

Providello, G. D. G.; Yasui, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. (2013). Rio de Janeiro.

Quadro, D. E. (2014). Dúvida, erro e loucura no cogito cartesiano. *Enciclopédia – Revista de Filosofia*, 2, (págs. do artigo). Recuperado de <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/Enciclopedia/article/view/6633>

Rizinni, I. (2008) Do confinamento ao acolhimento Institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos. . Rio de Janeiro.

Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D; Risio, C.; Nicácio, M. F. (coord). (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

Rother, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. Enferm* 2007; 20(2):v-vi.

Santos, Y. F., Oliveira, I. N. F. F., & Yamamoto, O. H. (2009). O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN. *Psicologia Argumento*, 27, 313-322.

Teixeira, M. O. L. (2019). Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(2), 540-560. Recuperado em 10 de abril de 2025, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&tlng=pt).



**Revista AMazônica, LAFESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq- GPPFE/UFAM/CNPq**  
ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

Tenório, F. (2001). A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

**Submetido: 28/10/2025.**

**Aprovado: 27/11/2025**

**Publicado: 30/11/2025**

#### **Autoria:**

Autor 1:

Nome: Nathália Busato Andrião

Breve currículo

Psicóloga pela Universidade Federal Fluminense (UFF, 2025). Pesquisa e estuda Saúde Mental e Álcool e outras Drogas com ênfase em Acompanhamento Terapêutico.

Instituição: UFF

E-mail: [nathaliabusato@hotmail.com](mailto:nathaliabusato@hotmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-8514-6788>

País: Brasil

Autor 2:

Nome: **Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira**

Breve currículo

Psicóloga (PUC/RIO 1988), especialista em Psicologia Clínica (CRPRJ 2000) Mestre em Educação em Ciências e Saúde (NUTES/UFRJ 2002) e Doutora em Educação (UNISO - 2015). Atualmente é membro da Associação Brasileira de Psicologia Social e professor Associado da (GSI/UFF). Desenvolve pesquisa e extensão principalmente junto aos seguintes temas: comunidades e contextos de vulnerabilidade; processos psicossociais, subjetividade, cultura e processos identitários regionais, análise de serviços de atenção a indivíduos e grupos em vulnerabilidade

Instituição: UFF

E-mail: [adrianacaldeira@id.uff.br](mailto:adrianacaldeira@id.uff.br)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0280-5921>



**Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq- GPPFE/UFAM/CNPq**  
ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

País: Brasil